



CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO

UNIDADE CRAJUBAR

CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

JANIELE FELIX DA SILVA

A FRAGMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS REBATIMENTOS NA
QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO: Uma análise a partir do
Centro de Nefrologia de Juazeiro do Norte - CE

JUAZEIRO DO NORTE

2020

JANIELE FELIX DA SILVA

A FRAGMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS REBATIMENTOS NA
QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO: Uma análise a partir do
Centro de Nefrologia de Juazeiro do Norte - CE

Monografia apresentada à Coordenação do Curso
de Graduação em Serviço Social do Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito à
obtenção do grau de bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Esp. Jácsa Vieira de Caldas

JUAZEIRO DO NORTE

2020

JANIELE FELIX DA SILVA

**A FRAGMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS REBATIMENTOS NA
QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO:** Uma análise a partir do
Centro de Nefrologia de Juazeiro do Norte - CE

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito à obtenção do grau de bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Esp. Jácса Vieira de Caldas.

Data de aprovação: 16 / 12 / 2020

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Esp. Jácса Vieira de Caldas
Orientadora

Prof. Esp. Adjalmo Pereira Filho
Examinador

Prof^ª. Esp. Cecilia Bezerra Leite
Examinadora

“Dedico este trabalho em especial ao meu pai e a minha mãe, por sempre ter me apoiado e me ajudado a chegar até aqui. Dedico também ao meu noivo Raimundo Nonato, que me incentivou e contribuiu para que este projeto se tornasse realidade”

AGRADECIMENTOS

A Deus pela graça da vida e saúde para que eu pudesse lutar pelos meus sonhos e ter grandes vitórias. Gratidão a todas as bênçãos que o criador me proporcionou, em especial a conclusão dessa etapa.

Agradeço vigorosamente a meus pais, a minha mãe, Vilani Félix Da Silva, pela força e encorajamento que sempre me deu pra enfrentar todas as batalhas da vivência. A meu pai, José Antônio da Silva, que hoje faz festa no céu por me ver completar mais essa etapa de crescimento pessoal e profissional, não foi um sonho só meu mais dele também, sei o quanto estaria feliz e orgulhoso se estivesse comigo nesse momento. Agradeço o apoio e incentivo, que sempre me deram, por serem pessoas batalhadoras, que criaram a mim e minhas irmãs com dificuldade e amor, pelos bons exemplos passados, pois sempre se esforçaram para nos dar uma educação com qualidade, uma vida melhor do que a que tiveram.

Agradeço a meu noivo Raimundo Nonato Alves do Nascimento, que acima de tudo é um grande amigo, sempre presente nos momentos difíceis me incentivando de todas as formas. Agradeço pelo seu amor incondicional e por compreender minha dedicação ao meu projeto, pela confiança no meu progresso, pelo apoio emocional e pelos desafios que enfrentamos juntos em todo meu percurso acadêmico e na vida. Por todo amor e cumplicidade.

As minhas irmãs Jayane Félix e Jaqueline Félix, pela amizade e atenção dedicadas quando sempre precisei. A toda minha família e amigos pelo apoio e compreensão nos meus momentos de falta, em especial a minha amiga, Francisca Tatiane por ser minha parceira do início ao fim dessa caminhada, as amigas Jamile Norvina e Samara Oliveira que também estiveram comigo em diversos momentos, que juntas foram amparo e reforço nesse período de formação, minhas companheiras inseparáveis durante todo esse tempo, meu trio, da faculdade para vida. As amigas Isabel Cristina e Maria, por lidar com todo o meu nervosismo e inquietação nesses últimos momentos, e por terem estado presentes até o fim dessa caminhada.

Agradeço também a instituição e a cada um dos professores por todo o conhecimento distribuído de modo grandioso e aprazível, em especial à minha orientadora, supervisora de estágio e professora Jácsa Vieira, a qual tenho um carinho imenso, por toda paciência e confiança no meu trabalho. Que todos acima citados saibam de sua importância nesse momento, a vocês eu dedico os meus eternos agradecimentos. Amo todos vocês.

“Tu, Senhor, és minha defesa; és minha
glória, tu que ergues a minha cabeça ”
(Sl 3,4)

RESUMO

O presente estudo apresenta reflexões acerca da fragmentação do Sistema Único de Saúde e os rebatimentos no âmbito da qualidade de vida do paciente renal crônico, mostrando a relação entre a fragmentação do SUS e a qualidade de vida destes. A objetivo geral é compreender e discutir sobre os impactos do desmonte do Sistema Único de Saúde – SUS, na qualidade de vida do paciente renal crônico, bem como a importância do profissional de Serviço Social nesse enredo e como específicos apresentar a compreensão dos principais marcos históricos que pavimentaram a formação do Sistema Único de Saúde, bem como suas particularidades, organização e fragilidades no território brasileiro; sequencialmente, debate-se sobre a legislação que rege os direitos dos pacientes renais crônicos e como ela é executada. Por fim, apresentam-se os resultados dos dados coletados a respeito da atuação dos profissionais de saúde para a garantia desses direitos, tendo como recorte de pesquisa, a clínica de Nefrologia de Juazeiro do Norte – CE. Trata-se de estudo de campo cujo instrumento de coleta de dados foi à observação participante, quanto aos procedimentos técnicos caracteriza-se como pesquisa bibliográfica e descritiva. Além disso, foi realizada entrevista semiestruturada com os enfermeiros chefes atuantes da clínica, sendo inviável a realização com pacientes devido o período pandêmico do COVID-19. Quanto aos demais tendo em sua essência uma abordagem qualitativa e fins descritivos.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Doença Renal Crônica. Qualidade dos pacientes reais.

ABSTRACT

The present study presents reflections on the fragmentation of the Unified Health System and the impact on the quality of life of chronic kidney patients, showing the relationship between the fragmentation of SUS and their quality of life. In this one, the general objective is to understand and discuss the impacts of the dismantling of the Unified Health System - SUS, on the quality of life of the chronic kidney patient, as well as the importance of the professional in Social Work in this scenario and how specific to present the understanding of the main historical landmarks that paved the formation of the Unified Health System, as well as its particularities, organization and weaknesses in the Brazilian territory; sequentially, the legislation that governs the rights of chronic kidney patients is debated and how it is implemented, and finally, the results of the data collected about the performance of professionals in facing these rights are presented, with the research cut, at the Nephrology clinic in Juazeiro do Norte-CE. It is a basic research with descriptive purposes. In line with the bibliographic research, this study was carried out in the field and used participant observation as an instrument and data collection technique in the face of what I already experienced due to having a family member undergoing this treatment, and the semi-structured interview conducted with nurses. Acting head of the clinic, being impossible to perform with patients due to the pandemic period of Covid 19. As for the others, having in essence a qualitative approach and descriptive purposes.

Keywords: Unified Health System. Chronic Kidney Disease. Quality of real patients.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	SUS na contemporaneidade	p. 46
Figura 2	Pacientes em tratamento de hemodiálise	p. 48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Dados dos entrevistados Juazeiro do Norte – CE (2020)	p. 50
Quadro 2	Perguntas realizadas durante a coleta de dados parte 01	p. 50
Quadro 3	Perguntas realizadas durante a coleta de dados parte 02	p. 51
Quadro 4	Perguntas realizadas durante a coleta de dados parte 03	p. 52
Quadro 5	Perguntas realizadas durante a coleta de dados parte 04	p. 53
Quadro 6	Perguntas realizadas durante a coleta de dados parte 04	p. 54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPs	Caixas de Aposentadoria e pensões.
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CF	Constituição Federal
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COVID-19	Corona Virus Disease (Doença do Coronavírus)
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCT	Disposições Constitucionais Transitórias
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública.
DRC	Doença Renal Crônica
EC	Emenda Constitucional
HRC	Hospital Regional do Cariri
IAPC	Instituto de Aposentadoria dos Comerciantes
IAPI	Instituto de Aposentadoria dos Industriários
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensões.
IAPTEC	Instituto de Aposentadoria dos Trabalhadores de Transportes e Cargas
INAMPs	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica da Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não governamentais
PACS	Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programas de Ações Integradas de Saúde
PNAPDR	Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
RT	Responsável Técnico

SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde.
UTI	Unidade de tratamento I

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
2 OS CAMINHOS DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	16
2.1 Os antecedentes históricos das políticas de saúde no Brasil.....	16
2.2 O Sistema Único de Saúde: Lei 8080/90 e Lei 8.142/90.....	23
2.3 Neoliberalismo: configuração e fragmentação do sistema único de saúde na contemporaneidade	28
3 A GARANTIA DOS DIREITOS DOS PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA E A RELAÇÃO COM O SERVIÇO SOCIAL	32
3.1 Política de atenção ao paciente com doença renal: contradições e desafios.....	32
3.2 Paciente renal crônico: um debate sobre as mudanças familiares e o papel do Estado no enfrentamento da patologia.....	35
3.3. O Serviço Social na garantia dos direitos sociais dos pacientes com doença renal crônica	38
4 CONHECENDO A REALIDADE DOS PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL E EQUIPE DE ENFERMAGEM	43
4.1 Percurso metodológico: delineamento e procedimentos técnicos da pesquisa.....	43
4.2 Do instrumento de coleta de dados	44
4.3 Do local de realização do estudo.....	44
4.4 Do universo da pesquisa.....	45
5 ESTUDO LÚDICO DA PESQUISA: As dificuldades encontradas pelos pacientes com insuficiência renal crônica no acesso as políticas públicas e na vida familiar ...	46
5.1 Análise dos dados: um estudo no centro de nefrologia de Juazeiro do Norte – CE...	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA	61

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é fruto de um longo processo histórico do movimento de Reforma Sanitária desencadeado no país, e, certamente é a conquista mais relevante em toda história da saúde pública brasileira, pois antes de seu firmamento, os serviços de assistência integral a saúde voltada a toda população eram inexistentes, fazendo com que a população estivesse sujeita aos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada.

Considerando o grande marco da política pública de saúde e a conjuntura atual marcada essencialmente por ondas neoliberais em que favorecem a retirada de direitos sociais, o presente estudo tem como principal objetivo discutir acerca dos desmontes do SUS, bem como refletir sobre os impactos deste processo na qualidade de vida do paciente renal crônico, público este, que em razão da gravidade da doença e de suas sequelas necessitam de total assistência em saúde pública e de demais políticas sociais.

Nesta senda, inicia-se o estudo com a contextualização da Política de Saúde, enfatizando os principais marcos históricos que contribuíram para com a consolidação do Sistema Único de Saúde; sequencialmente é acrescido a discussão, pontos importantes sobre a doença renal crônica como, por exemplo, a legislação que ampara os direitos dos doentes renais e os impactos de tal doença na qualidade de vida dos acometidos, por fim, é apresentado a análise e resultado dos dados coletados em campo.

O interesse em realizar esse estudo, surgiu a partir da convivência diária com um doente renal crônico, submetido ao tratamento de hemodiálise e as dificuldades enfrentadas por este, em sua condição crônica haja vista a necessidade de realização do tratamento. A partir daí desencadeou-se a vontade de entender de modo aprofundado os desafios e limitações que a referida doença causa na vida do paciente em tratamento de hemodiálise, bem como compreender qual a função do SUS frente a tal realidade, mesmo diante de um contexto de desmonte do sistema de saúde pública brasileiro.

Dessa forma, delimitou-se como tema de monografia: A fragmentação do SUS e os impactos na vida do paciente renal crônico a partir de uma análise do Centro de Nefrologia localizado no município de Juazeiro do Norte estado do Ceará para assim obter melhor compreensão de tal realidade. Por meio deste estudo, foi possível compreender a necessidade dos profissionais da área da saúde no que tange a avaliação dos efeitos físicos e psicológicos na vida dos pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) que são submetidos à hemodiálise, dada à interferência dessa modalidade de tratamento na qualidade de vida destes.

No primeiro capítulo, foi destacada a consolidação e instauração da saúde pública no Brasil, priorizando apenas os marcos históricos da instalação da colônia até a pós Constituição Federal de 1988 que representou um marco na luta pelos direitos sociais, destacando também que a partir do referido ano, foi iniciada a criação de leis para regulamentação do sistema de saúde público brasileiro, doravante SUS. Destaca-se que a compreensão minuciosa dessas leis as quais favorecem a ampliação do direito à saúde pública significa uma reafirmação da saúde como um direito social, ao indicar princípios de universalização, dignidade e autonomia dos sujeitos.

No segundo capítulo, é realizada uma abordagem específica sobre as garantias e direitos de pacientes com DRC, sendo este um tratamento garantido e realizado via SUS, dada a complexidade da doença, e o fato dessas pessoas necessitarem de cuidados especializados e de adaptações em sua vida cotidiana. Além disso, também foram analisados os impactos sociais da DRC no cotidiano dos pacientes em tratamento hemodialítico, fazendo uma breve explanação sobre a doença renal, bem como uma análise de seu tratamento, ou seja, de como funciona o processo de hemodiálise.

Por fim, no terceiro e último capítulo, são apresentados os procedimentos metodológicos do referido estudo, que se caracterizou como uma pesquisa de campo, tendo como instrumento de dados a realização de entrevistas com profissionais da área de enfermagem, quanto à abordagem, foi utilizada qualitativa proporcionando assim maior familiaridade com a temática apresentada. Como procedimentos técnicos, este estudo contou com um levantamento bibliográfico e documental no que concerne ao sistema de saúde pública brasileiro.

Conclui-se que a referida pesquisa possibilita uma melhor percepção acerca das dificuldades enfrentadas pelos pacientes renais crônicos no seu cotidiano, além de proporcionar maiores informações sobre o funcionamento e atuação do SUS pode impactar na vida do usuário, destacando os direitos dos pacientes em processo de tratamento possuem, bem como os deveres do Estado e sociedade para com este público. Destacando a necessidade de que os pacientes possam ter pleno ao tratamento, pois dependendo da gravidade do caso a hemodiálise requer uso de muitos medicamentos, transplante etc. O que permitiu compreender como o profissional de Serviço Social enquanto viabilizador de direitos sociais, pode atuar enquanto agente garantidor de direitos para este público.

2 OS CAMINHOS DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A consolidação e instauração da saúde pública no Brasil, enquanto um dos direitos sociais de caráter universal é fruto de um longo processo histórico, este que, decorre de uma série de eventos sociais, econômicos e políticos registrados ao longo de todo processo histórico até os dias atuais. Considerando este fato, o presente capítulo apresentou no primeiro momento os principais antecedentes da política da saúde brasileira, e simultaneamente a trajetória do SUS, bem como, discussões acerca das legislações que o regulamentam e sua fragmentação na contemporaneidade frente ao estado neoliberal.

2.1 Os antecedentes históricos das políticas de saúde no Brasil

A trajetória da saúde pública brasileira tem sido marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas, essas que acompanham sempre as tendências vigentes e organizam-se de acordo com as necessidades e contextos específicos. Da instalação da colônia até a década de 1930, as ações de saúde desenvolviam-se sem significativa organização institucional, inexistindo intervenção estatal na saúde pública coletiva, esta, realizava-se apenas através de ações voltadas ao empirismo.

Com o passar do tempo, a política de saúde pública no Brasil torna-se totalmente ligada ao fator político-social e econômico representado pela sociedade brasileira e as diversas facetas do capitalismo que impõem as relações de trabalho, gerando sempre desigualdade e exclusão, surgindo assim, às diversas classes sociais, onde se percebe à disparidade de bens nas mãos de uma pequena parcela da população, deixando a grande maioria sofrendo as intempéries do sistema capitalista globalizado que não resolve as mazelas sociais e econômico-financeiras do país (OLIVEIRA, 2008).

Frente a este fato, a saúde passa a ser entendida como resultado das condições de vida da população envolvendo aspectos sociais, culturais e econômicos. Essa noção reconhece que as formas de vida em sociedade são decorrentes das relações de produção e da inserção das pessoas nesse processo. A partir da década de 1920, frente a efervescência dos movimentos sociais e do forte desenvolvimento econômico do país os principais marcos históricos da referida política, neste período, apresentaram uma visível tentativa de extensão de seus serviços em todo território brasileiro, deste modo a saúde pública neste período adquire novo relevo no discurso do poder (BRAVO, 2006), e sem sombra de dúvidas torna-se um dos mecanismos de controle do capital para com o trabalhador.

A nova atenção dada à saúde coletiva neste contexto decorria claramente da preocupação do capital em recuperar a mão de obra do trabalhador, visto que neste período acontecia no país um alargamento de epidemias e de doenças infectocontagiosas, estas, que acometiam principalmente a classe operária e o interesse da burguesia local. Considerando a situação, passou então a ser difundido o modelo campanhista de saúde, em que favorecia diretamente os interesses econômicos do momento.

Foi a partir desse modelo campanhista que se iniciaram as primeiras medidas para prevenção de doenças e as preocupações sanitárias, mesmo que de maneira maquiada. Com isso, foi estabelecido o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), esse estava de acordo com o modelo em vigência e tinha como finalidade o planejamento e execução das ações sanitárias. Cabe aqui ressaltar que o acesso à saúde aos serviços ofertados à sociedade, ainda permaneciam sendo restritos, estando disponíveis apenas para uma pequena parcela da população. Com isso, por meio do decreto nº 3.987, estabeleceu-se o principal órgão federal da área de saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1907).

Ainda nesta mesma década e nas posteriores, o país foi tomado pelo desenvolvimento industrial e, conseqüentemente, pelo crescimento do processo de urbanização, efervescência dos movimentos sociais e o forte desenvolvimento econômico do país. Uma das funções atribuídas à saúde pública, nesse período era da higienização e disciplinarização das cidades e seus habitantes auxiliando na promoção da ordem e da moral frente à reorganização do modo de se viver na cidade (NUNES, 2000).

Frente a tal realidade, em 1923, buscando amenizar os desagradados dos operários diante das más condições de trabalho que refletiam diretamente na saúde e qualidade de vida dos mesmos, foi estabelecida por meio da lei 4.682 conhecida como Elói Chaves, que foi o modelo médico assistencialista da Previdência Social e considerado hoje como o embrião do sistema previdenciário brasileiro, esta origina o modelo de saúde para o período.

A referida lei, em seus primórdios estabeleceu criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para algumas categorias profissionais que:

[...] Asseguravam como benefícios o direito à aposentadoria (velhice e invalidez), a obtenção de socorro médico (para si e sua família), o recebimento de pensão ou pecúlio pelos familiares, e a compra de medicamentos a preços reduzidos sendo mantidas pela contribuição compulsória dos empregados e empregadores, sem participação do Estado (COUTO, 2008, p. 96).

De maneira estratégica, as CAPs obrigatoriamente deveriam ser organizadas por categoria profissional e por empresas, devendo ser custeadas logicamente pelo trabalhador e a

empresa na qual ele estava inserido. As CAPs expandiram-se para outras categorias funcionais assalariadas, chegando a ser instaladas cerca de 180 caixas de aposentadorias no Brasil. A ordem de criação desse tipo de instituição previdenciária sempre foi determinada pela capacidade de mobilização e reivindicação dos trabalhadores por melhores condições de trabalho.

Vale destacar que os benefícios destinados aos assegurados eram proporcionais às suas contribuições e que esta iniciativa nada mais era que uma tentativa do Estado em conter e amenizar as tensões da classe trabalhadora, esta que ficava à mercê da própria sorte frente aos descasos e negligência do Estado para com estes. Assim, torna-se perceptível que a partir da criação das CAPs o trabalhador passou a ter direitos assegurados, mesmo que minimamente, visto que elas possibilitam aos trabalhadores melhoria na qualidade de vida, e indiretamente um reconhecimento do seu trabalho, levando outras categorias buscarem e a lutar por este tipo de benefício.

Na concepção de Yamamoto (2007) a Lei Eloy Chaves, constituiu o marco inicial do seguro social no Brasil, através da criação das CAPs que, organizadas pelas empresas, ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões. Pois, nota-se que nesse tempo os órgãos estabeleciam o seu próprio regulamento, que por meio da parcialidade realizavam os desejos dos segmentos trabalhistas, os quais dependiam da capacidade dos recursos disponíveis, onde o contexto político-social era marcado pela transição democrática e ao mesmo tempo pela crise econômica que repercutia de forma negativa na saúde. As CAPs operavam em regime de capitalização, porém eram estruturalmente frágeis por possuírem um número pequeno de contribuintes e seguirem hipóteses demográficas de parâmetros duvidosos, o que fragilizava esse sistema, além do elevado número de fraudes na concessão de benefícios.

Na década de 1930 a política de saúde pública constituiu formas mais firmes de desempenho como alojamento por meio dos Centros e Postos de Saúde para atender diariamente aos diversos problemas de saúde. A partir de então surgiram vários programas, como assistência as grávidas, aos recém-nascidos, e de vacinação para erradicar múltiplas patologias.

Destaca-se como um dos marcos deste contexto a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estes que se derivaram da unificação das CAPs. Assim como as CAPs, os IAPs também tinham como objetivo disponibilizar benefícios aos trabalhadores contribuintes, no entanto, além de ser financiada pelo trabalhador e a empresa, estes passaram a ter contribuição e gestão direta do Estado.

Torna-se importante pontuar que com a formação dos Institutos citados surge então a medicina previdenciária brasileira, destinada exclusivamente aos seus assegurados e que a preocupação do Estado com a gestão dos mesmos centrava-se meramente no acúmulo de recursos e não no bem-estar do trabalhador (SILVA, 2019).

Na década de 1940 a saúde pública brasileira se fundamentou-se na união dos IAPs como método de resolver o problema do sistema com mais tolerância. Nesse período o Brasil vivenciava uma queda em sua economia, e uma crise hegemônica, respeitando a conjuntura internacional. Nesse sentido, surgiu o “Estado de Compromisso” onde se enfatizou a produção interna assegurando a reprodução do capital, na qual manteve o controle do Estado. O embate das divergências entre as classes médias urbanas e o proletariado, não condiziam para o mesmo objetivo, assim, o sistema capitalista não favorecia que as classes para que elas tivessem os mesmos direitos (INDRIUNAS, 2008). Neste momento, o Estado aos poucos inicia o processo de participação política devido à criação dos Sindicatos. Porém, essa distensão política tem caráter apaziguador e fiscalizador das inquietações produzidas pelos trabalhadores. Com a finalidade de pregar o conformismo a classe trabalhadora, e supostamente com o objetivo de harmonizar as classes entre elas.

A década de 1950 ficou conhecida como a forma de controlar os surtos de doenças foi por meio das campanhas sanitárias, promovidas com ações políticas de saneamento que ocorreram durante o governo de Juscelino Kubitschek, esse período ficou conhecido como a era desenvolvimentista. Através das CAPs e dos IAPs resguardando um modelo médico privatista, e ao crescimento do avanço industrial, no qual delimitando a saúde exclusiva para os trabalhadores que tivessem vínculos totalmente empregatícios, até mesmo aos que tivessem condições de pagarem (BRAVO, 2007).

No entanto, a saúde continuou da mesma forma, ou seja, o acesso à saúde era disponibilizado apenas aos trabalhadores que possuíam vínculo formal. Onde os investimentos em saúde público realizados pelo ente estatal foram baixíssimos nessa época, e ao mesmo uma valorização que estava centrada na aquisição de tecnologias de ponta, tornando a intervenção em saúde especializada e curativa.

As referências que a categoria profissionalizante da época tinha eram as CAPs, que também contavam com o Instituto de Aposentadoria dos Industriários (IAPI), Instituto de Aposentadoria dos Comerciários (IAPC) e o Instituto de Aposentadoria dos Trabalhadores de Transportes e Cargas (IAPTEC) para poder usufruir dos possíveis serviços organizados de saúde (IAMAMOTO, 2007).

Nos anos de 1960, Iamamoto (2007) destaca que o crescimento industrial no Brasil com relação a outros países aconteceu de maneira tardia e nesse sentido surgiu o inchaço urbano. Além de uma ruptura no regime democrático. Com o surgimento desse novo regime, implantou-se uma modernização conservadora, com base em projetos econômicos.

O desenvolvimento capitalista, tendo por núcleo central da acumulação a economia cafeeira, traz contraditoriamente, em seu interior, e aprofundamento da industrialização a urbanização acelerada com a diferenciação social e diversificação ocupacional, resultante da emergência do proletariado e da consolidação dos estados urbanos médios (IAMAMOTO, 2007, p. 147).

Com isto, surgem também as agitações sociais, dentre elas os movimentos estudantis, dos trabalhadores metalúrgicos, da sociedade civil que buscavam galgar políticas de saúde direcionadas a todas as camadas populares. Há de se entender que devido à conjuntura histórica, política e socioeconômica brasileira, a política de saúde se viu em constantes tensionamentos devido à disponibilidade de recursos financeiros, conseqüente ampliação dos serviços, os interesses vindos do setor estatal, do empresariado médico, bem como a emergência do movimento de reforma sanitária.

As reformas não conseguiram remover a característica da predominância da Previdência Social da ênfase da política de saúde, nas ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde retomou medidas de saúde pública, que embora fossem limitadas, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde:

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão- assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2006, p. 06).

O sistema previdenciário teve como base de sustentação jurídico-legal o Sistema Nacional de Previdência Social (SNPS), a Constituição de 1967-69 e a lei 6.229, onde a partir deu-se origem ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O INAMPS mostrou algumas falhas, por conta da opção e escolha pelo modelo assistencial privatista, não estando apto a solucionar problemas de saúde de todos, bem como conter o auto custo da prestação de serviços oferecidos pela assistência médica hospitalar, pois a arrecadação do sistema previdenciário anteriormente contata com a contribuição daqueles que estavam sendo excluídos do próprio sistema, além disso, os desvios de verba da própria previdência para cobrir outras despesas, e o não repasse da união para a previdência tornavam esse sistema deficitário (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001).

Naquele momento político em que acontecia (fim da ditadura militar) e pela busca de melhorias na saúde pública a sociedade ampliou também suas inquietações como o caráter assistencial privatista e excludente. O “sistema” de saúde brasileiro INAMPS estava focado somente no tratamento de doenças e não na prevenção delas. Para os que estavam fora do INAMPS restavam as Casas de Misericórdia, que podiam ou não atender tais segmentos.

Ao que diz respeito à década de 1980 a saúde já não era tratada apenas em debates entre profissionais de saúde, mas sim como questão democrática, assumindo sua dimensão sócio-política. Nesse período surgiram novos protagonistas políticos debatendo sobre as condições da população brasileira e as propostas ofertadas para o setor de saúde, buscando novas alternativas de ações e desta vez envolvendo a sociedade civil como um todo no debate.

Tudo isso devido à migração dos trabalhadores rurais para a zona urbana, que conseqüentemente ocasionou um processo de ocupação desordenada das cidades, acarretando na proliferação de várias endemias. Trazendo grandes prejuízos para as indústrias, já que estando doentes os trabalhadores não produziam e os lucros não atingiam a meta desejada pelos industriários.

No entanto, a escassez dos recursos financeiros associados a pulverização dos recursos e de pessoal entre diversos órgãos e setores, formou conflitos de gestão, superposição de funções e atividades, fizeram com que a maioria das ações de saúde pública no Estado Novo se reduzissem a meros aspectos normativos, sem efetivação no campo prático de soluções para os grandes problemas sanitários existentes no país.

Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temáticas e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2006, p. 08).

Essa Reforma Sanitária tem seus primeiros passos na década de 1970 diante de um contexto de insatisfação e de luta contra a ditadura militar, contudo esta veio consolidar-se em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), este movimento em si constituiu o principal marco para a consolidação do SUS enquanto sistema de saúde pública, visto que, este já se valia de uma visão ampliada a respeito da saúde.

Em virtude do alargamento do movimento de Reforma Sanitária, passaram a ser colocadas em práticas novas ações voltadas a melhoria da saúde, como por exemplo a implantação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) em 1982. Tudo começa a mudar em 1984 com o fim da ditadura militar e início do período de redemocratização brasileira, esse período trazia uma proposta de uma nova Constituição, que já estava em vista, era um espaço para que novas ideias em relação à saúde fossem colocadas. O país estava aberto para se redefinir, para novas mudanças e para decidir qual seria a função do Estado e o que cabia à sociedade, como eles iriam se apresentar após aquele momento de debate entre tantas pessoas.

Logo em 1986 realiza-se a 8ª CNS, esta que contou com uma participação expressiva da população, tendo como temática central: I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial. Representou um marco na história da saúde pública, já que trouxe para sociedade o debate de saúde, consagrando o princípio da saúde como direito universal e de dever do Estado. Fóruns com entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiros de Estudos em Saúde (CEBES), Saúde Pública e Medicina Preventiva envolveram-se em debates com moradores, movimentos populares, sindicatos, associações de profissionais e culturais, partidos políticos progressistas e parlamento.

Esta conferência, difundiu e defendeu a ideia da saúde enquanto um dos direitos sociais, na qual obrigatoriamente deve ser garantida pelo Estado, todas as pautas e objetivos nela traçadas foram amparadas legalmente pela Constituição Federal promulgada em 1988, torna-se importante pontuar que as conferências de saúde constituem hoje uma das mais eficazes formas de controle social.

A ideia era ter um novo sistema onde o sistema privado teria que seguir as regras do SUS isso, trazia grandes mudanças, foi uma luta e tanto mais com a conferência obtivemos grandes resultados, foram aprovadas grandes propostas que garanti condições dignas de vida e de acesso universal à saúde. As propostas debatidas nesses espaços foram, dentre elas, a concepção de saúde como um direito e dever do Estado; a universalização do acesso; reestruturação do setor com a estratégia Sistema Unificado de Saúde sua ressignificação e reordenação do setor com um novo direcionamento para saúde individual e coletiva; a descentralização administrativa, seu financiamento e a democratização do poder através dos Conselhos.

No ano de 1987 foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que tinha como diretrizes: a universalização e equidade no acesso aos serviços de

saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; e implementação de distritos sanitários. É considerado um marco na história da saúde devida ser a primeira vez que o Governo Federal repassaria recursos para Estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, anunciando a municipalização do que viria ser posteriormente o SUS criado pela Lei no 8.080/90.

A Constituição Federal de 1988, a chamada Constituição cidadã, traz a conceituação em seu Art. 6º que são direitos sociais à educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela EC n. 90/2015) e ainda em seu Art. 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A Constituição Federal representou um marco na luta pelos direitos sociais, porque no plano jurídico representava a afirmação destes direitos frente a um agravamento na crise do capital e alargamento das demandas frente ao crescimento da desigualdade no país. Bravo (2006) diz que a Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

O texto escrito em lei, na referida constituição, “demonstra” que a concepção do SUS estava vinculada às necessidades da população no que diz respeito aos cuidados com a saúde, mostrando que havia “interesse” em resgatar o compromisso do Estado com o bem-estar da massa, consolidando-o como mecanismo de cidadania.

Passando a ter uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado os quais seriam incorporados na Constituição Federal. Nos anos seguintes se observa um reconhecimento da saúde quanto direito universal e assegurado pelo Estado, propiciando a criação de leis para regulamentação do SUS, assim são criadas a Lei nº. 8080/90 e a Lei nº. 8142/90.

2.2 O Sistema Único de Saúde: Lei 8080/90 e Lei 8.142/90

A história do sistema de saúde pública brasileiro, doravante SUS é fruto de um longo processo, estabelecido e instaurado logo após a instituição da saúde enquanto um dos direitos sociais que necessariamente devem ser garantidos pelo Estado. A Organização Mundial de

Saúde (OMS) (2019) a saúde é como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades.

Esse é um conceito atual, entretanto por muito tempo definiu-se a saúde como apenas ausência de doença, ou apenas estado de incomodidade, ou de bem-estar, o problema é que essa concepção fez com que profissionais da saúde e investigadores da área negligenciassem, por muito tempo e talvez até hoje, componentes psicológicos e sociais da análise do fenômeno de saúde e doença (BRASIL, 2009).

O processo saúde/doença é inerente à evolução humana, contudo, a apreensão acerca dos cuidados com a saúde, que englobam tratamento e prevenção, bem como doença, qualidade de vida e hábitos saudáveis são condicionados por fatores socioculturais, bem como fatores políticos e econômicos. O disposto na Lei 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, destaca que:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 12.864, de 24/9/2013) (BRASIL, 1990, p 07).

Atualmente a análise sobre saúde e doença se dá através do diagnóstico biopsicossocial, que como já diz a nomenclatura observa fatores biológicos, psicológicos e sociais no processo saúde e doença. Mas, por muito tempo não se deu desse modo. Para compreendermos apesar de constar nos escritos da Constituição desde os anos de 1988, a sua efetiva regulamentação se deu nos anos de 1990, através da lei 8.080, Lei Orgânica da Saúde.

A lei 8.080/90 é a que regulamenta a operacionalização do SUS, apresentando sua forma de funcionamento e organização. Ainda nesse mesmo ano é promulgada a Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação popular na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Com isso, são instituídos os Conselhos de Saúde, sendo conferida legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais, como o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Essas leis favoreceram a ampliação do direito à saúde estabelecendo as condições para a promoção, proteção, e recuperação do indivíduo, valorizando ações e serviços preventivos, representando a legitimação da sociedade civil na construção e efetivação de novos modelos para a saúde pública.

Ao verificar as ações voltadas à saúde são possíveis perceber os diversos entraves à efetivação das diretrizes do SUS, uma vez que não só a saúde precisa de uma atenção, pois

perpassa também pela habitação, alimentação, educação, fazendo com que gere uma articulação entre outras políticas sociais e econômicas, refletindo diretamente no aumento de uma demanda que se põe ao SUS. Pois, sabe-se que os princípios organizacionais do SUS compostos pela “Universalidade, Integralidade, Igualdade, Participação da Comunidade e Descentralização” (LÍCIO, 2001, p. 121). Refere que foi com base nessas contradições de pensar na saúde pública que foram se constituindo e se fortalecendo e inadiável a aprovação de um SUS.

A universalidade destina-se a população por meios dos serviços públicos de saúde, sabe-se que o SUS, não foi constituído apenas para os cidadãos carentes ou apenas para quem paga os serviços previdenciários. Conforme Weichert (2004) o direito de usufruir desse princípio está assegurado na Lei nº. 8.080/90, mais precisamente em seu artigo 7º que reza “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistências”.

Compreende-se que o princípio da Igualdade é um direito de todos, voltado para as necessidades da população, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, sem distinção de raça, cor e gênero, priorizando as camadas mais carentes. E tem como alicerce a Carta Magna do país de 1988. O SUS é compreendido em seu Art. 4º:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS. Tendo como princípios doutrinários a universalização do acesso a saúde, independentemente de quaisquer fatores, sejam eles sociais étnicos ou de gênero; a equidade no acesso; integralidade; compreendendo a participação popular no processo decisório através dos Conselhos; e sua descentralização político administrativa (BRASIL, 1990, p 09).

Apesar das dificuldades enfrentadas pode-se afirmar que ao nível da atenção primária o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas, enfrenta problemas graves com o setor privado que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário. Estes setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços.

Sendo assim, no que se refere ao direito à saúde, o Estado deve garantir o acesso à atenção básica de saúde, bem como proporcionar modelos de melhorias para que a sociedade tenha assistência médica de qualidade. Percebendo a necessidade de proporcionar para as pessoas uma vida digna, oferecendo uma saúde de qualidade a todos. Os objetivos e atribuições do SUS foram definidos no Art. 5º como:

[...] a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990, p 10).

O escrito em lei definindo o SUS não é viabilizado de maneira concreta devido a vários condicionantes, sejam eles de interesse de classes ou mesmo devido à grande extensão territorial do país, o que reduz sua abrangência e para a sua concretude, pois enquanto política pública, esse sistema necessitaria de uma gama de recursos, bem como interesse para a capacitação e habilitação de profissionais. Pois conforme disposto no art. 198 da Constituição Federal, no § 1º delimita que o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

A década de 1990 foi marcada pela contrarreforma do Estado brasileiro e reajuste da ofensiva neoliberal. A sociedade vivência um mercado privatista, com contenção dos investimentos na área social e o enxugamento das funções sociais do Estado para com a população, abrindo-se assim um leque de oportunidades para o setor privado. Paralelo a isso o movimento de Reforma Sanitária no país vem apresentando demandas relacionadas a democratização do acesso aos serviços de saúde, a necessidade do atendimento humanizado, estratégias de interação das instituições com a realidade local, necessidade de práticas interdisciplinares no trato com a saúde, ênfase em abordagens grupais e maior estímulo a participação cidadã.

Neste período passam a ser editadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs), que são instrumentos normativos com finalidade de regular a transferência de recursos financeiros da União para os Estados e municípios, mecanismos de controle social, planejamento de ações de saúde, e demais assuntos relacionados a essa temática. A primeira NOB a ser editada foi a 01/91 sob da a realidade conjuntural de inviabilidade de cumprimento do art. 35 da Lei Orgânica da Saúde, Polignano (2001) que determinava o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, capacidade instalada, complexidade da rede de serviços de saúde, contrapartida financeira, etc. Isso redefiniu o sistema de financiamento e conseqüentemente a organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços em vigor até hoje.

Em 1993 é publicada a NOB SUS/93 que procura restaurar o compromisso com as necessidades da população na implantação do SUS, no que se refere a consolidação do princípio da Municipalização. O referido documento, estabelece um conjunto de estratégias consagrando a descentralização política administrativa na saúde, bem como são instituídos níveis progressistas de gestão local do SUS. A edição da NOB n° 1966 mostrou a aproximação mais explícita com a proposta de um novo modelo de atenção, implementando incentivos para programas voltados para as populações mais carentes, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

Nos anos seguintes o SUS entra em crise devido ao pouco repasse dos recursos, obrigando os hospitais conveniados à privatização como forma de solução para a resolução da crise financeira no setor. Em meio à crise o governo edita a NOB 01/96 revogando o modelo de gestões anteriores no que diz respeito ao modelo de gestão (incipiente parcial e semiplena). É proposto aos municípios para se enquadrarem em dois novos modelos de gestão: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

Essa NOB reformula e aperfeiçoa o SUS na medida em que redefine os papéis de cada esfera do governo e especialmente em relação à direção única; os instrumentos gerenciais para que Estados e Municípios passem de prestadores de serviços e passem a atuar como gestores do SUS; bem como redefine o vínculo com seus usuários, preferindo trabalhar com os núcleos familiares comunitários, favorecendo a participação comunitária no processo, entre outras mudanças ocorridas através da NOB 01/96.

Apesar dos inúmeros avanços trazidos com o SUS, a sua construção sempre submetida aos fatores conjunturais encontrou inúmeros agravos, dentre eles o subfinanciamento e as insuficiências da gestão local do SUS. O subfinanciamento é o processo no qual o repasse de recursos para o é inferior às necessidades do mesmo, fazendo que princípios como universalidade e integralidade não passem do que está escrito no papel. Se o que fora proposto na CF de 1988, nas Disposições Constitucionais Transitórias (DCT), dispondo de 30% do Orçamento da Seguridade Social para a saúde, seria o suficiente para garantir que os princípios básicos do SUS pudessem ser efetivos.

Esses princípios são compromissos em torno de medidas que possam resultar em melhorias para a saúde pública brasileira, a partir destes são definidas metas e prioridades a serem alcançadas por municípios, estados e país. Até então estão definidas seis prioridades, que são: saúde o idoso; controle do câncer do colo do útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;

promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica. Por último, no Pacto de Gestão são abordados a regionalização do SUS; a qualificação do processo de descentralização e ações de planejamento e programação; e mudanças referentes ao seu financiamento.

Essas mudanças são no sentido de fortalecimento dos processos de cooperação e solidariedade entre os entes federados e tem intenção de aprimorar os princípios constitucionais do SUS. As inovações estão na ênfase dada nos pactos regionais de saúde, na medida em que a regionalização se torna eixo estruturante de organização das redes de atenção que possibilite maior integração do usuário com o sistema de saúde. No que diz respeito ao financiamento, ou seja, o repasse de recursos federais passou a ser realizado em cinco blocos: Atenção Básica, Atenção Média e Alta Complexidade, Vigilância à Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, garantindo maior adequação às realidades locais.

2.3 Neoliberalismo: configuração e fragmentação do sistema único de saúde na contemporaneidade

É a partir da criação do SUS, que o acesso à saúde se torna gratuito para todos os brasileiros. Como mencionado, está só passa a ser implantado por meio da lei nº 8.080/90, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOAS), possibilitando a unificação dos sistemas de saúde no Brasil, descentralizando sua gestão para que a União, Estados e Municípios participassem de seu gerenciamento.

Com base em todas essas legislações, o SUS passa a um novo modelo de atenção e entendimento da saúde pública no Brasil. Deste modo, pretende-se transformar os serviços de saúde, com base nos princípios doutrinários que regem esse sistema: a universalidade, a integralidade e a equidade.

Muito se fala da universalidade e da equidade, mas o princípio da integralidade vem sendo o centro do debate na saúde atualmente, para Mattos (2003), a Integralidade ainda é um princípio que não se concretizou na vida de muitos brasileiros. O debate sobre a integralidade em saúde é desafiador na atual conjuntura de saúde instaurada em nossa sociedade neoliberal e isso rebate muito na vida da sociedade e na atuação dos profissionais dessa área.

Entendemos que a saúde atual é dividida, com base no princípio organizacional de hierarquização, o que vai organizar o acesso, já que os usuários nem sempre necessitam de serviços tão especializados, como os oferecidos pela média e alta complexidade, com isso a saúde se organiza em diferentes níveis de atenção: atenção básica, média e alta complexidade. Vale ressaltar que o acesso à alta complexidade, é sempre um problema neste modelo de

sociedade que vivemos, pois, nem todos os usuários têm acesso a esse tipo de riqueza socialmente produzida.

Para entender como a Saúde se apresenta nos dias de hoje é fundamental retomar alguns fatos marcantes como a criação das CAPs, o processo de industrialização da cidade, a luta do Movimento Sanitário, com as suas reivindicações, a construção do SUS, universal e de dever do Estado até chegarmos aos dias atuais, frente ao ataque neoliberal nas Políticas Públicas, em especial, na Saúde.

Refletir sobre a construção do SUS significa, face sua concepção ampliada, enfrentar a problemática tanto do acesso aos equipamentos, quanto à própria objetivação da vida social. As diversas fases pelas quais a Política de Saúde passou até chegar ao que se propõe na atualidade mostram os avanços, mas também os desafios na consolidação de uma saúde que não seja vista apenas como ausência de doença, mas sim em melhores condições de vida, trabalho e lazer.

[...] 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).

É nessa lógica da fragmentação instaurada no âmbito da saúde que por vezes faz com que o usuário não seja visto na sua totalidade, sendo dividido por uma hierarquia de grupos sociais, por exemplo, as classes, divididas entre ricos e pobres onde uns têm mais acesso que outros, embora essa lógica não tenha sido pensada na sua construção, mas é como se dá concretamente no cotidiano. E o que consiste a luta para que todos tenham o mesmo atendimento na área da saúde, viabilizando os direitos sociais.

Deste modo sabemos que o Estado Brasileiro é um Estado marcadamente capitalista periférico, situando-se à margem do capitalismo imperialista. Totalmente marcado por sua grande desigualdade de classes, face à má distribuição da riqueza produzida, com os níveis de pobreza ainda muito alarmantes. As expressões da “questão social” procuram se estabelecer na contemporaneidade capitalista.

Neste contexto, as políticas sociais oferecidas pelo Estado passam a ser cada vez mais focalizadas e com características não universais, remetendo-as às classes mais pauperizadas, o que tem rebatimentos diretos no modo como são implementadas essas políticas à população brasileira. E como em todas as políticas sociais, não seria diferente com o SUS, que passa a ser visto como serviço direcionado para a classe mais pobre.

Apresentando a questão em relação ao capitalismo contemporâneo, as políticas sociais são rejeitadas com cortes de recursos, com isso o Estado passa a investir no que favorece o

Capital, e a ele próprio. E o trabalhador continuando culpado pela pobreza, dentro desse cenário, surgem as Organizações Não Governamentais (ONGs), como maneira de transferir a responsabilidade do Estado, para o que chamam de Terceiro Setor, com o objetivo de amenizar as expressões da “questão social”.

Assim, o SUS como as políticas sociais, em geral, passam a ter um caráter na contemporaneidade de política totalmente ligada a sociedade mais pobre, focalizada e que não age no cerne da “questão social”, mas sim como medidas paliativas. Reduzindo os efeitos negativos do sistema criando programas assistenciais como as políticas transferência de renda, como é o caso do Programa Bolsa Família.

O Estado também se adapta a essa lógica voltada para o lucro e ao mercado, tendo como estratégia uma Contrarreforma, direcionando as suas ações aos interesses do setor produtivo, se distanciando de cumprir suas funções básicas, de desenvolvimento econômico e social transferindo para o setor privado, atividades que lhe cabiam. Todas as funções do Estado passam a ser geridas de acordo com as leis impostas pelo mercado (ANTUNES apud BRAVO, 2006, p. 1995).

O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade (BRAVO, 2006, p. 13).

Com isso, a política de Ajuste Neoliberal passa a gerir a sociedade brasileira sendo responsável pela redução dos direitos sociais, trabalhistas, precarização da saúde, educação e desemprego. Na saúde, tudo que havia sido construído nos anos 80, se desmonta apesar de garantido na CF, a saúde é vinculada ao mercado, o Estado passa a transferir a responsabilidades para as ONGs e sociedade civil (COSTA, 2016).

E a partir do projeto privatista que era muito individualista, observar-se que ele direciona os princípios e diretrizes do SUS. A Política de Saúde assume um caráter de política para pobres e não para todos, como prevê o princípio da universalidade. Então no primeiro mandato do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 2003, em seu plano de governo garante que a saúde seria um direito universal e integral, conforme proposto nos princípios do SUS. Porém, na prática manteve-se a polarização entre os dois projetos (Reforma Sanitária e o Privatista), ou seja, Projeto de Reforma Sanitária-Flexibilizada (BRAVO, 2013).

Fortes ataques ameaçam a saúde pública na contemporaneidade, Emenda Constitucional (EC) 95, que após sua promulgação, promoveu o congelamento dos

investimentos públicos em saúde por vinte anos, o que, conseqüentemente irá refletir diretamente na qualidade dos serviços prestados à população.

Embora todo o contexto seja desfavorável para retomada dos princípios de Reforma Sanitária, com o movimento de massas, é possível superar e fortalecer tais princípios (BRAVO, 2006). Como ocorreu em 1986, na VIII Conferência de Saúde, onde profissionais da saúde, pessoas da sociedade civil, movimentos sociais se uniram para pensar e discutir um novo modelo de saúde, no qual tiveram grande parte das suas deliberações contidas na CF de 1988. Para assim fortalecer e dar mais aos qualidade serviços prestados aos usuários, pois são eles que direcionam as práticas de saúde, fazendo com que todas as unidades de saúde tenham as suas práticas com os mesmos objetivos, sem distinção.

Portanto, uma coisa é defender o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde que se façam necessários, o que, numa rede regionalizada e hierarquizada, pode assumir a forma da defesa ao acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Outra coisa, igualmente importante, é defender que em qualquer nível haja uma articulação entre a lógica da prevenção (chamemos por hora assim) e da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde (MATTOS, 2004, p. 1413).

Sendo assim, apesar das dificuldades para o autor supracitado acima ele ressalta que o ideal é lutar e defender as práticas de saúde, apara que elas possam ter mudanças produtivas para todos, e para que possa chegar a um sentido mais completo e útil da sua integralidade.

3 A GARANTIA DOS DIREITOS DOS PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA E A RELAÇÃO COM O SERVIÇO SOCIAL

Neste capítulo realizou-se uma discussão acerca da política de atenção voltada ao paciente com DRC, apontando suas contradições e desafios na atual conjuntura brasileira, uma vez que, o mundo enfrenta constantemente uma epidemia da doença renal crônica. Sequencialmente apontam-se as principais mudanças familiares enfrentadas pelo paciente renal crônico e a função do Estado no enfrentamento de tal realidade; por fim, discorre-se sobre o serviço social na garantia dos direitos sociais dos pacientes com doença renal crônica.

3.1 Política de atenção ao paciente com doença renal: contradições e desafios

É possível revelar que a DRC na atual conjuntura acomete uma parcela considerável da população brasileira, esta, dar-se em diferentes estágios e pode ser definida como redução ou perda lenta, gradual e irreversível da função dos rins, na qual resulta diretamente no desequilíbrio metabólico e hidroeletrólítico do organismo.

Hoje, a DRC passou a se configurar como um dos maiores problemas de saúde pública mundial, em razão do aumento de sua incidência, evolução e alto custo dos tratamentos (BATISTA et al., 2005). A doença renal crônica dar-se em quatro diferentes estágios, esses que variam de acordo com o comprometimento dos rins, e define-se como lesão com função renal normal, insuficiência renal funcional ou leve, insuficiência renal laboratorial ou moderada e fase terminal de insuficiência renal crônica (JUNIOR, 2004).

No atual cenário, a referida doença torna-se responsáveis por cerca de 60% das causas de mortes em todo mundo, afetando cerca de 35 milhões de pessoas por ano e, para a próxima década, espera-se que haja um aumento de 17% na mortalidade causada pelas DCNT, conforme evidência o ministério da saúde, em documento elaborado em 2014.

Os pacientes diagnosticados com a DRC necessariamente necessitam de cuidados especializados e adaptações em sua vida cotidiana, pois, são bruscas e notáveis as reações e alterações de tal doença na saúde do paciente, em seu meio social, vida financeira e convívio familiar resultando na perda de sua qualidade de vida.

A fim de melhorar o quadro clínico do paciente e de prolongar sua vida, indica-se modalidades de tratamentos, que dependendo da gravidade do caso a hemodiálise que produz resultados inconstantes e imprevisíveis; a diálise peritoneal que possibilita uma maior

independência e autonomia ao paciente e o transplante renal desde que sejam denotadas condições do paciente a submeter-se ao procedimento (OLIVEIRA, et al, 2014).

As modalidades de tratamentos mencionadas, assim como todas as condutas clínicas necessárias, devem ser disponibilizados pelo SUS, visto que a saúde a partir da CF de 1988 passou a configurar-se como um dos direitos sociais de caráter universal, cujo o custeio de suas ações e serviços são de responsabilidade do Estado; fato que deve justificar a adesão e o dever do Estado em garantir legalmente os tratamentos mencionados, serviços e procedimentos necessários aos mesmos possibilitando assim o prolongamento da vida dos pacientes com doença renal crônica.

Por se tratar de uma doença irreversível e complexa onde se exige múltiplas abordagens no seu tratamento, essas que impactam diretamente não somente a qualidade de vida de milhares de cidadãos brasileiros como também de todo grupo familiar que tem convívio direto com o acometido, a doença renal crônica passou a receber do Estado uma maior atenção (BRASIL, 2011).

A população com doença renal crônica depois de muita luta passou a ter um leque de direitos garantidos por meio de vias legais, como, por exemplo o direito a assistência integral que garante a gratuidade no tratamento, o direito à aposentadoria, isenção de imposto de renda, passe livre etc.

Deste modo, instituiu-se por meio da portaria N° 1168 de 2004 a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (PNAPDR), considerada uma grande conquista para o segmento, pois ela respalda e garante o direito dos pacientes acometidos pela doença renal, uma vez que “Impõe a criação de um modelo de atenção e gestão em que os pacientes sejam abordados de forma integral com medidas de curto, médio e longo prazo, buscando modificar de forma positiva o perfil epidemiológico da doença renal no Brasil” (BRASIL, 2004, p. 3-4).

Assim, a referida política configura-se em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS estabelecidos na lei 8.080/90, tornando-se mais um recurso garantidor de direito para a instância, tem em sua essência a prevenção da DRC por meio da promoção da saúde para a redução de outras tipologias de doenças que podem colaborar para a DRC.

A PNAPDR, configura-se como:

Marco legal de organicidade do atendimento à pessoa portadora de doença renal, que era regido por decretos, portarias e resoluções pulverizadas, e por ser instrumento jurídico que norteia as ações de atenção ao portador de doença renal a ser desenvolvido por diferentes áreas profissionais (PERUSSO, 2013, p.74).

Ela estabelece diretrizes e critérios para a linha de cuidados voltados a população que sofre com a DRC, assim como, define atribuições e competências para todos os níveis de atenção à saúde, prezando a intersetorialidade e integralidade das ações de saúde e o atendimento mútuo em todos os níveis de complexidades. Orienta também como devem ser as unidades de atenção voltadas aos DRC (BRASIL, 2004).

Após a política estabelecida, a atenção básica passou a ter papel fundamental na prevenção da doença renal, pois passou a dar uma atenção maior ao controle de doenças como o diabetes e a hipertensão, estas que podem favorecer o desenvolvimento da DRC; passou a ser responsabilidade da média complexidade as Unidades Especializadas em DRC na qual deve ofertar assistência aos usuários nos estágios 4 e 5 (pré-diálise) e a alta complexidade passou a responsabilizar-se pelos serviços de nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia e Unidades de Transplante Renal.

De certo a política supracitada em suas minuciosidades propõe a organização e humanização da rede de atendimento e dos serviços ofertados; a elaboração do sistema de controle, avaliação, regulação e a implantação do sistema de informação em saúde e assistência farmacêutica, até o firmamento da PNAPDR os atendimentos voltados a este segmento davam-se de maneira fragmentada sendo de total responsabilidade da alta complexidade (PERUSSO, 2013).

Torna-se oportuno ressaltar que assim como as demais políticas existentes em solo brasileiro na atual conjuntura, a PNAPDR apresenta inúmeros desafios e contradições em sua efetivação, em razão do contexto adverso na qual o país vivencia, esse que é marcado essencialmente por ondas neoliberais onde prevalecem os desmontes de políticas públicas e em certo a não materialização dos direitos sociais.

As primeiras contradições que podem ser diagnosticadas são relativas às dificuldades no atendimento aos pacientes com DRC, a começar pelas pela atenção básica, uma vez que ela se configura como a porta de entrada para os demais serviços. São notáveis os descasos e desafios nas unidades pertencentes a essa instância, uma delas são as falhas nos protocolos de encaminhamentos, por exemplo, o encaminhamento tardio para o acompanhamento e/ou tratamento por especialista, ou em alguns casos encaminhamentos desnecessários levando assim o desperdício de recursos (LAGES, 2015).

Outra contradição relaciona-se ao longo tempo de espera em razão da indisponibilidade de vagas, este caos faz com que o paciente chegue ao tratamento já em estágio avançado da doença; alinhado a isso, têm-se a falta de materiais e condições técnicas para a efetivação dos trabalhos direcionados ao segmento.

Registra-se ainda como uma das contradições a falta de humanização na relação com os usuários do serviço público de saúde, essa que pode originar outros graves problemas, problemas de ordem psicológica, por exemplo. Enquanto desafio percebe-se que o maior deles é a própria efetivação dos direitos dirigidos as pessoas com DRC e a superação das contradições pontuadas, como também a adaptação da política frente aos reajustes e imposições diários do Estado, onde não se prevalece o interesse e defesa pela população.

Torna-se visível que o enfrentamento da DRN no Brasil dar-se de maneira insuficiente e inadequada mesmo diante dos respaldos legais favoráveis a ela. A doença acaba sendo subdiagnosticada e subtratada, e alvo de poucas intervenções estatais. Diante de tal realidade, percebe-se que a PNAPDR hoje configura-se como uma grande conquista para os doentes renais, esses que por muito tempo ficaram desprovidos de direitos; no entanto, a mesma não é efetivada como está nos seus escritos, ela somente maquia tal realidade, uma vez que são inúmeros os desafios e contradições em sua prática, decorrente muitas vezes da fragmentação da rede assistencial e de toda a política da saúde, precarização das relações de trabalho e outros.

No Ceará, a doença renal crônica atinge um número considerável da população, configura-se logicamente como uma das principais doenças responsáveis pelo óbito de centenas de pessoas. De acordo com a Fundação do Rim, 2019, estima-se que aproximadamente 5 mil cearenses se encontram em um estado avançado da doença, realizando hemodiálise e diálise peritoneal.

3.2 Paciente renal crônico: um debate sobre as mudanças familiares e o papel do Estado no enfrentamento da patologia.

O indivíduo com DRC tem sua qualidade de vida consideravelmente alterada; o processo saúde/doença dessa patologia vai para além do viés biológico, este, interfere diretamente as relações familiares e em todo seu contexto social, político e econômico, alterando consideravelmente o bem-estar e conforto da pessoa acometida.

Considera-se nesse ensejo o entendimento de qualidade de vida sob uma perspectiva multidimensional, que em sua essência envolve fatores relativos a condições físicas, alimentação, descanso/repouso, comunicação, presença ou ausência, lazer, convívio familiar e social, trabalho e outros. (CARREIRA; MARCON, 2003)

Após diagnosticado com o DRC o paciente tem todos os fatores citados relacionados à sua vivência, ou seja, ao seu cotidiano, modificados bruscamente, principalmente quando

iniciado o tratamento dialítico que requer maiores cuidados, uma vez que, o sujeito passa por alterações físicas, psíquicas, modificações familiares e obviamente em todo seu quadro de saúde.

A doença e o tratamento renal trazem prejuízo e mudanças que acarretam alterações em termos de integridade física e emocional do enfermo e, consequentes limitações. Em geral, ocorre afastamento do paciente de seu grupo social, lazer e, muitas vezes, da própria família. (NIFA, 2010, s/p).

São diversas as consequências da DRC tanto para os sujeitos que estão acometidos quanto para os que possuem contato direto com eles. Os pacientes passam a requisitar um acompanhamento e maior atenção no decorrer do tratamento e o estabelecimento de estratégias para à adaptação as novas condições de vida. Todas as famílias que possuem um doente renal crônico, vivenciam situações traumáticas nas quais modificam suas relações diárias e modos de vida, muitas até se desintegram, (ALMEIDA, 1985). A doença muitas vezes passa ser em muitos casos um fator de desequilíbrio do grupo familiar e em outros um fator condicionante em que favorece a união destes.

Diante de tal realidade, o ambiente familiar deve classificar-se como um espaço de acolhimento e refúgio. Deste modo, a família frente as frustrações, perdas e desconfortos causadas pela doença renal crônica devem atuar como:

[...] um reservatório contendor destas emoções, podendo face à adversidade exacerbada pela doença ter um papel reparador ou aniquilador. Ou seja, a doença é um vector que amplia os processos relacionais. A família concretiza esses processos de forma positiva ou negativa (OLIM, 2013, p.71).

Desta forma pode-se entender que a família possui um papel importantíssimo diante de tamanhas modificações, por servir de suporte, apoio afetivo e instrumental do paciente no decorrer de todo seu processo de tratamento e acompanhamento. Pois este tem toda sua dinâmica familiar e seu cotidiano alterados, visto que, tal doença leva ao desgaste emocional do doente e todos os familiares com relação direta com ele, além dos problemas de ordem financeira, cultural e social que certamente necessitam de um reajustamento de realidade.

As famílias deste segmento têm modificadas toda sua renda familiar, em razão dos gastos adicionais que decorrentes da aquisição de medicamentos quando estes não são disponibilizados pelo SUS, bem como com despesas adicionais com alimentação, deslocamentos e outras situações que surgem no cotidiano do paciente com DRC. Alteram-se também as formas de lazer da família, por conta de algumas restrições e limitações adquiridas ao logo do tratamento.

Em muitos casos, muitas famílias modificam até seu local de residência, de modo a facilitar o acompanhamento e ficar mais próximo da unidade de tratamento, evitando assim

intercorrências no trajeto de deslocamento ou faltas/perdas nos agendamentos. Evidencia-se nesta realidade modificações também relacionadas ao amor parental, com tal situação a família começa a demonstrar mais amor, solidariedade, preocupação e afeto ao doente e vice-versa, ocorrendo simultaneamente uma mudança de prioridade entre as partes, isto torna-se totalmente importante diante do anseio, medos, inseguranças e manifestações depressivas que o doente apresentará ao longo de todo o processo.

Diante de tantas modificações na vida da pessoa com DRC, a família torna-se condição *sine qua non* no acompanhamento do paciente durante o processo de tratamento, transmitindo apoio, confiança e segurança ao paciente. Ela junto a equipe técnica ajudará o paciente a suportar todo o processo de tratamento, momentos de tensão e desânimo etc. Em Síntese, a família auxiliar o paciente, visto que, ela auxilia na capacidade de produzir subjetividade e configurando-se como unidade de cuidado (MIOTO, 2010). Neste caso, o Estado tem como incumbência de garantir os direitos da pessoa com DRC e mais ainda a responsabilidade de garantir aos mesmos um tratamento completo independente de qualquer contexto, além de clarificar e expandir de forma sucinta leis que garantem os direitos voltados para este público, uma vez que, em muitos casos a legislação não é clara o suficiente no que tange aos direitos deste público.

Rodrigues (2019) destaca que algumas leis têm definições genéricas, o que acaba por desencadear dúvidas e constatações fazendo com que o paciente muitas vezes recorra ao poder judiciário para requerer acesso a determinado direito. Tal fato faz em certo, não corrobora para o pleno exercício de direitos totalmente legalizados. O principal e mais importante dos direitos garantidos pelo Estado à pessoa com DRC é o direito à medicação e tratamento, visto que, por muito tempo este dava-se de maneira restrita, destaca-se ainda o direito benefícios previdenciários como auxílio-doença e/ou aposentadoria por invalidez, transporte gratuito etc.

Torna-se importante sublinhar que o Estado, mesmo diante de tantos meios legais, nessa realidade acaba preocupando-se somente com a singularidade da doença, dando atenção especial e respaldo somente ao quadro clínico e as prescrições médicas voltadas aos mesmos; o que deriva um sério descompasso entre a legislação vigente e a prática propriamente dita. Com isso, as diretrizes estabelecidas pelo Estado destinadas ao doente renal crônico acabam sendo insuficientes e/ou ineficazes, visto que as atenções são voltadas essencialmente para o quadro clínico do sujeito e não para as necessidades como um todo, ou seja, não há o funcionamento da rede integral; principalmente após os cortes em investimentos públicos voltados as políticas sociais em saúde pública.

O SUS nesta instância seria extraordinário se fosse efetivado como realmente prega suas normativas, seria o pontapé inicial para a mudança na vida das pessoas com DRC, uma vez que, as conquistas constitucionais estão perdendo sua essência. Podendo ressaltar que foi implementado no Hospital Regional do Cariri (HRC) um equipamento portátil que vai até o leito dos pacientes, esse uso de tecnologia no interior do estado aumentou a chance de sobrevivência dos pacientes e a qualidade de vida. “No passado não havia serviço específico de hemodiálise intra-hospitalar na região do Cariri. Com a chegada do HRC, com seus 35 leitos de UTI e emergência de portas abertas, foi imperiosa a organização de um serviço como esse” (CEARÁ, 2016).

A realidade do tratamento dos pacientes na região do Cariri, em especial, nos locais para tratamento bem como as formas como este ocorre, é possível observar certo descaso com os pacientes, pois estes passam por uma série de transtornos haja visto que seus direitos reservados para este público, não são plenamente atendidos. O baixo número de leitos públicos e a alta demanda de pacientes contribuem para um cenário de sofrimento de que procura e necessita deste tipo de serviço. Este tipo de serviço, é disponibilizado no município de Juazeiro do Norte, onde é oferecido um atendimento de alta complexidade, como serviços destinados a pacientes com Insuficiência Renal Aguda, Crônica e pré-transplante. A instituição atende pacientes oriundos de vários municípios do Ceará como: Abaiara, Antonina do Norte, Arneiroz, Assaré, Aurora, Barbalha, Barro, Brejo Santo, Caririaçu, Cedro, Crato, Farias Brito, Granjeiro, Jardim, Juazeiro do Norte, Lavras da Mangabeira Mauriti, Missão Velha, Porteiras e Santana do Cariri, e de outros Estados como Pernambuco: Araripina, Exu e Ouricuri, Paraíba: Cajazeiras.

3.3. O Serviço Social na garantia dos direitos sociais dos pacientes com doença renal crônica

O Serviço Social brasileiro até a sua configuração atual, traçou uma longa trajetória de rupturas e continuidades. Sua gênese deu-se atrelada aos interesses da grande burguesia e ao pensamento conservador da igreja católica, para intervir e enfrentar diretamente a questão social. Em seu período embrionário, a profissão era totalmente orientada pelo ideário católico, que tinha vistas na individualização dos problemas e na culpabilização dos sujeitos, aqui, a questão social era abordada como problema individual que poderia ser superado por meio de lições e ações religiosas (Barba et al, 2019), neste cenário, os profissionais eram compatíveis com as demandas e necessidades capitalistas.

Com o movimento de reconceituação do Serviço Social iniciado na década de 1960 e concretizado nos anos de 1980, o Serviço Social rompe definitivamente com o paradigma endogenista, desvinculando-se de suas bases conservadoras e tradicionais, para alinhar-se a um viés crítico, investigativo e questionador acerca da realidade, fazendo emergir um novo Serviço Social.

Na atual conjuntura o Serviço social tornou-se uma profissão socialmente reconhecida e inserida na divisão sociotécnica do trabalho presente em todas as instâncias da sociedade, pautado na perspectiva crítico dialética e em um novo projeto societário, que almeja a construção de uma nova ordem societária. Com a atualização da profissão, o assistente social passou a atuar no campo das políticas públicas e na defesa intransigente dos direitos humanos, com um posicionamento em favor da equidade, da justiça social e do compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, buscando assim, assegurar a universalidade e expansão dos programas e políticas sociais territoriais.

Com a atuação voltada para a efetividade dos direitos sociais do cidadão, esse profissional, tem como premissa de atuação em qualquer espaço para garantir a viabilização dos direitos, sendo assim, este é um profissional que luta pela efetividade e disseminação dos direitos voltados ao paciente renal crônico, uma vez que esses são muitas vezes desconhecidos pelos pacientes.

Cabe ressaltar que o assistente social tem um papel essencial junto aos usuários com doença renais, no conhecimento e esclarecimento de seus Direitos Sociais, como também na luta pela efetivação dos mesmos, através do apoio e engajamento a entidades e associações que defendem coletivamente os direitos e interesses dos usuários com DRC. (ALBERTO; SILVA, 2019, p. 11)

Frente a tal realidade, o assistente social inserido nos centros de nefrologias e em qualquer lugar em tenha contato com o paciente com DRC, ciente de suas atribuições e competências e de sua atuação profissional atuará no campo da particularidade dos usuários, impedindo a violação e negação dos direitos destinados à população acometida pela DRC; realizando assim, escuta qualificada, orientações individuais e coletivas, e os encaminhamentos necessários aos serviços da rede socioassistencial com objetivo de se efetivar direitos e ampliar o conhecimento dos usuários. A atuação deste profissional contribuirá diretamente para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes, nesta perspectiva, o trabalho do serviço social na saúde, especificamente no atendimento ao paciente portador da DRC, dispor de uma assistência integral ao paciente, aprimorando as

técnicas e processos de trabalho, fundamentais para mediar os conflitos do paciente e sua família (CENTENARO, 2009).

Cabe ao Assistente Social nessa perspectiva, uma análise ampla da realidade de vida desses sujeitos, desprovidos em termos socioeconômicos ou de conhecimento, esclarecer seus direitos sócias, ressaltando a necessidade de se propiciar condições de esclarecimento e comunicação, fazendo com que o indivíduo possa compreender sua individualidade enquanto ser social. Com isso, o Assistente Social mantendo-se sempre atento as dificuldades dos pacientes, na procura de um bom tratamento para estes diante todo o sofrimento vivenciados pela doença, é possível observar que um dos desafios claramente percebidos em seu cotidiano profissional dizem respeito a garantia de direitos à população com DRC.

O assistente social se faz importante, ao auxiliar e promover orientações e suporte para adaptação, para o paciente, uma vez que o adoecimento crônico acarreta situações de crise, limitações e perdas que irão influenciar na estrutura familiar. Sabemos que todas as pessoas possuem a sua história de vida. A relação entre profissionais e o indivíduo doente é, antes de tudo, uma relação interpessoal.

Complementando sobre a parceria da família com a pessoa carente cronicamente de saúde, salienta que, [...] Quando um membro da família adoece, adoece toda a família, sendo a doença um fator de desequilíbrio do grupo familiar. Assim a participação constante da família na hospitalização e tratamento do paciente proporciona reorganização, pois é necessária a reestruturação diante da doença e suas consequências: o sofrer, a possibilidade de morte eminente [...] A equipe multidisciplinar deverá perceber a importância da família ao lado do paciente. É no contato com a família que se pode repassar informações detalhadas sobre a doença, discutir medos e fantasias, estabelecer o vínculo terapêutico entre equipe/paciente, de forma a transmitir apoio, segurança e confiança. É somente “encaixando” a família na tríade “paciente/equipe” que se pode formar a tríade “família/paciente/equipe, que poderá ajudar o paciente a suportar o processo de hospitalização e doença (MELO E CORTEZ, 1996 apud FORTES, 2000, p. 30).

Quando uma pessoa possui uma doença incurável e com um processo de tratamento lento e doloroso, pode afetar psicológico de ambos, tanto da família quanto do paciente. Por isso, essa necessidade de atenção na abordagem ao paciente e à família, que se esforça para se adaptar à situação, pois esta modalidade terapêutica apresenta-se como um evento inesperado pelo paciente, que remete a uma relação de dependência a uma equipe especializada, a vários medicamentos diários, à dependência a uma máquina para sobreviver, dependência financeira, dentre outros fatores.

Do mesmo modo, que a falta de recursos econômicos e os gastos com a medicação e exames que muitas vezes não são disponibilizados pelo SUS levam os familiares e o paciente

ao desespero, ao desânimo, fazendo com que este tenha vontade de abandonar o tratamento. Em cenários desse tipo cabe ao Assistente Social realizar a mediação, junto aos gestores de saúde, de modo a garantir possibilidades de atendimento. Este é um ponto que fazer com que este sempre repense práticas profissionais, tendo sempre uma dimensão ética constitutiva e qualificada.

É desse trabalho crítico e competente do ponto de vista ético-político que estamos falando, pois, trata-se de um trabalho ético por se movimentar no campo dos valores, porque parte do reconhecimento da condição humana dos sujeitos, é político por aspirar sempre à sua emancipação, abrangendo a relação saúde, doença, e cuidados a população atendida, seus familiares e a própria comunidade.

Dessa forma, a ação do profissional requer uma leitura da realidade mais concreta e rica de determinações acerca da situação em pauta, sempre fornecendo mais informações sobre como usufruir das políticas públicas que lhes são oferecidas. O dilema entre o Direito e a Saúde – que se expressa no fenômeno da judicialização da saúde – é a de como o Estado, no âmbito dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, deve promover bem-estar das pessoas, de forma igualitária e sem discriminação, promovendo o acesso universal e igualitário aos avanços biotecnológicos. A alta demanda judicial no âmbito da saúde reflete a busca de efetividade desse direito, que é o acesso aos meios materiais para seu alcance. O fenômeno pode ser considerado como um recurso legítimo para a redução do distanciamento entre direito vigente e o direito vivido (VENTURA, 2010).

Discutir o processo de judicialização da saúde implica necessariamente analisar a relação que o Estado mantém com a sociedade civil, sobretudo no que concerne ao respeito aos direitos humanos, civis, políticos e sociais. No caso particular deste trabalho, impõem o debater, sobre o acesso aos serviços de saúde, e em particular, como a oferta de medicamentos e tratamentos de saúde vem ocorrendo.

A questão da judicialização da saúde é ampla e evolui grande diversidade de bens e direitos reclamados nos tribunais. Vão desde os medicamentos e internações até uma miríade de outras demandas sob a alegação do direito à vida e dignidade da pessoa humana, incluindo prestações sociais que acabam por alargar o papel da garantia desse direito e o orçamento público estabelecido para ele. A elevação dos direitos sociais ao status constitucional e as imensas dificuldades de implementação fática das políticas estatais que efetivem essas garantias parecem ter aberto um flanco entre o direito e o seu titular. Essa aparenta ser a causa premente da judicialização da saúde na busca pela efetivação da política que garanta os serviços, sobretudo de entrega de medicamentos, exames e os mais diversos tratamentos para os agravos (ASENSI apud ANDRADE, et al, 2017, p. 35).

Assim, diante das mais diversas incompletudes presentes na política da saúde, a judicialização da saúde pública, atualmente passou a se configurar como um dos principais meios e estratégias do cidadão para ter seu direito amplamente garantido. Cabe ressaltar que, o assistente social procura a todo momento intervir para que o usuário não chegue ao ponto de recorrer ao poder judiciário para acessar tal direito, visto que se trata de um processo demorado.

Neste cenário, a Política Nacional de Humanização (PNH) estabelecida em 2003 torna-se fundamental para a garantia do direito à saúde, esta, cujo objetivo central é efetivar corretamente os princípios do SUS, concomitante deve estar presente em todas as políticas, programas e serviços de saúde (SILVA, 2020). Conhecida como Humaniza SUS a PNH melhora a relação entre trabalhador, usuário e gestor, visto que ela estimula a comunicação e o bom relacionamento entre ambos, incentivando à humanização dos serviços de saúde em todo território brasileiro.

Assim, pode-se afirmar que a PNH aliada à atuação do Assistente Social é essencial para a política de humanização da saúde, principalmente no contexto em que conquistas constitucionais estão desvinculando-se de sua essência. Desse modo, considerando a realidade discutida, pode-se afirmar que a principal incumbência do Assistente Social, em conformidade com seu compromisso ético político resume-se à luta e a defesa da universalização de todas as políticas públicas. Para que assim sejam efetivados os direitos do cidadão sem limitação e restrições, prezando sempre por uma prestação de serviços de qualidade e humanizados.

4 CONHECENDO A REALIDADE DOS PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL E EQUIPE DE ENFERMAGEM

A DRC configura-se hoje como um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil, por acometer uma parcela considerável da população brasileira. Tal doença, além de comprometer perversamente a saúde e a qualidade de vida do doente, acaba sendo também um fator de desequilíbrio do grupo familiar e das relações sociais deste, tendo em vista que a família atua como principal e primeiro cuidador do enfermo. De certo modo, o indivíduo com essa patologia passa a necessitar diariamente de políticas públicas eficazes para o atendimento de suas necessidades em saúde, bem como de uma amenização dos impactos causados por esta doença.

Considerando tal realidade, este capítulo apresenta o percurso metodológico utilizado no desenvolvimento da pesquisa, em seguida acrescenta-se a discussão acerca dos principais desafios que a pessoa com DRC enfrenta no acesso às políticas públicas em seu contexto familiar, visto que tal doença altera bruscamente sua qualidade de vida, por fim, apresenta-se o resultado da pesquisa por meio da análise e discussão dos dados coletados.

4.1 Percurso metodológico: delineamento e procedimentos técnicos da pesquisa

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de natureza básica com fins exploratório e descritivo, cuja finalidade resumiu-se em discutir acerca dos impactos da política de desmonte do SUS na vida do paciente com DRC, bem como compreender e discorrer sobre a importância do Assistente Social neste enredo. Em sua essência, pesquisas desse tipo proporcionam ao pesquisador mais informações sobre o tema analisado, além de propiciar uma descrição detalhada do assunto e dos dados coletados (Gil 1999). Quanto a sua abordagem, pesquisa caracteriza-se como qualitativa, visto que esta buscou compreender o assunto estudado.

Neste tipo de abordagem “o pesquisador usa um raciocínio complexo, multifacetado, interativo e simultâneo” (CRESWELL, 2007, p. 186-187), preocupa-se com a realidade que não pode ser quantificada, prioriza a observação e interpretação dos dados coletados com o intuito de trazer novas informações sobre o tema. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa de campo, permitindo assim maior interação e aproximação com o objeto de estudo a ser

analisado. Lakatos e Marconi (2010) destacam que esse tipo de metodologia consiste na observação dos fenômenos tal como ocorrem e na seleção direta dos dados mais relevantes.

Quanto aos procedimentos técnicos de pesquisa, realizou-se pesquisa bibliográfica e documental, com o objetivo de subsidiar a observação feita no campo, visto que “qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto” (FONSECA, 2002, p. 32). Deste modo, o levantamento de dados para a construção do referencial teórico deu-se a partir de materiais já publicados, como, artigos publicados em periódicos, anais de eventos, trabalhos de conclusão de curso, teses, dissertações, e documentos legislativos que disponham de informações relacionadas ao sistema de saúde pública brasileiro.

4.2 Do instrumento de coleta de dados

Como instrumento para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista por meio da aplicação de formulário semiestruturado, o que permitiu melhor análise dos dados coletados.

As entrevistas semiestruturadas, em particular, têm atraído interesse e passaram a ser amplamente utilizadas. Este interesse está associado à expectativa de que é mais provável que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista com um planejamento aberto do que em uma entrevista padronizada ou em um questionário" (FLICK, 2009, p.143).

A entrevista de caráter semiestruturado, pode ser considerado flexível e dinâmica na medida por proporcionar maior interação entre o pesquisador e o objeto a ser estudado, pois seu principal objetivo está na coleta de informações. Destaca-se que em entrevistas semiestruturadas os participantes têm a liberdade de ampliar as discussões, de colocar e pautar novos pontos não elencados pelo pesquisador. Porém, para evitar uma fuga da temática apresentada durante a coleta de dados, foi utilizado um roteiro base para coleta de dados, composto por perguntas abertas relacionadas à temática estudada, que por sua vez, favoreceu a discussão de novas questões não pontuadas roteiro.

4.3 Do local de realização do estudo

Os dados utilizados neste estudo foram coletados entre os dias 16 a 20 de Novembro de 2020 no Centro de Nefrologia de Juazeiro do Norte, para assim uma melhor aproximação com a realidade em estudo. Após a coleta de dados, no período de 23 a 25 de novembro todas

as informações coletadas foram analisadas e transcritas para assim a conclusão e o levantamento final do trabalho.

4.4 Do universo da pesquisa

O universo de pesquisa contou com a seleção dos participantes de forma intencional, sendo selecionados profissionais atuantes no equipamento de saúde supracitado e que demonstraram interesse no estudo e disponibilidade para participar de tal processo. Pontua-se aqui, que infelizmente a pesquisa não contou com a participação da Assistente Social do local em razão de sua indisponibilidade de horário decorrente de suas atividades desenvolvidas.

Considerando o atual contexto pandêmico e as orientações passadas pelos órgãos responsáveis pela saúde pública do município e Estado, descartou-se a possibilidade de entrevista com os pacientes do local, segmento este que diante de tal realidade configura-se como grupo de risco. Torna-se importante ressaltar que este estudo seguiu todos os princípios e padrões éticos que uma pesquisa de cunho acadêmico requisita, para ser realizada e publicada. Todas as informações relacionadas à participação dos entrevistados foram mantidas sob sigilo sendo divulgadas somente de informações pertinentes à temática em discussão.

5 ESTUDO LÚDICO DA PESQUISA: As dificuldades encontradas pelos pacientes com insuficiência renal crônica no acesso as políticas públicas e na vida familiar

O SUS no atual contexto brasileiro, frente as agressivas ondas neoliberais, passou a sofrer bruscas alterações. Mesmo sendo considerado um dos maiores sistemas de Saúde pública do mundo, pode-se notar cotidianamente que ele diante dos visíveis reordenamentos do Estado acaba sendo fragmentado.

Figura 1: SUS na contemporaneidade



Fonte: encurtador.com.br/sDGRY

Com a adoção de políticas de cunho neoliberal realizadas pelo Estado, o SUS encontra-se em um cenário de decadência, visto que desde seu surgimento ele enfrenta uma realidade política e econômica totalmente adversa a seus objetivos, com reflexos diretos em seu financiamento e gerenciamento dos serviços públicos de saúde que devem ser ofertados. Caracterizando-se assim como um retrocesso para a saúde pública do país, onde os principais impactos são denotados diretamente na vida de milhares de pessoas, principalmente daquelas que dependem unicamente do SUS, que atende a maioria da população brasileira.

Cabe ressaltar que essas consequências recaem principalmente sobre o segmento populacional que padece com DRC, por se tratar de uma doença irreversível que requisita cuidados especializados e contínuos. Neste cenário são desprezadas as reais necessidades da população, passando a ser priorizados os interesses do Estado e nas interferências políticas de determinados grupos, que por sua vez são antagônicos ao que prega o sistema. Assim como resultado pode-se observar um descompasso entre o SUS colocado em prática e SUS conquistado historicamente.

A música “sem saúde” de Gabriel Pensador bem expressa o caos que a saúde pública brasileira vem apresentando, denotando claramente os principais problemas e desafios que o

SUS enfrenta nesta conjuntura, e o descumprimento dos princípios e diretrizes do referido sistema.

Porque isso aqui tá deprimente, doutor/Essa fila tá um caso sério/Já tem doente desistindo de ser atendido/E pedindo carona pro cemitério/E aí, doutor? Vê se dá um jeito!/Se é pra nós morrê nós qué morrê direito/Me arranja aí um leito que eu num peço, mas nada Mas eu num sou cachorro pra morrer na calçada Eu tô cansado de bancar o otário/Eu exijo pelo menos um veterinário (GABRIEL PENSADOR, 1997).

O trecho apresentado aponta a demora nos atendimentos em razão da longa fila de espera e a lotação dos equipamentos de saúde, isso decorre da carência e insuficiência dos serviços de saúde. Há um certo descompasso entre a capacidade de atendimento e a demanda da população, tal fato implica na não efetividade do Sistema em conformidade com suas legislações.

Tá muito sinistro! Alô, preito, governador, presidente, ministro, traficante, Jesus Cristo, sei lá.../ Alguma autoridade tem que se manifestar!/ Assim num dá! Onde é que eu vou parar? Numa clínica pra idosos? Ou debaixo do chão?/ E se eu ficar doente? Quem vem me buscar?/A ambulância ou o rabeção?/ Eu Tô sem segurança, sem transporte, sem trabalho, sem lazer/ Eu num tenho educação, mas saúde eu quero ter Já paguei minha promessa, não sei o que fazer! Já paguei os meus impostos, não sei pra quê? (GABRIEL PENSADOR,1997)

O trecho da música do cantor e compositor Gabriel Pensador expressa a situação caótica da saúde pública no Brasil, ao fazer referência a supressão de outros direitos sociais como a educação e lazer que são essenciais para a qualidade de vida dos cidadãos. Todos esses fatos são decorrentes do mau gerenciamento administrativo de recursos voltados as políticas públicas. Os investimentos na saúde desde tempos pretéritos dão-se de forma mínima, sendo insuficientes ante as demandas, atuando como mola precursora para a viabilização do SUS.

O financiamento inadequado do sistema faz com que este apresente os problemas expressos na canção, como a falta de equipamentos necessários para o bom funcionamento das unidades, bem a desvalorização dos profissionais caracterizada por uma remuneração vergonhosa, além das precárias condições de trabalho. É importante destacar que além da escassez de verba e a má gerência que o SUS enfrenta têm-se também os casos de desvios de recursos que são destinados à saúde pública, por meio de fraudes e irregularidades.

Todos esses problemas são refletidos de forma ainda mais perversa na vida dos enfermos diagnosticados com DRC, pois se trata de uma doença irreversível onde suas sequelas comprometem todas suas relações e qualidade de vida, tal fato associa-se

concomitante a maneira como cada ser humano lida com as situações, dependendo da personalidade, do apoio familiar e dos recursos disponíveis para enfrentar a nova condição apresentada.

Figura 2: Pacientes em tratamento de hemodiálise



Fonte: Federação médica brasileira¹

O tratamento voltado para a DRC deve ser disposto pelo SUS, porém diante da grande fragilidade do sistema registram-se inúmeras dificuldades da população em conseguir vagas para dar início ao tratamento, muitos acabam conseguindo inserção quando a doença já está em um quadro bem avançado. As primeiras dificuldades são enfrentadas logo na atenção básica, no realizar dos primeiros exames.

As dificuldades de adesão ao tratamento dialítico são inúmeras, noticiam-se em jornais a grande quantidade de pacientes em fila de espera por transplante, causando sofrimento nos pacientes pelas fontes de estresse que surgem durante o tratamento, como: dependência da Previdência Social, isolamento social, perda do emprego, impossibilidade de locomoção e passeios demorados, restrição parcial da atividade física, necessidade de adaptação à perda da autonomia, alterações da imagem corporal, além do medo de morrer. Tais condições tornam muitas vezes o paciente insatisfeito consigo mesmo, sentindo-se excluído (MACHADO; PINHATI, 2014).

As dificuldades em relação ao deslocamento do paciente para a clínica para realizar as sessões de hemodiálise, a falta e a demora no transporte que são ofertados, deixando os pacientes esperando por horas, caracterizando como um descaso por parte do poder público. Esses episódios fazem com que as famílias busquem meios particulares “mesmo sem condições financeiras” para terminar o tratamento.

¹ Disponível em:

https://www.google.com/url?sa=i&url=http%3A%2F%2Fportalomb.org.br%2F2017%2F07%2F20%2Fdiferenca-entre-hemodialise-e-dialise-peritoneal%2F&psig=AOvVaw136cJA0qLaLIHnGOETmMgI&ust=1608942448076000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCLCJk_Dv5-0CFQAAAAAdAAAAABAD Acesso em: 20 nov 2020.

A maioria dos pacientes, ao da início ao tratamento de DRC ficam impossibilitados de trabalhar, sobrevivendo com benefícios previdenciários e/ou assistenciais como o auxílio-doença ou o Benefício de Prestação Continuada (BPC), em muitos casos antes do diagnóstico da doença, os pacientes exerciam atividades laborais as quais exigiam muito esforço, por recomendações médicas tais atividades devem ser interrompidas. Ocasionalmente em uma limitação ao trabalho, causada pela dinâmica do tratamento levando os pacientes a se ausentarem de suas atividades laborais.

Desse modo, torna-se notório que os pacientes com DRC têm sua rotina e qualidade de vida totalmente alterada, a referida doença faz com que a pessoa acometida perca sua autonomia em razão do tratamento, afetando seu condicionamento físico, psicológico e suas realizações sociais, além de suas condições econômicas visto que, muitos passam a sobreviver somente com seu auxílio-doença não dando para suprir suas necessidades básicas.

5.1 Análise dos dados: um estudo no centro de nefrologia de Juazeiro do Norte – CE

Realizada com os profissionais da enfermagem atuantes no centro de nefrologia de Juazeiro do Norte – CE, procurou-se através deste conhecer a atuação profissional dos investigados, sua realidade, e a realidade dos pacientes com a DRC atendidos no referido equipamento. Em razão da pandemia do novo Corona Vírus (COVID-19) que atinge o território brasileiro, sendo assim, não foi possível realizar a pesquisa com os pacientes atendidos pelo equipamento e com os demais profissionais, uma vez que, a população com DRC enquadra-se no grupo de risco da doença. A COVID-19, trata-se de uma das maiores e mais devastadoras pandemias registradas ao longo da história mundial, em razão de sua rápida disseminação entre as pessoas, da facilidade de contaminação, do grande número de mortes causadas por ela, e de seus efeitos colaterais no quadro clínico do acometido.

Considerando tal realidade e seguindo as orientações dos órgãos responsáveis pela saúde pública do país, foram entrevistados 2 enfermeiros atuantes no local, ambos especialistas em suas respectivas áreas e com vasta atuação profissional. Torna-se oportuno frisar que o profissional do Serviço Social não participou do presente estudo, o mesmo relatou que sua participação seria inviável em razão de sua ocupação com as atividades burocráticas do setor.

Quadro 1 – Dados dos entrevistados Juazeiro do Norte – CE (2020)

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
	Enfermeiro(a)	Enfermeiro(a)
Categoria profissional do entrevistado (a):	Enfermeiro(a)	Enfermeiro(a)
Faixa etária	31 – 40	X
Estado Civil	MORA COM UM(A) COMPANHEIRO(A)	X
Condição Socioeconômica	DE TRÊS A QUATRO SALÁRIOS MÍNIMOS	X
Escolaridade	ESPECIALISTA	X
Tempo de profissão	MAIS DE SEIS ANOS	X

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

O quadro de participantes foi composto por dois profissionais da enfermagem com uma vasta experiência no acompanhamento de pacientes com DRC, destaca-se que a participação destes foi de grande valia para o desenvolver deste estudo, pois estes profissionais são essenciais tanto para o funcionamento do equipamento quanto para o tratamento dos pacientes. Após a coleta dos dados e considerando a atuação de cada profissional, foram realizados os seguintes questionamentos apresentados no quadro a seguir²:

Quadro 2 – Perguntas realizadas durante a coleta de dados parte 01

Perguntas	
Questão 01	Qual sua competência e atribuição no centro de nefrologia?
Entrevistado 01	<i>Realizar supervisão dos técnicos de enfermagem e assistência técnica aos pacientes renais.</i>
Entrevistado 02	<i>RT de enfermagem (Responsável Técnico)</i>

Fonte: Dados da pesquisa

Em razão de suas funções o entrevistado 01 é também conhecido como enfermeiro assistencial do local, ele tem como uma de suas funções o contato com o paciente e seus familiares, auxiliando diretamente no tratamento dos enfermos, e conhecendo a realidade de cada um. O entrevistado 02 destaca que sua competência, em linhas gerais, é a função de enfermeiro responsável técnico – RT do equipamento, visto que toda instituição que possui serviços da enfermagem deve ter um RT local.

² O questionário aplicado no decorrer do processo de entrevista está disponível para consulta no apêndice A.

Resumidamente, um RT num centro de nefrologia desempenha a função de coordenador do local, sendo conhecido popularmente como enfermeiro chefe do espaço. Sua função de RT não elimina as demais obrigadoriedades da profissão, como: a administração de medicamentos, coleta de amostras, cotidiano administrativo de trabalho, além do contato diário com o paciente, assim como o enfermeiro assistencial. Observando as competências de cada um deles, torna-se perceptível que ambos atuam com um único objetivo que é a qualidade de vida e a real efetividade do direito à saúde dos pacientes daquele equipamento, tendo assim o contato diário e direto com o paciente e com seus familiares.

Em razão do longo período de tratamento da DRC, o enfermeiro e demais profissionais do equipamento acabam por desenvolver um relacionamento interpessoal com os pacientes, mesmo diante de algumas incompatibilidades, desentendimentos e problemas. Ou seja, “as relações interpessoais desenvolvem-se em decorrência do processo de interação” (MOSCOVICI, 2011, p. 69), no cotidiano estudado, tal relacionamento certamente constrói-se a partir da escuta ativa, atitudes positivas, empatia, respeito e atenção com os assistidos.

Em sequência, foi feito aos participantes a seguinte pergunta: Quanto aos direitos ofertados para aos pacientes renais, as demandas são realmente atendidas? Aqui, os entrevistados foram claros e sucintos ao afirmar que sim. Tais respostas permitem o entendimento de que os pacientes com DRC atendidos pelo equipamento tem todos seus direitos realmente efetivados, que suas demandas dos mesmos atendidas. Sequencialmente, realizou-se a seguinte indagação apresentada no quadro a seguir:

Quadro 3 – Perguntas realizadas durante a coleta de dados parte 02

Questão 02	Como se comportam os pacientes após a descoberta da doença? Quanto ao tratamento e as limitações, existe aceitação?
Entrevistado 01	<i>Comportamento de ansiedade, a princípio a grande maioria não aceita o tratamento dialítico, após abordagem da equipe multidisciplinar o paciente começa a ter uma melhor aceitação.</i>
Entrevistado 02	<i>Os comportamentos variam até porque são várias as causas que levam a doença.</i>

Fonte: Dados da pesquisa

As informações apresentadas acima, destacam que as reações presenciadas pelos profissionais que atuam no objetivo de estudo diferem da dos demais equipamentos que lidam com o tratamento da DRC, de início ocorre de fato uma recusa do paciente em aceitar o mesmo, pois este tem sua qualidade de vida consideravelmente alterada, passando a conviver com uma série de limitações, fato este que faz com que o indivíduo tenha uma certa resistência em aceitar a nova realidade. Assim, o paciente:

[...] é levado a conviver diariamente com uma doença incurável, que o obriga a uma forma de tratamento dolorosa, de longa duração e que provoca, juntamente com a evolução da doença e suas complicações, maiores limitações e alterações de grande impacto. As repercussões da doença ocorrem tanto na própria vida do doente quanto na do seu grupo familiar, afetando as várias dimensões do ser humano, sejam elas de ordem física, psicológica, econômica ou social (COSTA, et al, p. 01, 2014).

Com isso, a DRC, além de comprometer o quadro clínico do acometido, altera também as relações familiares dos pacientes bem como suas relações sociais e econômicas. Por esta razão, os enfermos acabam expressando sentimentos negativos em razão do medo de torna-se dependentes e incapazes de realizar suas atividades laborais. E, é neste momento que se inicia a atuação do Assistente Social, pois ele com suas competências e habilidades contribuirá para uma mudança na realidade dos enfermos, intervindo onde os demais profissionais não podem e contribuindo para a assistência integral dos pacientes e seus familiares através do acolhimento, abordagem, democratização de informações, orientações sociais etc.

O quadro a seguir, apresenta um questionamento sobre a atuação dos profissionais atuantes no nosso objeto de estudo, sobre o acesso dos pacientes aos serviços de saúde. Diante das informações apresentadas, foi possível observar que:

Quadro 4 – Perguntas realizadas durante a coleta de dados parte 03

Questão 03	Os pacientes que precisam dos atendimentos da rede de políticas setoriais (saúde, educação, assistência) e solicitam o apoio dos profissionais da clínica para ter acesso a esses serviços sem nenhuma dificuldade? Como acontece a intervenção?
Entrevistado 01	<i>Temos a Assistente Social que articula o atendimento da rede de políticas com os pacientes.</i>
Entrevistado 02	<i>A equipe disciplinar é extremamente ativa e atuante.</i>

Fonte: Dados da pesquisa

Em todos os equipamentos sejam eles de saúde ou de qualquer outra instância, surgem demandas que não podem ser atendidas institucionalmente, requisitando assim articulação com os demais serviços estatais tais procedimentos, são realizados pelos Assistentes Sociais, tal função para este profissional:

[...] ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p.46).

Assim, o Assistente Social por meio de uma intervenção propositiva, atua para que o paciente tenha acesso a um atendimento integral na política da saúde, e em todas as políticas sociais existentes. Em sua maioria, a necessidade de intervenção profissional para o acesso a outros serviços, se dá em razão da violação dos direitos do sujeito que procura atendimento, bem como em razão do desconhecimento deste de seus direitos reforçando assim a necessidade de atuação dos Assistentes Sociais.

Quanto as estratégias de atuação os participantes para a garantia de qualidade da prestação dos serviços em saúde, o quadro a seguir destaca que:

Quadro 5 – Perguntas realizadas durante a coleta de dados parte 04

Questão 04	Quais as estratégias adotadas para manter a qualidade no atendimento e o posicionamento ético-político da profissão frente as demandas apresentadas na clínica? Uma vez que os profissionais têm que lidar muitas vezes com as incompletudes das políticas e equipamentos sociais.
Entrevistado 01	<i>Plano de cuidados com os pacientes e agimos de acordo com o código de ética de enfermagem.</i>
Entrevistado 02	<i>Trabalhamos sempre com os melhores recursos ofertados para tais pacientes, mesmo com diversas limitações impostas pelos órgãos governamentais. Sempre contemplando as necessidades dos doentes</i>

Fonte: Dados da pesquisa

Compreende-se que diante das limitações da instituição e do próprio Estado, tais profissões respaldam-se em seu código de ética profissional, para assim traçar estratégias para realização de um melhor atendimento e contemplação às demandas apresentadas pelos enfermos. Dentre as intervenções traçadas pela equipe de enfermagem, estão: o apoio social, a educação em saúde e orientações essenciais que objetivam melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos pacientes, sempre levando em consideração as particularidades e restrições de cada um (BARBOSA; VALADARES, 2009).

Neste sentido a atuação do Assistente Social deve ser realizada de forma atenciosa e com foco no usuário, não devendo apenas restringir-se ao encaminhamento do paciente para os demais serviços públicos, e sim realizar o esclarecendo deste ao mostrar que os serviços devem ofertados de forma correta, por se tratar de direitos garantidos pela legislação de forma a proporcionar uma sensação de bem-estar no indivíduo, e não algum tipo de aborrecimento/constrangimento.

Por fim, para encerrar a entrevista foi realizado um questionamento a respeito do contexto pandêmico no cotidiano dos pacientes. O quadro a seguir, permite observar que:

Quadro 6 – Perguntas realizadas durante a coleta de dados parte 05

Questão 05	Como o contexto pandêmico implicou em sua atuação e na vida dos pacientes renais?
Entrevistado 01	<i>Implicou em todos os sentidos, assim como em todo mundo tivemos que readequar as rotinas e dinâmicas de funcionamento da unidade</i>
Entrevistado 02	<i>Realizar planos de cuidados para uma melhor assistência dos pacientes</i>

O questionamento em si foi realizado dado o atual contexto pandêmico causado pela COVID-19, momento este que requisita dos trabalhadores novas metodologias de atuação, haja vista as imposições de isolamento social apresentadas por este cenário. Assim, as informações coletadas permitiram observar que os profissionais atuantes no objeto de estudo buscaram definir novos métodos de trabalho para garantir segurança a vida desses pacientes, e eliminar o risco de contaminação. Esse tipo cuidado deve ser realizado em conjunto com à família do paciente, visando o seu bem-estar, e a minimização dos impactos provocados em caso de contaminação pelo novo Corona Vírus, assim, a necessidade de adaptação as modificações ocorrem principalmente em relação às atividades cotidianas, sendo este um processo complexo que exige muito do indivíduo.

Este é um ponto essencial visto que as Unidades de diálise são locais susceptíveis a ocorrência contaminação devido à realização de procedimentos invasivos decorrentes do tratamento de DRC, da utilização de equipamentos complexos, alta rotatividade de pacientes, da administração de medicamentos perigosos como a heparina, e, dependendo da complexidade podem levar o paciente a morte (SOUSA, et al 2013).

DRC é considerada uma doença grave e ao mesmo tempo uma grande problemática para o sistema de saúde pública, haja vista sua complexidade, altas taxas de morbidade e mortalidade causando impactos tanto na família como no paciente. Uma das formas de tratamento dessa doença, é o procedimento de hemodiálise, modalidade de tratamento realizada em pessoas que estão no último estágio da DRC, ou seja, quando a recuperação das funções renais não é possível, restando apenas a fila de transplante de órgãos. Dessa forma é relevante lembrar que toda atenção dada a essas pessoas é de suma importância devido ao tratamento que eles são submetidos toda semana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que as políticas públicas, em especial, as voltadas para a saúde pública e de assistência social, aos poucos, vêm sofrendo constantes ataques com os desmontes promovidos por uma onda neoliberal, que teve início na década de 1990 e que perdura até os dias atuais. Retrocessos que pesam na oferta de serviços e programas para a sociedade, e que, impactam negativamente na vida dos usuários do sistema de saúde pública, que cotidianamente necessitam dos serviços prestados pelo SUS.

É salutar a compreensão de que historicamente o sistema capitalista ditou e dita as regras na sociedade e que seu *modus operandi*, faz com que qualquer política pública represente “ônus” para o Estado, fazendo com que governo com viés liberal ou neoliberal venham a atuar com foco em sua redução. Tal redução, ocorre por meio do corte ou da suspensão parcial de investimentos de modo que o sucateamento desse sistema ou dos serviços prestados via políticas públicas sejam inevitáveis. Configurando-se como uma espécie de necropolítica, ao propagar uma cultura de não valorização da vida, na medida em que diminui a oferta e sua qualidade dos serviços públicos prestados à sociedade.

Este é um cenário que pode causar impactos em um dos segmentos que mais padece na sociedade que o da população com DRC, esta que precisa de total assistência das políticas públicas brasileiras. Pois nota-se um crescimento considerável no número de pacientes renais crônicos, na mesma medida em que se observa a precarização no atendimento e no serviço ofertados pelo SUS, além das restrições de acesso aos programas assistenciais.

Por meio deste estudo, foi possível uma discussão sobre essa temática complexa e não muito debatida, em linhas gerais e específicas, além do debate sobre os direitos dos pacientes renais crônicos e sua qualidade de vida frente aos desmontes que o SUS vêm sofrendo ante da ofensiva neoliberal, e suas implicações. Que impactam o princípio da integralidade que se materializa no cotidiano da vida do paciente renal crônico, em termos de intervenção profissional em seu atendimento. Não nos coube neste estudo encontrar respostas e definições para tal princípio, mas sobretudo analisar qual a relação entre a qualidade de vida do paciente renal crônico ante a fragmentação do SUS durante o tratamento, quais ações buscam a viabilização de seus direitos etc.

Historicamente sabe-se que há uma relação estreita entre a conjuntura na qual a sociedade experiencia a construção de seus direitos sociais como um todo. E ao mesmo tempo a disputa de classes que aos poucos vão consolidando os interesses de uma classe e outra, tal disputa reverbera logicamente na oferta dos serviços disponibilizados através das políticas

públicas e sociais, que mesmo sendo geridas por parte da sociedade, ainda continuam sob os mandos do Estado e do capital.

Deste modo, compreende-se que o SUS é de suma importância para seus usuários, pois muitos não possuem condição socioeconômica para acesso ao serviço privado de saúde, sendo vulneráveis as mazelas que o capitalismo reserva para este público haja vista que doenças como a DRC necessitam de um tratamento complexo, tratamento este que população mais pobre não teria condições de arcar, restante a esta o serviço público como “tábua de salvação”. Assim, a atuação Assistente Social é condição *sine qua non* para a defesa dos direitos, interesses e necessidades dos pacientes em questão, e simultaneamente para o enfrentamento de manifestações de ordem social na vida desses sujeitos, uma vez que ofensiva neoliberal preconiza a redução dos direitos sociais por meio da precarização dos serviços públicos, e, conseqüentemente, diminuição do Estado.

No decorrer do estudo, observou-se que o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético Político Profissional do Assistente Social apresentam similaridades, em seus princípios. Logo, estes funcionam como uma unidade de ação na saúde, tornando a atuação do Assistente Social fundamental, na garantia dos direitos dos pacientes e de demais membros da sociedade. Visto que a lógica instaurada em nossa sociedade favorece ao capital em detrimento do bem social, pois os cortes e a redução de investimentos em políticas sociais são frequentes, impactando na viabilização dos direitos do público atendimento pelo SUS, mesmo com o acesso à saúde pública sendo um dever do Estado.

A realização deste estudo foi desafiadora, uma vez que, este trata de uma temática complexa. No entanto, todos os objetivos traçados no início do estudo foram alcançados, mesmo sem a participação do Assistente Social foi possível por meio de revisão de literatura apresentar informações acerca da atuação no objeto de estudo. Também foi possível conhecer também a atuação dos profissionais de enfermagem, segmento profissional essencial para a efetividade do direito à saúde dos pacientes atendidos pela instituição.

Esse é um ponto essencial, pois tal realidade, traz a necessidade de melhor compreensão acerca dos elementos que a circundam. De modo a compreender quais rebatimentos recaem sobre estes usuários? Qual a atuação do Assistente Social neste enredo? De que modo esses retrocessos ferem os Direitos Humanos? Indagações essas que norteiam o desenvolvimento de novos estudos e debates sobre essa problemática.

REFERÊNCIAS

ABC DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/JABC.pdf>. Acesso em 10 de jan. 2020.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** São Paulo: Cortez, 1995.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista:** Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975. Disponível em <http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf> Acesso em 15 mar. 2020.

BARBOSA, G. S.; VALADARES, G. V. Experimentando atitudes e sentimentos: o cotidiano hemodialítico como base para o cuidar em enfermagem. **Esc. Anna Nery [online]**. Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.17-23. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100003>. Acesso em: 23 nov. 2020

BARROCO, M.L.S. **Ética e serviço social:** fundamentos ontológicos. 2. ed. São Paulo. Cortez. 2003.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J. Bras. Nefrol. [online]**, São Paulo, v.33, n.1, p.93-108. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000100013>. Acesso em: 20 nov. 2020

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contrarreforma:** desestruturação do estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL, [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 10 set. 2020

BRASIL, **Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 19 set. 2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Portaria nº. 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html Acesso em: 21 ago. 2020

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde.** NOB- SUS- 96. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm> Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html Acesso em: 13 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1168/GM**. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm Acesso em: 20 set. 2020

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Técnico para Estruturação Física de Unidades de Saúde da Família**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política de Atenção Básica**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRAVO, M. I. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf Acesso em: 26 maio 2020.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2 ed. São Paulo: Cortez; 2007.

BRAVO, M. I. S.; ANDREAZZI, M. F.; MENEZES, J. S. B. Organizações Sociais na atenção à saúde: um debate necessário. In: VI Jornada de Políticas Públicas: o desafio da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação. 2013, São Luís. **Anais eletrônicos [...]**, São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo16-impasseedesafiosdaspoliticadaseguridadesocial/organizacaoessociaisnaatencaoasaudeumdebatenecessario-umdebatenecessario.pdf> Acesso em: 13 set. 2020

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e a ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I.; PEREIRA, P. A. P. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CARVALHO, B. G.; PETRIS, A. J, TURINI, B. **A organização do Sistema de Saúde no Brasil**. 2001. Disponível em: <http://www.saudepublicanosmunicipios.servicos.gov.br.pdf> Acesso em setembro/2020

CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde**, Campinas: UNICAMP, 2002.

CEARÁ (Estado), Secretária da Saúde. **HRC garante atendimento especializado a pacientes com insuficiência renal**. Fortaleza: Secretaria de Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2016/02/22/hrc-garante-atendimento-especializado-a-pacientes-com-insuficiencia-renal/> Acesso em: 15 set. 2020

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Em defesa da reforma Sanitária e do Projeto Ético-político do Serviço Social na Saúde.** CFESS MANIFESTA: Serviço Social na Sociedade. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/seminariosaude2.pdf> Acesso em: 20 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 2007.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: EdUECE, 2002. Apostila.

FRÁGUAS, G.; SOARES, S. M.; SILVA, P, A, B. **A família no cuidado ao portador de nefropatia diabética.** Esc Anna Nery Rev Enferm, **Rio de Janeiro, v. 12, n. 2. p. 271-277, 2018.** Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000200011> Acesso em: 04 set. 2020

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar.** Rio de Janeiro: Record, 1997.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas.** Debate CRESS-CE nº 6- Fortaleza: 1997.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 13 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico metodológica.** São Paulo: Cortez, 2007.

INDRIUNAS, L. **História da saúde pública no Brasil.** 2008. Disponível em: <http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>. Acesso em: 03 set. 2020.

LÍCIO, E. C. **A trajetória dos programas de saúde no Brasil.** (Texto de apostila). São Paulo, 2001.

MACHADO, G. R.G.; PINHATI, G.R. Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. **CADERNOS UniFOA**, Volta Redonda, v. 26, n. 1, 2014. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/193>. Acesso em: 11 out. 2017.

MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enfermagem, São Paulo, v. 23, n. 4, p.546-551, 2010.** Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf . Acesso em: 25 jul. 2020

MARCONI, M. A. Realizar melhor assistência aos pacientes. In: MARCONI, M. A.; LAKATOS, M. E. **Metodologia do trabalho científico.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, M. E. **Metodologia do trabalho científico.** 4ª ed. revista e ampliada, São Paulo: Atlas, 1992.

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

MEDEIROS, A. J. S. **Desafios do tratamento hemolítico para o portador de insuficiência renal crônica e a contribuição da enfermagem.** 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro Universitário de Patos, 2011. Disponível em:

MENDES, E.V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.** São Paulo: Hucitec, 1993.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2010.**

MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo.** 20. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2011.

OLIVEIRA, F. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. In: OLIVEIRA, F.; PAOLI, M. C. **Os Sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global.** Petrópolis: Vozes, 1999, p.27- 51.

PIETROBON, S. R. G. A prática pedagógica e a construção do conhecimento científico. **Práxis Educativa**, Ponta Grossa, v. 1, n. 2, p. 77-86, jul. Dez. 2006. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjNyKXqzOrtAhWaHrkGHcbOBTsQFjABegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2678004.pdf&usq=AOvVaw3KVZGYjvjHsn7u6xq_dqWP Acesso em: 13 set. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS, A. A. S. P. **Relacionamento Interpessoal nas Organizações.** Curso em especialização em gestão de empresas de comércio e serviços. Artigo. Disponível em: <http://www.posuniasselvi.com.br/artigos/rev04-02.pdf> Acesso: 12 ago. 2020.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica: a construção do conhecimento.** Rio de Janeiro: saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2010.

SOUSA, M.R.G.; et al. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1. p. 76-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a10v47n1.pdf> Acesso em: 26 nov. 2020

WEICHERT, M. A. **Saúde e federação na Constituição Brasileira.** Rio de Janeiro: lúmen Júris, 2004.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Categoria Profissional do Entrevistado/a:

1 – FAIXA ETÁRIA			
a) De 20 a 30 anos ()	b) De 31 a 40 anos ()	c) De 41 a 50 anos ()	d) Mais de 51 anos ()
2 - ESTADO CIVIL			
a) Solteiro(a) ()		c) Separado(a) / divorciado(a) ()	
b) Casado(a)/mora com um(a) companheiro(a)()		d) Viúvo(a) ()	
3 – CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS			
a) até um salário mínimo ()		c) de três a quatro salários mínimos ()	
b) de um a dois salários mínimos ()		d) mais de quatro salários mínimos ()	
4 – ESCOLARIDADE?			
a) Ensino médio completo ()		c) Especialista (a) ()	
b) Graduado(a) ()		d) Mestrado ou Doutorado ()	
5 - TEMPO DE PROFISSÃO			
a) De 1 a 2 anos ()		c) De 5 a 6 anos ()	
b) De 3 a 4 anos ()		d) Mais de seis anos ()	
6- Qual sua competência e atribuição no centro de nefrologia? E quando acontece o seu primeiro contato com o paciente?			
7 – Quanto aos direitos ofertados para aos pacientes renais, as demandas são realmente atendidas?			
8 – Como se comportam os pacientes após a descoberta da doença? Quanto ao tratamento e as limitações, existe aceitação?			
9 - Os pacientes que precisam dos atendimentos da rede de políticas setoriais (saúde, educação, assistência) e solicitam o apoio dos profissionais da clínica tem acesso normalmente sem nenhuma dificuldade? Como acontece a intervenção?			
10 - Quais as estratégias adotadas para manter a qualidade no atendimento e o posicionamento ético-político da profissão frente as demandas apresentadas na clínica?			

11 - Como o contexto pandêmico implicou no seu trabalho e na vida dos pacientes renais?