

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

MÁRCIA CRISTINA FREITAS SILVA

**O IMPACTO SOCIAL DA HEMODIÁLISE PARA CLASSE
TRABALHADORA**

FRANCA

2010

MÁRCIA CRISTINA FREITAS SILVA

**O IMPACTO SOCIAL DA HEMODIÁLISE PARA CLASSE
TRABALHADORA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Trabalho e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Íris Fenner Bertani.

**FRANCA
2010**

Silva, Márcia Cristina Freitas

O impacto social da hemodiálise para classe trabalhadora / Márcia Cristina Freitas Silva. –Franca : [s.n.], 2010
201 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
Orientador: Iris Fenner Bertani

1. Serviço Social – Saúde – Doença renal. 2. Hemodiálise.
I. Título

CDD – 362.196161

MÁRCIA CRISTINA FREITAS SILVA

O IMPACTO SOCIAL DA HEMODIALISE PARA CLASSE TRABALHADORA

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Trabalho e Sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____
Profª. Dra. Iris Fenner Bertani

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

Franca, 14 de Dezembro de 2010.

*Dedico a minha filha Isabella, por me
possibilitar a oportunidade de viver o amor
como a maior experiência de vida.
A minha mãe Anita, guerreira, inspiração
de dedicação, fé e carinho.*

AGRADECIMENTOS

Chegar a este momento é uma vitória, um sonho que se torna realidade. Sua concretização só foi possível porque tive o apoio de muitas pessoas, que se fizeram importantes, diria essenciais nesta trajetória. Onde o caminhar em muitos momentos nos parece solitário e repleto de desafios, no entanto, ao elevar o olhar no horizonte senti a força do Ser superior “Deus” a sinalizar através de seus anjos terrenos que era possível se alcançar mais esta conquista. Onde também neste horizonte, foi possível avistar a luz que aqueceu e iluminou esta trajetória, que se fez repleta de momento de descoberta, de conhecimento, novidades, experiências, novas amizades, construções e reconstruções do ser inacabado, que sonha com a utopia de um mundo melhor e mais humano.

Agradeço ao companheiro e cúmplice João Janus Oliveira Alves, pela presença constante durante este trabalho. A minha mãe pelo incentivo, exemplo e segurança transmitida com os cuidados destinados à Isabella, durante as viagens de estudos. No prover deste cuidar, Marlene Aparecida de Oliveira Alves, minha sogra, também se fez presente, no olhar atento e protetor para minha filha.

Ao Profº Dr. João Antonio Rodrigues (in memória), que na ocasião exercia a função de Diretor do Curso de Serviço Social da Universidade de Uberaba – UNIUBE, por acreditar em meu potencial profissional na área da docência, e me impulsionar na continuidade dos estudos.

A minha orientadora Profª Drª Íris Fenner Bertani, que desde o início me acolheu, incentivou nesta construção científica, partilhou de seu conhecimento e sabedoria, referência essencial, em que me espelho, para um dia chegar próximo ao que a mesma representa em atitude ética, profissional e de ser humano.

Aos trabalhadores entrevistados nesta pesquisa, que prontamente aceitaram participar deste trabalho, oferecendo-se à imprescindível contribuição neste estudo, meus sinceros agradecimentos e respeito.

A equipe do Instituto de Hemodiálise e Transplante Renal de Uberaba, ao Dr. Antonio Fernando Hueb, pela autorização da pesquisa neste espaço e os ensinamentos sobre a diálise, a Drª Helena Moises Mendonça, pela colaboração na delimitação do objeto de estudo e orientações sobre o processo saúde-doença renal, ao Dr. Vilmar Paiva Marques e Gláucia Freitas Marques, pelos esclarecimentos e

conhecimentos sobre a hemodiálise, a Jerusa de Araújo Costa por consentir a reposição das horas de trabalho e compreender as ausências no decorrer das semanas para participar das aulas no Mestrado em Franca/SP. A Patrícia do Valle, Bianca, Nádia, Gabriela, Valeska pelo apoio e aos demais colegas de trabalho de igual relevância neste processo em construção.

Aos usuários do serviço de diálise do Instituto de Hemodiálise que me possibilitaram a ampliação dos conhecimentos, o respeito, o acreditar que exercício profissional do Assistente Social, não é se tornar indiferente, é olhar os sujeitos reais, de forma integral, ser de direitos, com afeto e crença nos valores esquecidos pela frieza da sociedade capitalista, no entanto, essenciais às relações humanas.

As amizades cultivadas no decorrer do Mestrado em especial da Marcia Floro da Silva, Regina Lydia, Thaís, Quelli, Maria Aparecida, Dirce e demais colegas. As amigas, que mesmo distante contribuíram muito, Maria de Fátima Souza e Souza e Ivone Aparecida Vieira da Silva.

As amigas de luta cotidiana Glauciene Alves de Carvalho, por acreditar e partilhar deste estudo e a Leila Aparecida Martins, Irmã Elisângela Silva Paulino, Maria Luiza Oliveira Lúcio, pelo ombro amigo nos momentos difíceis e de descrença transformados pelo entusiasmo, apoio e palavras de estímulo.

Aos amigos da Universidade de Uberaba - UNIUBE pelo carinho e apoio: Valquíria Alves Mariano, Mariana Furtado Arantes, Cacildo Teixeira Neto, Reginaldo Pereira França Júnior, Jaqueline de Melo Barros, Ana Paula de Oliveira e Luana Braga.

Aos membros da Banca de Qualificação Professores da Unesp – Franca, Profº Dr. Ubaldo Silveira e Profª Drª Maria Ângela Rodrigues Alves de Andrade pela contribuição dos apontamentos, questionamentos, indicações e inquietudes gerados neste momento. Aos Professores da Pós-Graduação (Mestrado em Serviço Social): Helen Raiz Engler, José Fernando Siqueira da Silva e José Walter Canoas. As funcionárias da Unesp Luzinete, Gigi, Laura, Mauro e Renata pela atenção e orientações dispensadas.

E aos demais participantes que direta e indiretamente contribuíram para a conclusão deste momento, meus sinceros agradecimentos a todos.

SILVA, Márcia Cristina Freitas Silva. **O impacto social da hemodiálise na vida da classe trabalhadora**. 2010. 201 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2010.

RESUMO

As doenças crônicas têm recebido maior atenção dos profissionais nas últimas décadas. Isso se deve ao importante papel desempenhado na morbimortalidade da população mundial e no Brasil. Entre essas doenças, está a insuficiência renal crônica, que se traduz em uma série de mudanças na vida dos trabalhadores e está em evidência na atualidade. Os usuários em diálise encontram-se privados muitas situações e atividades que interferem em sua qualidade de vida, apesar dos avanços tecnológicos da hemodiálise. O presente trabalho tem como objetivo conhecer o impacto social decorrente do processo de hemodiálise na vida dos trabalhadores com insuficiência renal crônica. A metodologia utilizada é a pesquisa exploratória, por meio de entrevista semiestruturada com 6 (seis) sujeitos em programa de hemodiálise, de ambos os sexos, na faixa etária de 20 a 45 anos, em período inicial de tratamento. O estudo tem natureza quanti-qualitativa, com dados obtidos pela análise documental e utiliza como base a orientação teórica do materialismo histórico-dialético. Os resultados dão visibilidade às expressões da questão social implicadas no processo de saúde-doença do sujeito em hemodiálise, decifrando a realidade, ampliando o conhecimento no campo de trabalho e suas particularidades, onde o impacto constitui um paradoxo, pois de um lado estão presentes o alívio dos sintomas da doença e a sobrevivência e, de outro, a dependência do tratamento, as restrições e os reflexos que afligem a vida do usuário e de sua família, gerados por um sistema econômico que viola os direitos de saúde da classe trabalhadora.

Palavras-chave: hemodiálise. insuficiência renal crônica. Saúde. assistente social.

SILVA, Marcia Cristina Freitas Silva. **The social impact of hemodialysis in the life of the working class**. 2010. 201 f. Dissertation (Masters in Social Work) - Faculty of Humanities and Social Sciences, Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho", Franca, 2010.

ABSTRACT

Chronic diseases have received increased attention of professionals in recent decades. This is due to the important role played in morbi-mortality of the world population and in Brazil. Among these diseases are chronic renal failure, which translates into a series of changes in workers' lives and is in evidence today. Users on dialysis are deprived in many situations and activities that interfere with their quality of life, despite the technological advances of hemodialysis. This study aims to evaluate the social impact of the process of hemodialysis on workers with chronic renal failure. The methodology employed is the exploratory research, using semi-structured interviews with 6 (six) patients on hemodialysis, both sexes, aged from 20 to 45 years in the early period of treatment. The study has both quantitative and qualitative elements, with data obtained by the documental analysis and uses as a basis theoretical orientation of the historic- dialectical materialism. The expected results give visibility to expressions of social issues involved in the process of health and illness of the patient in hemodialysis, deciphering the reality, expanding knowledge in the field of work and its peculiarities, where the impact is a paradox, because on one side are presents the symptom relief of the disease and survival and, secondly, the dependence on treatment, restrictions and reflections that affect the user's life and his family, generated by an economic system that violates the rights of health of the working class.

Keywords: hemodialysis. chronic renal failure. health. social worker.

LISTA DE SIGLAS

AAV	Anastomose Arterio Venosa
ABCDT	Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização dos Procedimentos de Alta Complexidade
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPD	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensão
CDSS	Comissão de Determinantes Sociais em Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONFINS	Contribuição Financeira para a Seguridade Social
CORDE	Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doença Cardio Vascular
DP	Diálise Peritoneal
DPA	Diálise Peritoneal Automática
DPI	Diálise Peritoneal Intermitente
DRC	Doença Renal Crônica
ESF ¹	Equipe de Saúde da Família
ESF ²	Estratégia de Saúde da Família

FAV	Fístula Artéria Venosa
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPS	Instituto Nacional de Administração da Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IHTRU	Instituto de Hemodiálise e Transplante Renal de Uberaba
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPTU	Imposto Territorial e Predial Urbano
IR	Imposto de Renda
IRC	Insuficiência Renal Crônica
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NDH	Nefropatia Diabética Hipertensiva
NOAS-SUS	Norma Operacional da Assistência a Saúde do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG's	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso de Atenção Básica
PCCN	Programa de Controle as Carências Nutricionais
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIS	Programa de Integração Social
PNAPDR	Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPI/VS	Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde
PSD	Partido Social Democrático

PSF	Programa Saúde da Família
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RENAME	Relação de Medicamentos Essenciais
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SFH	Sistema Financeiro de Habitação
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência Social
SIPAC–RIM	Sistema e Informação de Procedimento de Alta Complexidade Renal
SIRC–TRANS	Sistema Integrado para o Tratamento do Renal Crônico e do Transplante Renal
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Serviço Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD	Tratamento Dialítico
TEP	Teste de Equilíbrio Peritoneal
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDN	União Democrática Nacional
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPITULO 1 TRABALHO E CLASSE TRABALHADORA	26
1.1 A Ontologia do Trabalho e o Ser Social	27
1.2 Sociedade de Classes e a Divisão Social e Técnica do Trabalho	38
1.3 As Alterações do Mundo do Trabalho	56
1.4 Os Determinantes Sociais na Saúde da Classe Trabalhadora	71
CAPITULO II POLITICAS SOCIAIS E A POLITICA DE SAÚDE NO BRASIL: DESAFIOS AO ACESSO DOS DIREITOS SOCIAIS	79
2.1 Da Questão Social as Políticas Sociais no Brasil	79
2.2 Política de Saúde: Da Benemerência, Universalização aos Desafios da Consolidação dos Direitos	85
2.3 Política de Atenção ao Renal Crônico	95
CAPITULO 3 A DOENÇA RENAL CRÔNICA E AS PARTICULARIDADES NO PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL	120
3.1 As Doenças Crônicas: Revisão de Literatura	121
3.2 Insuficiência Renal Crônicas: Causas e Tratamentos	125
3.2.1 Causas	126
3.2.2 Tratamentos	134
3.3 O Processo de Trabalho do Assistente Social no Serviço de Diálise	152
CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	173
REFERÊNCIAS	189
APÊNDICES	197
Apêndice A Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado	198
Apêndice B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	199
ANEXO	200
Anexo A Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do FHDSS da Unesp	201

INTRODUÇÃO



A confiança na realidade da vida, pelo contrário, depende quase exclusivamente da intensidade com que a vida é experimentada, do impacto com que ela se faz sentir (ARENDT, 1987, p. 144).

A população em Diálise no Brasil vem aumentando progressivamente nos últimos anos, sendo que o crescimento da prevalência da insuficiência renal crônica se deve a múltiplos fatores, todavia, relaciona-se em grande número dos casos com a incidência de doenças crônicas, como diabetes *mellitus* e hipertensão arterial.

No Censo Brasileiro de 2004, conforme pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), o número de usuários cadastrados em tratamento dialítico dobrou em 10 (dez) anos, conforme dados do ano de 1994 (ROMÃO JÚNIOR, 2009). Segundo dados da SBN, o número de usuários, em 2009, aumentou 5,13% em relação a 2007, e neste aumentou 3,9% em relação a 2006 e, em relação a 2004 - 8,1%, com incidência de 144 indivíduos para cada milhão de pessoas.

Das modalidades de terapia renal substitutiva, a hemodiálise representa 90% do tratamento mais utilizado no Brasil em 2009, de acordo com o Censo 2009 da SBN. Os dados mencionados oferecem suporte para conhecer o impacto deste método de diálise na vida do trabalhador, pois, concomitante ao aumento da idade da população, constata-se um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como a insuficiência renal, na faixa populacional considerada economicamente ativa¹. Suscita-se a discutir sobre os determinantes da saúde, os direitos dos sujeitos com insuficiência renal crônica e, também, sobre a política de atenção e cuidado a saúde de forma integral e integralizada.

O presente estudo tem como objetivo o conhecimento das implicações incidentes na vida do trabalhador com insuficiência renal crônica e em processo de hemodiálise, e a atuação do Assistente Social no convívio com tal realidade no Instituto de Hemodiálise e Transplante Renal de Uberaba/MG (IHTRU), instituição privada e prestadora de serviço junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento em nefrologia².

¹ Compreende o potencial de mão-de-obra com que pode contar o setor produtivo, isto é, a população ocupada e a população desocupada. (MINISTÉRIO, 2010).

² Nefrologia – Estudo dos rins e da função renal e seus distúrbios (GUIMARÃES, 2002, p. 321).

A pesquisa bibliográfica fundamentou cientificamente todo o processo, possibilitando uma visão da área temática dentro de um determinado recorte de tempo, evidenciando novas idéias, propiciando o aprofundamento acerca do trabalho profissional por meio da análise das produções bibliográficas como livros, periódicos, artigos, jornais e outros.

Em decorrência da necessidade de material específico do Serviço Social e do tratamento em hemodiálise, tornou-se necessário recorrer à pesquisa documental, representada por resoluções, portarias, estatísticas, Código de Ética Profissional do Assistente Social, leis e instrumentais utilizados no exercício profissional do Assistente Social junto ao serviço de hemodiálise (contexto da pesquisa), como o perfil dos usuários.

A pesquisa de campo, Segundo Ruiz (2002, p. 50), “[...] consiste na observação dos fatos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados e no registro de variáveis presumivelmente relevantes para ulterior análise”. Portanto, foi desenvolvida a pesquisa de natureza quanti-qualitativa com dados obtidos pela análise documental, a fim de permitir o amplo e detalhado conhecimento, considerando que o nível da realidade não pode ser quantificado em um contexto repleto de significados.

A escassez de estudos e pesquisas sobre o tema em análise constituiu um fator dificultador diante da necessidade de conhecer o que foi produzido e de aprofundar conhecimentos sobre o objeto de pesquisa. Desta forma, ao pesquisar no Banco de Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), encontraram-se, apenas, 2 (duas) Dissertações de Mestrado sobre Insuficiência Renal Crônica, elaboradas por diferentes faculdades de Serviço Social, entre os anos de 2005 e 2009. Demonstra-se, assim, que apesar do aumento progressivo da população em Diálise, há um restrito número de produções científicas sobre este tema na área do Serviço Social. Destaca-se que grande parte das produções refere-se às áreas da Enfermagem, Medicina e Psicologia, sendo as duas primeiras priorizadas para a elaboração do capítulo que versa sobre a discussão da doença e suas particularidades.

Nesse sentido, acredita-se ser relevante a efetivação da pesquisa sobre tal campo de trabalho no serviço de diálise, com primazia dos renais crônicos em hemodiálise, contribuindo para ampliar o conhecimento do cotidiano de trabalho e as mediações necessárias na (re)construção das particularidades que compõem a

ação profissional do Assistente Social. E, ainda, promover a integralidade, necessária à interdisciplinaridade³, por meio da análise na perspectiva de enfrentamento dos desafios e na defesa dos direitos da população usuária em conformidade com o Projeto Ético Político do Assistente Social.

Considerando a natureza do estudo, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: Qual é o impacto do tratamento em hemodiálise na vida do trabalhador? Quais as particularidades presentes no processo de saúde-doença da pessoa com insuficiência renal crônica em hemodiálise? Como o resultado deste impacto do tratamento em hemodiálise incide sobre as demandas para o Serviço Social? A partir destes questionamentos, delimita-se como objetivo geral da pesquisa o conhecimento do impacto social decorrente do processo de hemodiálise na vida dos trabalhadores com insuficiência renal crônica; como objetivos específicos, conhecer as demandas existentes e emergentes que envolvem o processo de saúde-doença do usuário renal crônico em hemodiálise e analisar os impactos da doença na vida dos usuários renais e suas considerações.

O estudo foi desenvolvido na expectativa de dar visibilidade às situações sociais vivenciadas no processo saúde-doença da pessoa com insuficiência renal em tratamento de hemodiálise, decifrando a realidade social desses sujeitos, ampliando o conhecimento no campo de trabalho e suas particularidades, contribuindo para as elaborações de ações propositivas e de fortalecimento da garantia dos direitos dos usuários, embasadas no compromisso ético-político da categoria profissional dos Assistentes Sociais.

Uma das motivações para a concretização deste estudo fundamenta-se na diretriz preconizada por Marx e Engels, expressa pela afirmação: "[...] não basta interpretar, o que importa é transformar" (1996, p. 14), baseado nas possibilidades engendradas nos processos do trabalho do assistente social na área específica, quanto às políticas públicas que embasam as ações profissionais neste espaço sócio-ocupacional e que remete à compreensão da relevância do Serviço Social no sentido de contribuir para a efetivação dos direitos sociais. Neste âmbito, o profissional fortalece a sua identidade profissional quando há a concretização do projeto ético-político em seu cotidiano profissional, atuando de forma inovadora,

³Interdisciplinaridade segundo Rodrigues (1998, p. 156), refere-se a "[...] transitar o 'espaço da diferença' com sentido de busca, de desenvolvimento da pluralidade de ângulos que um determinado objeto investigado é capaz de proporcionar, que uma determinada realidade é capaz de gerar, que diferentes formas de abordar o real podem trazer".

crítica e propositiva para consolidar essa classe de direitos, previstos pela Constituição Federal de 1988 e demais legislações, junto aos usuários e da equipe multiprofissional.

O tema ora objeto de estudo passou por construções iniciais que foram se modificando ao longo do Programa de Pós Graduação (Mestrado) em Serviço Social, gerando inquietações para a pesquisadora, intensificadas na Banca de Qualificação. Tais inquietações surgiram da reflexão sobre uma assertiva de um dos sujeitos da pesquisa no cotidiano profissional, que relatou que a descoberta da doença renal e o início no tratamento em hemodiálise, a princípio, foi motivo de sofrimento e transformou-se, posteriormente, numa nova maneira viver.

Partiu da constatação dos efeitos da hemodiálise relatados pelos doentes renais, a necessidade de reconstrução de um vocábulo para melhor expressar esta realidade. Considerando que as palavras são portadoras de significados, buscou-se o estudo da semântica da palavra “impacto”; segundo Bueno (1996), esta palavra deriva do latim “*impactus*” que remete ao lançar, atirar, impelir à força na função de adjetivo e como substantivo masculino refere-se ao ato ou efeito de embater ou de impactar, colisão, choque, embate, influência decisiva dos acontecimentos no decurso da história e efeito de uma ação. Neste trabalho, a palavra impacto é utilizada para designar as manifestações adversas, complexas e contraditórias, que abrigam mistérios e justificam a uma investigação de acontecimentos relativos à vida dos sujeitos concretos, onde as ações partem do mundo material e objetivo, se chocando com o mundo dos homens e mulheres e vindo a moldar seu interior (subjetivo).

Dessa forma, elegeu-se a palavra impacto para o título deste trabalho devido ao seu sentido paradoxal tendo em vista a utilização das tecnologias, com o uso de maquinários, como métodos invasivos no corpo, no caso da hemodiálise, mas que se torna a única possibilidade para o sujeito de continuar vivo ou realizar tarefas essenciais à sua vida. Logo, para o corpo mutilado, a hemodiálise o completa como produto derivado do avanço do conhecimento, que irá reparar o dano presente no organismo. Apesar do imenso abalo e da estranheza do novo modo de vida, do estigma⁴ estético, esta tecnologia utilizada na substituição de parte do corpo, complementa suas funções vitais, em uma relação onde os elementos interiores e

⁴ Estigma “[...] sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava” (GOFFMAN, 1988, p. 11).

exteriores coexistem no paradoxo, que remete à necessidade de buscar conhecer e analisar os rebatimentos da doença renal crônica na vida dos trabalhadores. E recorrendo às palavras da orientadora Prof^a Dr^a Íris Fenner Bertani, estes acontecimentos são muito impactantes “na idade dos sonhos”, fase em que as idealizações deste sonhar se consolidam, como a constituição da família, a formação e qualificação profissional, enfim a idealização de uma vida. As conseqüências da doença e do tratamento nesta fase⁵ tem implicações relevantes na vida dos sujeitos, o que requer a busca da construção do conhecimento e de mediações capazes de (re)construir o objeto de estudo de forma particular e assim propor alternativa de trabalho do Assistente Social em consonância com as necessidades da classe trabalhadora.

O estudo com recorte na classe trabalhadora refere-se ao lugar em que, segundo o método do materialismo histórico, os sujeitos ocupam nas relações de produção e que determinam as relações sociais na sociedade vigente. Estabelecida em duas categorias bastante distintas: a classe dos proprietários dos meios de produção e a classe dos trabalhadores, que se subordinam à exploração da classe detentora do poder. Esta relação desigual termina por reduzir o ser social a objeto, descaracterizando sua dimensão humana.

A hemodiálise como objeto de estudo, além do fato de se referir ao nosso espaço de trabalho como Assistente Social, considera-se pertinente por ser uma das terapias renais substitutivas mais utilizadas nos serviços de diálise no Brasil. Desta forma, a terminologia hemodiálise deriva de *hemo* de hemácias, células vermelhas do sangue, responsáveis por transportar o oxigênio entre as células e diálise tem seu significado no sentido de filtrar, depurar o sangue.

Ao se definir o termo alusivo ao entrevistado, em conformidade com o expresso no Código de Ética Profissional do Assistente Social de 1993, optou-se pela expressão usuários, em detrimento de termos como pacientes e clientes, que segundo Vasconcelos,

[...] consideramos usuários os segmentos integrantes da classe trabalhadora que, como sujeitos de direito, agem, empreendem ações, intervêm, lutam, reivindicam, implementam, no sentido de usufruir e/ou desfrutar de alguma coisa coletiva, ligada a um serviço

⁵ A fase aqui se refere ao recorte na faixa etária de 20 a 45 anos da chamada idade produtiva, segundo dados do IPEA (2008).

público ou particular, dessa forma podendo demandar os serviços prestados pelos assistentes sociais (VASCONCELOS, 2009, p.35).

O aumento das doenças crônico-degenerativas (dentre elas a insuficiência renal crônica), conforme dados epidemiológicos apresentados pelo Ministério da Saúde, e a necessidade de se estabelecer atenção ao renal crônico em diálise, em 2004 foi instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, e também, a Resolução nº 154, de 15 de junho de 2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), publicada em 31 de maio de 2006, que instituem o regulamento técnico para o funcionamento do Serviço de Diálise, preconizando as exigências mínimas para o funcionamento dos serviços e os recursos humanos essenciais ao atendimento dos usuários. Desta forma, regulamentou-se a obrigatoriedade da presença de uma equipe profissional mínima, incluindo o Assistente Social, ampliando os espaços ocupacionais específicos na área da saúde, o que justifica o conhecimento das particularidades deste *lócus*.

O Assistente Social, inserido na divisão sócio técnica do trabalho, interfere na (re)definição das múltiplas expressões da questão social, conforme assinala Iamamoto (2008, p. 160), “[...] Os assistentes sociais trabalham com as múltiplas dimensões da questão social tal como se expressam na vida dos indivíduos sociais, a partir das políticas sociais e das formas de organização da sociedade civil na luta por direitos”. Assim, atua diretamente com os usuários em hemodiálise e seus familiares por meio das demandas encaminhadas e espontâneas e na superação do desconhecimento da doença, disponibilizando as informações necessárias, respeitando os sujeitos em conformidade com o projeto ético-político da categoria profissional, promovendo a adesão ao tratamento, a prevenção ao agravamento da doença, a garantia do acesso à saúde de forma integral e a efetivação dos seus direitos de cidadania.

Nesta realidade o assistente social torna-se um profissional indispensável na atenção à saúde e, segundo a legislação, integra a equipe mínima de atendimento nos serviços de diálise, em que o usuário deve ser compreendido como um ser humano em sua totalidade. Abalo (1998 apud MENDONÇA, 2007) retrata que a saúde é um dos elementos fundamentais da qualidade de vida por refletir nas várias dimensões que a representa. Portanto, as pesquisas na área da saúde, referentes às particularidades que compõem este universo, devem contemplar a participação do usuário, considerando que é sujeito de sua história e deve participar desde a

implantação até a avaliação dos serviços prestados, com vistas à sua implementação com efetividade, eficácia e eficiência.

A atuação do Assistente Social na área da saúde incide no processo saúde-doença da população. É requisitado a atuar com as múltiplas formas de expressão da questão social, que nesta área, tem se materializado por meio de diferentes doenças que acometem a população e que, associadas às carências sócio-econômicas do usuário, interferem no tratamento e na prevenção dos agravos à saúde.

O Assistente Social enquanto profissional que trabalha com a assistência, vincula-se aos programas, projetos e ações de saúde voltados para atender as demandas sociais da população usuária do serviço, as quais se constituem em fonte geradora de sua demanda profissional.

Sobre as particularidades discutidas nesta Dissertação, é importante a distinção entre particularidades e especificidades, pois o conceito de especificidade revela a dimensão exclusiva da profissão, devendo permear a todos e a cada um dos profissionais da categoria, o que não se pretende com este estudo. E as particularidades referem-se à mediação dialética entre o universal e o singular, onde o particular se constrói e reconstrói, se apresenta como parte do universo reconstituído como uma unidade na diversidade, em que se envolve entretanto as diversas profissões que se revela no particular da doença renal, suas causas e tratamentos.

O cenário da pesquisa foi a cidade de Uberaba, região do Triângulo Mineiro no Estado de Minas Gerais. Fundada em 1820, nos aspectos econômicos, sociais, culturais e políticos, desde a trajetória histórica, estão envolvidos com as atividades agropecuárias e com os laços religiosos com ênfase no espiritismo. Na atualidade com a população de 288.235 habitantes segundo dados do Censo 2010 (MINISTÉRIO, 2010), com índices elevados como o Índice de Desenvolvimento Humano- IDH municipal aferido pela Fundação João Pinheiro e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada com base nas dimensões de renda, longevidade e educação no ano de 2000, demonstra que Uberaba passou de 9º para 4º lugar em Minas Gerais, num período de 10 anos. Os dados apresentam o município como de médio porte, no entanto, grande parte da população sobrevive sujeita a desigualdade social em relação a distribuição das riquezas produzidas, numa cultural de raízes assistencialista e de caráter conservador.

A pesquisa foi desenvolvida no Instituto de Hemodiálise e Transplante Renal de Uberaba, instituição privada, prestadora de serviço e cadastrada no Sistema Único de Saúde – SUS no município de Uberaba.

As mutações no mundo do trabalho resultam em uma desigualdade latente na saúde da classe trabalhadora, agravada pelas políticas de ajuste neoliberal intensamente adotadas pelo Estado Brasileiro na década de 1990. Estas alterações contribuíram para fragilizar o acesso aos direitos conquistados pela contínua luta da classe trabalhadora ao longo do processo histórico brasileiro. Estas mudanças constituíram um desmonte dos serviços públicos que, de caráter universal, passam a operar de forma excludente e seletiva em relação à população usuária.

O citado ajuste neoliberal repercute no mundo do trabalho, inclusive nas condições de atuação do Assistente Social, visto que se depara com políticas focalizadas, descontínuas e mercantilizadas. Assim, muitos são os desafios enfrentados no cotidiano para atender as demandas postas pelos usuários.

Com o objetivo de conhecer a maneira como os usuários vivenciam a realidade, elegeu-se como categorias centrais de estudo: o trabalho e as políticas sociais. A discussão está organizada de acordo com o teor do roteiro de entrevista semi-estruturado; os relatos, a análise das informações e os resultados obtidos com a utilização da fala dos sujeitos para possibilitar a melhor interpretação dos fatos foram sistematizados em três capítulos a seguir apresentados.

Na coleta de dados, utilizou-se como instrumento a entrevista norteadas por um roteiro semiestruturado (Apêndice A), no qual os entrevistados tiveram a possibilidade de desenvolver o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas, registrando-se as informações mediante a utilização de gravador, em local que lhes proporcionava o sigilo das informações e de acordo com a disponibilidade e consentimento dos sujeitos. Na transcrição dos dados coletados, os nomes dos sujeitos foram substituídos por códigos, garantindo o preceito disposto na resolução 196/96, submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP/Franca e aprovado sob nº. 007/09.

O conjunto de entrevistados é composto por seis (6) usuários do serviço de diálise com quadro de insuficiência renal crônica em hemodiálise, no período de tratamento compreendido entre 01 mês a 02 anos em programa regular de hemodiálise. Esta fase do tratamento pode ser considerada a mais impactante para o indivíduo, pois os efeitos da adaptação ao tratamento são vivenciados com maior

intensidade pelos entrevistados.

A amostragem foi, portanto, intencional e atendo-se à faixa etária considerada produtiva, ou seja, indivíduos em hemodiálise com idade entre 20 e 45 anos, independente de sexo e de domicílio, conforme indicação dos órgãos oficiais de pesquisa, como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Este enfoque se justifica pelo aumento do número de casos e pela escassez de produções científicas a respeito da patologia renal na referida faixa etária.

A pesquisa com os sujeitos foi realizada entre os meses de abril e maio de 2010. A realização da pesquisa de campo encontrou alguns obstáculos, tais como a dificuldade de distinguir o vínculo da pesquisadora do papel profissional do Assistente Social na instituição (como por exemplo, o aproveitamento do momento da entrevista para requisitar demandas específicas do Serviço Social) e os ruídos das máquinas de hemodiálise, dificultando a transcrição das falas. No entanto, facilidades também se fizeram presentes, pois, devido ao vínculo estabelecido com os usuários, estes trataram de questões pessoais com naturalidade, havendo, todavia, aqueles que demonstraram certa retração diante do gravador, apesar do consentimento anteriormente expresso.

Todas as entrevistas foram previamente agendadas e, por opção dos entrevistados, transcorreram durante as sessões de hemodiálise, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a assinatura do documento. Em alguns casos, os entrevistados solicitaram a leitura do roteiro de perguntas semiestruturado antes de iniciar as respostas; as falas apresentaram a duração média de 18 a 23 minutos.

Os dados obtidos foram transcritos e apresentados aos entrevistados para a conferência das falas e, após a anuência destes, iniciou-se o processo de análise de conteúdo e identificação das categorias de análise, bem como de seus eixos temáticos, tornando-se elemento essencial para a construção do conhecimento quanto às hipóteses levantadas no decorrer do estudo. Para preservar a identificação dos sujeitos, em conformidade com os preceitos éticos em pesquisa, os mesmos foram identificados pela letra S, representando a palavra “Sujeito” seguido da identificação dos números 1 ao 6, de acordo com a ordem das entrevistas.

A análise dos dados coletados teve como embasamento a perspectiva sócio-histórica, fundamentada na corrente teórica do materialismo histórico-dialético,

ênfatizando os aspectos em torno da análise da temática, que consiste em partir das condições materiais que lhe são apresentadas e não apenas de idéias referentes ao objeto a ser pesquisado. A apreciação sob tal ponto de vista possibilita a compreensão da realidade apresentada durante o processo de construção do conhecimento e proporciona uma mediação entre a realidade, considerando a particularidade dos sujeitos em uma perspectiva de totalidade.

A dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc. (GIL, 1999, p. 32).

Assim é que no decorrer da apresentação da pesquisa várias vezes o discurso acadêmico formal foi interrompido para se recorrer à fala do usuário ou do Assistente Social. Buscou-se a explicação do real por meio da práxis, inter-relação entre o pensado e o vivido e sobre este elemento da dialética nos deteremos no corpo do trabalho a seguir.

O capítulo I inicia a discussão sobre o trabalho como construção do ser social, na perspectiva ontológica, seguida da discussão do estabelecimento da sociedade de classe e a divisão social e técnica do trabalho, as transformações do mundo do trabalho e os determinantes da saúde da classe trabalhadora como elementos fundamentais para embasar a discussão que remete ao objeto de estudo, indissociáveis na perspectiva histórica crítica e dialética da construção e reconstrução da realidade em que vive a classe trabalhadora.

O capítulo II apresenta brevemente a constituição sócio-histórica das políticas sociais no contexto brasileiro, da política da saúde e a política da pessoa portadora de insuficiência renal⁶, articulada com a dimensão ético-política que norteia o profissional Assistente Social, bem como da incursão no campo da Bioética, permeada pela fala dos sujeitos, articulando-se a discussão de análise no sentido de desvelar a situação concreta que estes sujeitos experimentam no acesso à cidadania.

⁶ Quanto ao termo “portador” expresso na Política da Pessoa Portadora de Insuficiência Renal, o mesmo se manteve por tratar-se de documento utilizado para a pesquisa. Este esclarecimento se deve ao significado de portador, aquele que porta algo que pode em algum momento não portar mais, o que se distingue da situação da pessoa com insuficiência renal crônica, discutida nesta Dissertação.

O capítulo III aborda as particularidades que compõem o processo saúde-doença da pessoa com insuficiência renal crônica a partir da cronicidade das doenças, a insuficiência renal crônica, suas causas e tratamentos, a condição epidemia no Brasil até a delimitação do tratamento em hemodiálise como avanço tecnológico.

São objetos das considerações finais as impressões e reflexões desta pesquisa vistas sob a perspectiva de uma busca inicial para a construção do Serviço Social como uma experiência no campo específico e, assim, fomentar a continuidade dos estudos.

CAPÍTULO 1

TRABALHO E CLASSE TRABALHADORA

O presente capítulo inicia a discussão da pesquisa que embasa esta Dissertação. Trata da análise da categoria trabalho como fundante do ser social, e significa a busca na perspectiva da teoria crítica da constituição da classe trabalhadora que só pode ser compreendida com o estudo sócio-histórico, com base no conhecimento ontológico⁷, engendrado como resultante das múltiplas determinações dos complexos sociais envolvidos nas relações sociais⁸ que se estabelecem na sociedade capitalista.

A finalidade é indagar e refletir como a classe trabalhadora vivencia o impacto do ingresso do tratamento em hemodiálise, ao levar em consideração as determinações da produção capitalista expressa pelas desigualdades sociais. Essa discussão se materializa na apresentação de fragmentos das falas dos sujeitos entrevistados sobre a categoria trabalho, como estes experimentam as transformações decorrentes do processo saúde-doença na vida pessoal e profissional.

Ao refletir sobre a constituição da classe trabalhadora, torna-se indispensável recuar no tempo e inquirir a história, a partir do trabalho e do modo de produção capitalista, instituído na correlação de forças políticas, econômicas, sociais, ideológicas⁹ e culturais, desvelando as contradições que se imperam como um desafio ao processo de trabalho do Assistente Social em serviço de diálise (hemodiálise) instigando e mobilizando estudos e pesquisa, frente a relevância da temática para o Serviço Social.

Discutir sobre a categoria do trabalho significa analisá-lo na totalidade das relações e condições em que são forjados os indivíduos concretos. Portanto, estudar uma realidade em particular remete ao estabelecimento de conexões entre as estruturas sociais, econômicas e política do modo de produção. Assim, pode-se entender que o impacto vivenciado pela classe trabalhadora em hemodiálise não são situações particulares, mas do âmbito social resultante da organização e das

⁷ Ontológico relativo ao estudo e conhecimento do ser em sua essência.

⁸ Relações Sociais refere-se as relações que se estabelecem entre as classes sociais, originadas contradição das relações do capital-trabalho que se constituem as relações do modo de produção capitalista.

⁹ Ideológica com base no texto “A Ideologia Alemã”, para Marx, a produção das idéias deve ser analisada a partir das condições sociais e históricas nas quais elas surgem, pois, demonstram que o pensamento, as idéias e as doutrinas produzidas não são neutras, se distinguem nos âmbitos político, jurídico, econômico e filosófico. É determinada pelas relações de dominação entre as classes sociais que utiliza as idéias e representações sociais predominantes numa sociedade capitalista, são produtos da dominação da classe dominante e serve aos interesses desta que controla os meios de produção e conseqüentemente a classe dominada.

relações sociais de trabalho de forma generalizada, mediado por categorias que compõem a totalidade do mundo do trabalho e das relações nele estabelecidas.

Os itens que seguem se propõem, a apresentar o significado do trabalho para os sujeitos em hemodiálise, condicionado por um processo de diferenciações que se materializa na vida do trabalhador, de formas distintas e contraditórias, diante das particularidades da doença renal crônica. Desta forma, o fio condutor da discussão parte do entendimento da categoria trabalho, seguido do processo histórico da sociedade de classes e organização do trabalho no sistema capitalista, com destaque para as condições que podem expor os sujeitos a vulnerabilidade e levar à doença renal crônica.

1.1 A Ontologia do Trabalho e o Ser Social

A categoria trabalho ganha centralidade como elemento fundante do ser social, protoforma da atividade humana que é apresentada também por meio da fala dos sujeitos entrevistados. É a partir do trabalho que o ser social atua na natureza produzindo, reproduzindo e transformando sua vida. Assim, o trabalho para o homem faz parte da sua realização individual e da vida social.

O trabalho, enquanto formador de valores-de-uso, enquanto trabalho útil, é uma condição de existência do homem, independente de todas as formas de sociedade; é uma necessidade natural eterna, que tem a função de mediatizar o intercâmbio orgânico entre homem e natureza, ou seja, a vida dos homens. (MARX, 1960 apud LUCKÁCS, 1979, p.16).

Conforme assinala Luckács (1979, p. 3), o ser social só se desenvolve a partir de um contato com o ser orgânico – a natureza – e, ao modificá-lo, se automodifica também adquirindo novas habilidades e conhecimentos, sendo durante esse processo que se desenvolvem a história humana e as relações sociais.

[...] o processo de reprodução assume na natureza orgânica formas cada vez mais correspondentes à sua própria essência [...] o desenvolvimento do processo de reprodução orgânica no sentido de

formas superiores, o seu torna-se cada vez mais pura e expressamente biológico no sentido do termo, forma – com a ajuda das percepções sensíveis – o epifenômeno, enquanto órgão superior de funcionamento eficaz dessa reprodução (LUCKÁCS, 1979, p.4).

A atividade consciente é a responsável pela distinção entre o ser social e o ser natural. Assim, o ser social desenvolve o trabalho de forma objetiva, satisfazendo suas necessidade, distinguindo-se entre o ser social e ser natural na base ontológica que caracteriza o trabalho como uma categoria exclusiva do ser humano, conforme exemplo a seguir:

[...] o que distingue, de antemão o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça antes de construí-lo em cera. No fim do seu processo de trabalho, obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e portanto idealmente. (MARX, 1985, p. 142-143).

Antes de realizar sua atividade primeira – o trabalho –, o ser social primeiramente pré-idealiza o resultado final, o qual sempre resultará em alguma forma de transformação da realidade. Essa capacidade de prévia ideação é teologia¹⁰, qualidade específica do homem. Mas, para que haja satisfação no resultado previamente idealizado há a necessidade do desenvolvimento de relações causais - causalidade. Assim, Luckács (1979, p. 157) diz: “[...] o trabalho afirma como unidade de teologia e causalidade”, pois não são somente suas ações que devem ser administradas por finalidades determinadas previamente, mas também os homens que executam tais ações.

O desenvolvimento da sociabilidade implica a (re) criação de necessidade e formas de satisfação, do que decorre a transformação do ser social e do mundo natural, isto é, do sujeito e do objeto. Uma necessidade primária, como a fome, torna-se social na medida de em que suas formas de satisfação são determinadas socialmente em que, ao serem criadas formas diferenciadas de satisfação, transformam-se os sentidos, habilidades e potencialidades do sujeito (BARROCO, 2001, p.27).

¹⁰ Teleologia ou teleológico refere-se a idealização (pensamento) direcionado ao fim a que se destina, a ação. De acordo com Sérgio Lessa em sua obra O processo de produção e reprodução social: trabalho e sociabilidade, a teologia ou prévia-ideação é a construção na consciência de maneira crítica e reflexiva sobre os possíveis resultados de uma ação. Através da mesma, escolhemos as alternativas que mais nos identificamos, observando suas finalidade e conseqüências, ocorrendo somente na consciência humana, pois é o único ser terrestre que trabalha. (LESSA, 2000).

A concepção do trabalho na perspectiva histórica de Marx, é que funda o ser social, sendo que a partir deste e o que torna possível ao homem construir sua própria história, pois o trabalho, “[...] o local por excelência da produção das necessidades por novas relações sociais (categoria e complexos) que marcarão o desenvolvimento histórico do gênero humano” (LESSA, 2000, p.49).

O homem por ser racional é capaz de conhecer a realidade, no sentido de assimilar sua existência à sua práxis¹¹ - pensamento unido a ação – ou seja, é capaz de produzir meios para sua existência por intermédio do trabalho, o qual é resultado de uma ação coletiva entre os homens.

Por ser racional o homem é responsável pelo desenvolvimento e aperfeiçoamento do trabalho e essa é uma de suas características ontológicas. Além disso, desenvolve a auto-consciência que proporciona ao ser social a superação de limites e a capacidade de escolha, o que também é possível devido sua atividade teleológica.

O trabalho é a ação na qual o homem interage com a natureza; por meio de sua força transforma a mesma (natureza), utilizando-a como matéria para atender as suas necessidades, além de exercer (o trabalho) uma função social em relação com a totalidade, que é de transformar a natureza em bens materiais necessários a reprodução social “[...] o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza [...]” (MARX, 1985, p. 149).

O homem enquanto ser social e histórico produz e reproduz a vida social, e passa a criar novas necessidades, que passam a requerer novos modos de produção para satisfazê-las, sendo este o eixo propulsor do homem, impulsionado desta forma a superar a si mesmo, desenvolvendo a práxis, transformando o mundo e a si mesmo, gerando as transformações da realidade social desenvolvendo novas relações sociais, econômicas e os aspectos que constituem a cultura humana.

A partir do trabalho o homem evolui na relação com a natureza, inventando diferentes técnicas para sua sobrevivência, que varia do artesanato até a relação com os outros homens, assim criando uma história e cultura em nossa sociedade, fazendo com que o homem se torne um ser social.

¹¹ Práxis entende-se pela ação do homem sobre a matéria e a criação – através dela – de nova realidade humanizada (VAZQUEZ, 1977, p.9).

O ser humano tem a capacidade de visualizar mentalmente algum objeto antes mesmo de criá-lo na forma concreta, essa é a capacidade teleológica que o ser humano possui e o diferencia dos demais animais. E, pelo trabalho, o homem desenvolve esta capacidade criativa e auto-realizadora, visualizando ao mesmo tempo ser criador e elaborador de sua própria criação.

O trabalho, como atividade humana, “[...] é um processo de que participa o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza” (MARX, 1985, p. 202). Assim, a força de trabalho utilizada nas atividades humanas representa o significado do próprio trabalho. Nesse sentido, possibilita também aos seres humanos relacionarem-se e permite o desenvolvimento histórico dos homens; pois este a cada dia reconstrói a sua própria vida, ao criarem outros homens, ao se reproduzirem, ao se transformarem (MARX, 1985).

Alguns elementos fundamentais, para compreensão do processo de trabalho como: a força de trabalho, compreendida como atividade humana desenvolvida mediante a força (tanto intelectual e/ou física); o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a ser trabalhada e os instrumentos e as técnicas que são todos os meios utilizados para transformar a matéria (natureza) juntamente com a força de trabalho, a fim de modificar a matéria em bens e/ou produto, estes últimos, são as ferramentas e a tecnologia empregadas no desenvolvimento do trabalho.

Portanto, o processo de trabalho se desenvolve quando o produto, bem e/ou objeto é transformado em valor de uso, ou seja, quando se torna útil. Neste processo também se deve levar em conta, além da transformação da matéria em bens e/ou produtos mediante a atividade humana, os instrumentos e as técnicas empregadas, a relação que se estabelece do homem em todo o desenvolvimento do trabalho, sendo que ao transformar a natureza, ele (o homem/ser social) também faz parte desta transformação, onde também se modifica, transformando-se a si mesmo, e portanto, a sociedade em que vive.

Desta forma, o trabalho inicialmente se desenvolve para atender as necessidades do homem/ser social, a medida que supri essas necessidade (do homem/ser social), atinge seus objetivos idealizados e pode-se dizer, passa a almejar outros novos, em um ciclo de produção do trabalho, “[...] novas habilidades e conhecimentos e, portanto, também [...] novas necessidades [...]” (LESSA, 2000, p.51), num movimento em que este processo (de trabalho) não é estático, se altera

constantemente, onde se criam e recriam as necessidades, transformadas em bens que agregam uma utilidade, um valor, uma finalidade. Nesse sentido, esse valor só se realiza com a sua utilização ou com o seu consumo, que se destaca e pode variar dentre os sujeitos.

[...] o processo de trabalho é uma atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação natural para satisfazer as necessidades humanas; condição universal do metabolismo entre o homem e a natureza, condição natural eterna da vida humana e independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais. (MARX; ENGELS, 1996, p.133).

Assim, tratar da categoria do trabalho exige buscar a compreensão das bases que compõe a mesma, como seus valores de uso, seu objeto/matéria de ação, sua força de trabalho, instrumentos e técnicas neste processo (de trabalho), e acredita que, só pode ser entendida por meio do processo histórico e das determinações presentes neste contexto, originadas no modo de produção capitalista, nas relações entre as classes sociais, nas contradições do capital e do trabalho.

No roteiro de entrevista semi-estruturada da pesquisa em discussão, uma das questões norteadoras versava sobre o significado atribuído pelos sujeitos à categoria trabalho “trabalho”, dessa forma os entrevistados serão identificados pela letra S seguida de um número de 1 a 6.

E, pelo trabalho, o homem desenvolve esta capacidade criativa e auto-realizadora, viabilizando, ao mesmo tempo, ser criador e elaborador de sua própria criação, em seu essencial sentido se torna razão da existência humana.

O trabalho não se trata de atividade isolada, de um indivíduo, é atividade coletiva, pois este sujeito se insere em um determinado grupo, constituído por outros, o que inclusive precede sua existência. Esta coletividade pressupõe a socialização de conhecimentos e a execução de atividades, que garantem a sobrevivência do grupo, portanto, não se trata de um agrupamento de indivíduos e sim da vinculação que se estabelece entre seus membros, determinando relações mútuas, pelas quais realizam a produção (transformação da natureza). E é na sociabilidade, na interatividade social (forma própria de existência do homem), e no processo de apropriação do acúmulo histórico e social, que lê se

constitui como humano e desenvolve uma atividade social, para produzir e reproduzir os meios de vida (existência) e de produção.

Nesse sentido, a importância do trabalho ganha materialidade nas falas dos sujeitos entrevistados conforme a seguir:

O trabalho é muito importante, porque sem o trabalho a gente como é que se diz, não tem o que a gente necessita, é por isso que o trabalho para mim é muito importante. (S2)

O trabalho para mim ele é uma segurança de vida para o trabalhador [...]. (S3)

Com o desenvolvimento da sociedade capitalista o trabalho perde sua forma ontológica e passa a ser tratado como trabalho abstrato, uma forma alienada do trabalho concreto. Assim, o homem passa a ser determinado como trabalhador, e necessita desenvolver tal atividade para conseguir sobreviver em sociedade e se manter, possui tempo de trabalho maior que o necessário, produzindo a mais-valia. Portanto, há o processo de coisificação do homem, o qual fica submisso ao mundo capitalista tornando-se alienado conforme assinala Lessa,

[...] corresponde à submissão dos homens ao mercado capitalista, forma social que nos transforma todos em 'coisas' 9reificação0 e articula nossas vidas pelo fetichismo da mercadoria. O trabalho, ao contrário, é a atividade de transformação do real, pelo qual o homem constrói concomitantemente, a si próprio como indivíduo e a totalidade social da qual é partícipe (LESSA, 2000, p.28).

Na análise das respostas sobre a concepção do trabalho, nota-se que algumas delas se vinculam a forma de atendimento as necessidades objetivas do ser humano, como meio de sobrevivência mediada pela relação assalariada de venda da força de trabalho, valorizado como fonte de provimento financeiro.

O trabalho para mim é importante, porque quando eu trabalhava, tinha um estilo de vida mais elevado, porque o que eu precisava eu corria atrás [...] (S3).

Para o trabalhador, submetido ao capitalismo, o trabalho torna-se muitas vezes em uma atividade forçada, que esgota e não o satisfaz, ao fazer com que o próprio homem não se reconheça e se negue. Este passa a ser somente um meio para suprir as necessidades e não uma satisfação das mesmas, o que torna o

homem estranho ao próprio homem, é tratado como uma coisa a partir do momento em que é negado a ele o acesso aos resultados do seu próprio trabalho.

O que deveria se constituir na finalidade básica do ser social – a sua realização no e pelo trabalho – é pervertido e depauperado. O processo de trabalho se converte em meio de subsistência. A força de trabalho torna-se como tudo, uma mercadoria, cuja finalidade vem a ser a produção de mercadorias. O que deveria ser a forma humana de realização do indivíduo reduz-se a única possibilidade de subsistência do despossuído. Esta é a radical constatação de Marx: a precariedade e a perversidade do trabalho na sociedade capitalista. Desfigurado, o trabalho torna-se meio e não “primeira necessidade” de realização humana (ANTUNES, 2006, p.126).

Muitas vezes ao ser negado a esse trabalhador a vivência de sua história de forma ampla, nega-se o acesso a meios que permitem a satisfação de suas necessidades, que assegurariam a produção da própria vida material.

Assim, o “[...] indivíduo chega a auto-alienar de suas possibilidades mais próprias, vendendo, por exemplo, sua força de trabalho sob condições que lhe são impostas [...]” (ANTUNES, 1995, p.160).

[...] eu não levei nenhum atestado até hoje durante estes nove meses, porque eu tenho flexibilidade de horário, então eu tenho que trabalhar quarenta horas por semana, nada a menos. [...] quando eu fazia hemodiálise a tarde, eu trabalhava só o período da manhã e aí o resto da semana tinha que cumprir a carga horária, ficava difícil tinha que trabalhar os outros dias mais de dez horas. (S1)

Segundo destaca Iamamoto (2008), a dimensão do trabalho não pode ser reduzida à aquela técnica e material, pois no processo de trabalho em determinado tempo histórico e social, de constituição do capital determinam as relações de produção que norteiam as relações sociais, por vezes silenciadas, que acaba por ser “[...] mistificado como coisa, obscurecendo o processo de (re) produção das relações sociais, atualizando velhos dilemas da economia política clássica e vulgar” (IAMAMOTO, 2008, p.54).

Trata-se de buscar desvelar a categoria trabalho, para não se reduzir a discussão ao âmbito da produção material para o atendimento as necessidades concretas e objetivas, mas de se estabelecer uma dupla indissociável da dimensão de análise sobre o trabalho: “a existência material das condições de trabalho e a forma social pela qual se realizam” (IAMAMOTO, 2008, p.54). Os resultados

objetivos e subjetivos dessa compreensão não se reduzem à produção do produto imediato, mas se refletem por toda a história do ser social, uma vez que será contínua as expressões e produções teleológicas humanas.

O caráter alienado do trabalho pode ser desvelado a partir da forma com que o homem e objeto produzido interagem durante o processo de produção; a mercadoria ainda é matéria que o produtor domina e transforma em objeto de satisfação de suas necessidades. Esta mercadoria, produto do seu trabalho, transfigura-se em capital e passa a inverter este processo com o valor estabelecido, então, passa a ditar as regras ao seu criador, “O capital, em seu movimento de valorização, produz a sua invisibilidade do trabalho e a banalização do humano [...]” (IAMAMOTO, 2008, p.53). Dessa forma, o homem perde o controle sobre sua criação, vindo a depender do movimento das coisas (capital), que assumem o poder consubstanciando o homem em coisa (processo de coisificação) e a mercadoria passa a ser personificada. “Os homens vivem, então, num mundo de mercadorias, um mundo de fetiches. Mas o fetichismo da mercadoria se prolonga e amplia no fetichismo do capital. (MARX; ENGELS, 1996, p. 33).

O trabalho, em seu essencial sentido, se torna razão da existência humana, porém, é também a expressão alienada da atividade humana. O trabalhador é obrigado a vender a sua força de trabalho, alienando sua atividade na mercadoria que produz, ou seja, este não se identifica com o que ele mesmo produz. Uma mercadoria é, para ele, muitas vezes, totalmente estranha.

Assim, o trabalho não se caracteriza apenas como um exercício social consciente e comum a todos, mas manifesta-se sob uma dimensão dupla, contraditória e articulada de forma dialética, segundo a práxis histórica de trabalho, evidenciando a expressão da vida, contudo, também, como uma atividade alienante. O “trabalhador se relaciona ao produto do seu trabalho como a um objeto estranho”. Esta relação alienada se reflete no “[...] processo de sua produção, no interior da própria atividade produtiva” (MARX, 2004, p.161).

A alienação se estabelece num processo dialético, de permanente construção, no qual o ser humano produz sua própria desumanidade, negando a essência humana e do trabalho como atividade inerente a si mesmo. Este modo de produção capitalista é decorrente de como vem se configurando o “mundo do trabalho” hoje. Num processo contraditório e antagônico das relações sociais, ao passo que “o

homem torna-se mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais sua produção aumenta em poder e extensão” (MARX, 2004, p. 112).

Nesta perspectiva, se caracteriza a chamada “coisificação”¹² do homem, sendo este reduzido a objeto, a mercadoria, emergindo na sociedade uma valorização do “ter” em detrimento do “ser”, ou ainda que “[...] a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens” (Marx, 2004, p.159). Nesse sentido, pode ser compreendida a desvalorização do “mundo dos homens” no cotidiano,

Eu era vista com mais, eu era vista com outros olhos porque hoje isso mudou, diminuiu a amizade, os colegas foram se afastando de mim. Porque, eu sempre gostei de andar sozinha, arrumada, então onde eu chegava podia, porque eu tinha dinheiro para pagar as coisas, e aí tinha colega e amigo, ah! e agora, hoje não. (S3)

O trabalhador é equiparado a mercadoria, numa relação desproporcional com o que produz, pois é menos valorizado quando produz mais. Sabe-se que “[...] o trabalho não produz apenas mercadorias; produz também a si mesmo e ao trabalhador como uma mercadoria, e justamente na mesma proporção com que produz bens” (MARX, 2004, p.111).

Para Marx (2004), o trabalho é transformador, pois, a partir de sua constituição, expressa a capacidade e a necessidade de promover mudanças na realidade; assim, os sujeitos referem-se ao trabalho como essencial, como fonte de motivação, de concretização da subjetividade transformada em objetividade, de realização e de sonhos idealizados quanto à sua vida profissional.

Para mim o trabalho é tudo, porque foi assim eu sempre sonhei desde pequena, trabalhar [...], então quando eu pude realizar esse sonho para mim foi a realização de tudo mesmo, estava tudo como num conto de fadas. O trabalho tem uma importância na minha vida, é fundamental porque era a minha fonte de renda, eu trabalhava numa coisa que eu gostava, então pra mim foi muito importante. (S4)

Permeado pelas esferas que não se dissociam da subjetividade e objetividade, o trabalho também é apresentado como instrumento de fortalecimento da capacidade de superar o foco na doença e no tratamento, como elemento

¹² Termo cunhado por Karl Marx, na obra O capital (Volume I).

fundamental para enfrentar as adversidades presentes no cotidiano do processo de saúde-doença da pessoa com insuficiência renal em hemodiálise.

O trabalho para mim, especificamente agora depois desta doença, [...] acaba ocupando a gente, além de ser necessário. (S1)

O trabalho na minha vida é muito bom, porque antes de ter o problema renal eu já trabalhava, e agora com esses problemas é difícil de ficar em casa, e nesse período eu tenho que trabalhar para encaminhar tudo direito, preciso estar fazendo alguma coisa, pois se agente ficar em casa parado, aí eu sinto aquele negócio de inútil sabe, então eu prefiro ficar trabalhando, eu trabalho depois do tratamento renal, não me atrapalha em nada, e então eu acho que o trabalho para mim é uma coisa muito boa. (S5)

Assim, ao desenvolver o processo de trabalho, conforme já assinalado anteriormente, o homem, modifica a matéria, seu próprio meio e pode modificar-se a si próprio, neste caso, reconstrói o lugar que ocupa em sociedade por meio das relações sociais estabelecidas.

Eu acho bem importante o trabalho indiferente do problema renal ou não, até mesmo para você tirar essa idéia da cabeça de doença e tudo mais, eu acho muito mais fácil de encarar o tratamento embora o horário de hemodiálise e tudo mais, mais é tranquilo e com certeza é muito importante, eu acho que quem tem condições de trabalhar, deveria fazer algum trabalho até mesmo para distrair um pouco do tratamento. (S6)

O trabalho exerce uma influência considerável sobre a motivação dos trabalhadores, assim como sobre sua satisfação e sentimento de pertencimento social. O trabalho se caracteriza-se e se apresenta como algo realmente fundamental para o homem:

[...] freqüentemente ele é também percebido como algo que dá sentido a vida, eleva o status, define a identidade pessoal e impulsiona o crescimento humano. [...]. O homem com seu trabalho não somente usufrui dos recursos da natureza, como também pode ser capaz de modifica-la, recria-la e também, infelizmente, destruí-la. A ação humana apresenta-se distinta do comportamento dos outros animais porque o homem age de acordo com finalidades e planeja suas atividades. Ao modificar a natureza, ele cria a cultura, a linguagem, a história e a si mesmo (RODRIGUES, 1998, p.11).

Nesta perspectiva, tem-se a importância do trabalho no aspecto individual e social. No campo individual, o trabalho atribui *status*¹³ à maneira de viver do homem, como um dos principais motivos para a vida em sociedade, tem como fundamental a finalidade de garantir a segurança da sobrevivência por meio da produção em proveito da coletividade.

[...] o trabalho é entendido como todo esforço que o homem no seu exercício de sua capacidade física e mental executa para atingir seus objetivos em consonância com os aspectos éticos. Todo homem tem direito ao trabalho digno, a fim de realizar-se e garantir sua subsistência assim como daqueles por quem é responsável. (SOUTO, 2003, p.37).

No entanto, o trabalhador só consegue realizar suas atividades laborais se possuir condições físicas, mentais e sociais articuladas aos fatores intrínsecos do trabalho como realização completa da jornada de trabalho, o que para o sujeito com insuficiência renal crônica em hemodiálise nem sempre são possíveis.

No cenário da pesquisa, enquanto processo de trabalho profissional do Assistente Social, constatou-se que no período de junho de 2009 a maio de 2010, do universo dos usuários pesquisados, 7% exercem atividades de trabalho como empregados no mercado formal e informal; 44% não desempenham atividades no mercado de trabalho, após o início da terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise, devido às comorbidades¹⁴ relacionadas com insuficiência renal crônica. Excluiu-se deste universo os sujeitos aposentados.

As mulheres representam 35% do universo da pesquisa e relataram exercer atividades ligadas ao trabalho doméstico (pessoais e familiares), como: preparo da alimentação, limpeza da casa, cuidados com os filhos, do vestuário, além de outros. Quanto ao gênero masculino, em alguns casos retomaram os estudos sob alegação de terem mais tempo, outros intensificaram as leituras de diversos estilos, não sendo possível dimensionar esta situação por estar pulverizada no cenário pesquisado.

No entanto, os dados juntamente com os relatos dos sujeitos apontam para uma mudança na vida destes trabalhadores, na grande maioria dos casos com a

¹³ Status é uma palavra de origem latina que significa, estado ou condição, utilizado aqui como posição privilegiada.

¹⁴ O termo comorbidade é formado pelo prefixo latino *cum*, que significa contigüidade, correlação, companhia, e pela palavra morbilidade, originada de *morbus*, que designa estado patológico ou doença, significa que algum outro quadro patológico se associa ao quadro em questão, assim, deve ser utilizado apenas para descrever a coexistência de doenças, que serão discutidas no decorrer do III Capítulo.

interrupção das atividades do trabalho em plena idade produtiva, momento de projeção, de sonhos e realizações de uma vida profissional e/ou pessoal.

Conforme assinalado por Marx, a essência humana é formada de alguns componentes como: trabalho, a sociabilidade, a universalidade, a consciência e liberdade. Quando alguns destes componentes são quebrados, violenta-se a essência da própria humanidade. Isto pode ser evidenciado nas frases dos entrevistados, quanto ao “trabalho antes do tratamento em hemodiálise”.

Antes eu trabalhava mais, eu trabalhava e fazia algumas atividades físicas, e agora eu to aqui, conforme apareceu o problema renal, então o trabalho ele teve que diminuir de acordo com minha capacidade [...] (S5)

A sociedade ao longo dos anos passou por várias transformações, decorrentes das necessidades dos indivíduos em determinado período e espaço de tempo. As transformações ocorridas na sociedade são resultados do trabalho do homem na transformação da natureza e de si próprio, o qual envolve o conhecimento, habilidade, competência depositando no mesmo, suas expectativas, refletindo sobre as possíveis alternativas, elaborando finalidades e conseqüências esperadas de maneira consciente, momento este denominado de teleológico, sendo considerada a busca pela superação das necessidades postas. Portanto, o processo de desenvolvimento dos modos de produção resultante das relações de produção e das forças produtivas determina as sociedades.

1.2 Sociedade de Classes e a Divisão Social e Técnica do Trabalho

O próprio desenvolvimento do ser social impõe novas objetivações e ideações, apresentadas historicamente pelo movimento da sociedade, demonstrando ser vital para seu processo de produção e reprodução social, que se expressa nas dimensões econômica e política, e ultrapassa outras esferas do ser social. Desta forma, o homem não se reduz ao trabalho, visto que o processo de transformação da natureza abrange uma dimensão teórica mais ampla, a práxis.

A categoria da práxis envolve a atividade material – o trabalho, pelo qual o homem “*faz o mundo humano*” (VASQUEZ, 1977, p. 9) e inclui todas as objetivações

e idealizações que articulam o ser social, na medida em que permite revelar sua esfera criativa e auto-privativa, materializada através do trabalho humano, na constante transformação de si mesmo. Assim, por meio de contínuas transformações das condições sociais, realizadas pela práxis humana, foram sendo gerados os processos econômicos e social, bem como toda uma cultura relativa ao modo de produção do trabalho.

Assim, o modo de produção (do trabalho), oferece elementos para caracterizar as sociedades e analisar as suas transformações. Torna-se importante aqui apresentar alguns elementos da teoria de Marx, que são fundamentais para a compreensão sobre as bases em que se originam a divisão social do trabalho e a sociedade de classes, com o objetivo de fundamentar a contextualização da origem da classe trabalhadora e como se articula nesse processo, considerando as determinadas condições históricas e sociais.

Na categoria trabalho os principais elementos do modo de produção são constituídos das:

- Relações de produção – determinadas pelas relações que se estabelecem no *processo de trabalho* entre os homens;
- Forças produtivas – instrumentos, técnicas de produção, força de trabalho e os materiais sob os quais se aplica o trabalho;

As relações de produção modelam a estrutura social e a separação da sociedade em classes, as condições de produção quando alteradas mudam as relações entre os homens que ocupam a mesma posição na sociedade de classes e o nível de desenvolvimento das forças produtivas determinam, segundo Marx (1985), os diferentes tipos de sociedade.

Diante do exposto, as relações sociais que se estabelecem em sociedade entre os homens variam de acordo com o desenvolvimento dos meios de produção e são determinadas de acordo com as condições históricas e sociais em que os elementos do modo de produção se articulam de forma específica.

[...] as relações sociais, de acordo com as quais os indivíduos produzem, as relações de produção alteram-se, transformam-se com a modificação e o desenvolvimento dos meios materiais de produção, das forças produtivas. Em sua totalidade as relações de produção formam o que se chama relações sociais: a sociedade e, particularmente, uma sociedade num determinado estágio de desenvolvimento histórico, uma sociedade com um caráter distintivo particular [...]. O capital também é uma relação social de produção. É

uma relação burguesa de produção, relação de produção da sociedade burguesa. (MARX; ENGELS, 1996, p.69).

Assim, a totalidade das relações de produção estrutura economicamente a sociedade, que é formada na sua base pelas forças produtivas, estas últimas constituem a infra-estrutura econômica. Para manter esta infra-estrutura econômica é necessária uma superestrutura, que desenvolva o papel de regulação e controle, composta pelas instâncias: jurídica (sistema de leis), política (sistema político) e ideológica (concepção de mundo). As mesmas comportam as demais áreas que se expressam em sociedade, como: religião, artes, literatura, filosofia e outros, correspondendo à consciência social e compondo as relações sociais.

A história revela que a ação mútua entre os homens, gerou o desenvolvimento, bem como o progresso econômico e social e toda uma cultura humana, simultaneamente também produziu a dominação do homem sobre os outros homens, a alienação e as desigualdades sociais.

Importante destacar a profunda mudança no modo de produção e reprodução da vida social, “na consolidação da sociedade capitalista”. Neste contexto, o ponto de partida é o século XIV e XV, em que o sistema vigente era o feudalismo, modo de produção característico da época medieval. O referido modelo social era constituído por camponeses e a terra, o produtor e os meios de produção. Com o passar do tempo, as relações de produção no campo foram invadidas pela variável comercial e as trocas se tornaram cada vez mais complexas, pois passaram a ter como objetivo a acumulação da riqueza e do lucro.

A economia específica da sociedade medieval entra em descaracterização progressiva, evidenciando a separação entre o proprietário e o produtor. Os donos da terra, da propriedade agrícola transformam-se em comerciantes ou mercadores; posteriormente, tornam-se atacadistas, fazendo do monopólio sua riqueza, fixando-se nas muralhas das nascentes e vigorosas cidades. Surgem, assim, os burgos, sendo seus proprietários denominados burgueses e estes passam a controlar o mercado urbano através de seus monopólios.

A centralização do poder passa a se deslocar dos feudos para os burgos, e, quanto maior a acumulação de riqueza, maior era seu poder político. Inicia-se, portanto, o novo modo de produção capitalista, em sua fase mercantil¹⁵, permitindo seu controle sobre o governo urbano; assim os burgueses tornaram-se uma classe cada vez mais próspera, acabando por submeter os pequenos produtores e artesãos ao seu controle político e econômico.

Instalada a subordinação do trabalhador e o trabalho assalariado no modelo mercantil, configuram-se formas usuais e freqüentes. O sistema vigente iniciou sua transição e intenso desenvolvimento em sua fase mercantil se fez acompanhar da criação de uma força de trabalho assalariada e destituída de meios de produção. O trabalhador, à medida que perdeu seus meios de trabalho (com a terra), passou a desenvolver atividades artesanais e para garantir sua subsistência foi coagido a se submeter ao trabalho assalariado. Do camponês ao tecelão agrícola, não tinha como escapar da oligarquia burguesa, despontando como trabalhadores assalariados, portanto, subordinados ao capital, promovendo uma nova estrutura social e um novo contexto político, delineados pelas concepções e pelos objetivos da burguesia.

A moderna sociedade burguesa, que despontou das ruínas da sociedade feudal, não aboliu as contradições de opressão, as velhas formas de lutas por outras novas. Nossa época, a época da burguesia, se distingue, contudo, por haver simplificado as contradições de classe. Toda sociedade vai se dividindo, cada vez mais, em dois grandes campos inimigos, em duas grandes classes que se enfrentam diretamente: a burguesia e o proletário. (MARX; ENGELS, 1996, p.31).

O emprego de trabalho assalariado significava para a burguesia uma forma de obter lucro, de acumular capital. A produção subordinava-se cada vez mais ao capital, e a influência do capital mercantil tornava-se relevante, ligando-se progressivamente ao modo de produção. Nessa fase, há uma crescente necessidade de mão-de-obra, pois tanto no campo quanto na cidade, importantes modificações estavam se processando. No campo, onde o lucro já não provinha mais da terra, mas sim do comércio, os grandes proprietários estavam autorizados

¹⁵ Capitalista Mercantil – Entre os séculos XI e XV, a acumulação monetária da crescente classe comerciante burguesa, para apoiar a formação de Estados Nacionais aliados ao poder militar da nobreza, com o incentivo político para dominar novos mercados, regular impostos e padronizar moedas. Buscam o domínio de novas áreas de exploração econômica por meio do processo de colonização. Este período possibilitou a acumulação de riquezas, com uma economia de aspecto concorrencial, com perspectiva de ampliar o domínio comercial e a defesa de uma maior autonomia das instituições políticas.

pela legislação a cercarem suas propriedades e impedir a entrada dos camponeses, que outrora tiravam o sustento da terra. Na cidade, começavam a surgir as fábricas, exigindo crescente demanda de trabalhadores.

Agora, expulsos das terras, os camponeses acabavam por subordinar às exigências dos donos do capital. A diferenciação e antagonismos entre classes se acentuavam e o desenvolvimento do capitalismo em sua fase mercantil introduzia significativas alterações na estrutura, relações e processos sociais. No século XIX, com o declínio do feudalismo, na Europa tem-se o início da industrialização, implicando profundas transformações econômicas, políticas e sociais. O desenvolvimento econômico era crescente e no mesmo ritmo desenvolvia-se também a exploração do trabalho e o pauperismo da classe trabalhadora.

O campo de investimento do trabalho era definido essencialmente pela oferta e pela reserva de mão-de-obra disponível, o que pressupunha a existência de um grande número de trabalhadores à disposição da expansão do capital, formando o exército industrial de reserva¹⁶.

Ao longo do processo, a máquina foi substituindo o trabalho humano, em uma nova relação entre capital e trabalho. Entre as nações, se estabeleceram novas relações, devido a uma combinação de fatores, como o liberalismo econômico, a acumulação de capital e inúmeras invenções, como a máquina motor a vapor. Instala-se o modo de produção capitalista como o sistema econômico vigente. A ascensão foi notável em toda a Europa Ocidental e, posteriormente, nos Estados Unidos. Desencadeada a substituição da produção artesanal, pela produção em massa por meio das máquinas, revolucionou-se, assim, o modo de produção. Esse processo de transformação fez surgir duas novas classes sociais: os capitalistas, ou proprietários das máquinas e os trabalhadores.

Ao referir-se à classe trabalhadora, engloba-se aí tanto a parcela dessa diretamente inserida no mercado de trabalho, como aquela excedente para as necessidades médias de exploração do capital: o exército industrial de reserva. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2000, p. 78).

A partir de então, com o surgimento dessas classes, iniciou a luta entre as mesmas, ou seja, cada uma das classes lutando pelos seus próprios interesses.

¹⁶ O processo de acumulação de capital, em constante crescimento, faz surgir uma população excedente de trabalhadores à sua disposição, que é chamado de exército industrial de reserva.

Colocava-se, dessa forma, de um lado o capitalista, na ampliação de seu poder, do outro o trabalhador, lutando contra a exploração. Nesse processo de trabalho, também se produz por meio da dominação do homem sobre os outros homens: a alienação¹⁷, a exploração e as desigualdades sociais. Tais situações denotam as relações sociais contraditórias e antagônicas das classes sociais, destacando-se naquela correspondente aos donos dos meios de produção, o enriquecimento por meio da exploração, da apropriação do excedente – mais-valia e da acumulação do capital, resultando no poder (econômico-político-social) e no controle dos recursos bem como levando tais condições a reverterem-se na garantia do processo cíclico e contínuo da manutenção e expansão do capital.

Com o desenvolvimento da sociedade, a reprodução do capital, originado a partir da exploração dos trabalhadores, que produzem os bens e serviços com objetivo de auferir o lucro e a acumulação de riquezas para aqueles que compram sua mão-de-obra mediante salário. Assim, se tem o valor de uso, onde o trabalho é realizado em prol da produção de algo que servirá para suprir qualquer necessidade.

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercambio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põem em movimentos forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeças e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo de forças naturais. (MARX, 1985, p. 202).

O valor de uso é a utilidade que determina coisa possui e só é válido se houver a utilização ou consumo da mercadoria¹⁸, independente do tempo e trabalho necessários para a sua composição.

A partir do momento em que uma mercadoria adquire valor de uso ela não é somente produto do trabalho de um individuo, a utilidade dos produtos pode variar, pois depende das relações sociais e do desenvolvimento de qualquer sociedade. Com isso, o valor de uso se origina no desenvolvimento das relações de produção. Portanto, o valor de uso é a utilidade que possui determinada coisa, é a capacidade

¹⁷ A alienação, segundo Marx, “[...] é situação resultante dos fatores materiais dominantes da sociedade, e por ele caracterizada sobretudo no setor capitalista, em que o trabalho do homem se processa de modo a produzir coisas que imediatamente são separadas dos interesses e do alcance de quem as produziu, para se transformarem indistintamente em mercadorias”. (MARX, 1985, p. 19).

¹⁸ Mercadoria a que representa o objeto externo ao homem que satisfaz qualquer necessidade humana.

de originar valor novo, de transformar em trabalho indispensável à produção. Dependendo da função no processo de trabalho, o valor de uso pode ser a matéria-prima, o meio de trabalho ou o próprio produto. Para Marx (1985, p. 43), “[...] os valores de uso são, ao mesmo tempo, os veículos materiais de troca”.

O valor de troca é o principal responsável pela movimentação do mercado não havendo diferença entre coisas que possuem valor de troca igual, independente do seu valor de uso.

Marx ressaltou o fato de que embora o valor de uso seja uma condição necessária para que um produto seja trocado e portanto tenha um valor de troca (ninguém trocará um produto útil por um produto que não tem utilidade para ninguém), esse valor de uso da mercadoria não tem qualquer relação quantitativa sistemática com o seu valor de troca, que é um reflexo das condições da produção da mercadoria. E argumentou que objeto de estudo adequado da economia política são as leis que governam a produção e o movimento do valor de troca, ou, de maneira mais rigorosa, as leis que governam o VALOR, a propriedade inerente das mercadorias que surge como valor de troca. (BOTTOMORE, 1983, p. 401).

A sociedade capitalista tem a troca com a principal relação econômica e contribui com a acumulação de bens e circulação do capital. É na relação de troca que aparecem diferentes tipos de trabalho, dentre eles o trabalho abstrato, responsável pela transformação da natureza e do próprio homem. Na sociedade, produz-se valores de troca com a exploração dos trabalhadores a fim de movimentar o mercado e obter o lucro e acumulação. Nesse sentido, o trabalho abstrato é aquele que advém da subordinação ao capital, da subordinação do homem ao mercado capitalista, onde a classe explorada é a que vive do trabalho e a produtora da mais-valia.

Desta forma, a mais-valia é o principal produto da exploração na sociedade capitalista. Enquanto peça fundamental para a sustentação do sistema capitalista, o trabalhador produz a mercadoria a ser comercializada e que trará lucro aos donos do capital. Para tanto, necessitam de apropriar-se de um tempo de trabalho excedente, onde o produto será vendido por um valor maior do que aquele gasto para sua produção.

Assim, os trabalhadores são obrigados a vender sua força de trabalho, pois necessitam prover sua sobrevivência e esta é a única mercadoria que possuem para comercializar com os donos do capital; estes, por sua vez, necessitam da força de

trabalho, essencial à continuidade da produção, pois traduz-se no meio capaz de criar valores, dos quais auferem o lucro. Essa exploração é algo a que o trabalhador está submetido e não há como ser evitada, pois ao vender sua força de trabalho como meio de subsistência, se insere como parte desse sistema, que tem como objetivo, e pode se dizer único, “o lucro”, e para que este seja alcançado é necessária a exploração efetiva da classe assalariada.

No modo de produção capitalista a estrutura social é dinâmica, em um movimento de transformação das relações sociais, resultado da contradição das classes sociais, conforme assinala Iamamoto (1998, p. 75):

[...] a divisão capitalista do trabalho cria novas necessidades sociais, transforma as relações sociais, a moral, os costumes, a religião, a organização familiar, o lazer, etc. Afeta todo o modo de vida do trabalho da sociedade.

Portanto, compreender o processo de trabalho é entender que as profissões surgem e se consolidam a partir de necessidades sociais presentes no cenário urbano-industrial, originada no desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais derivadas das práticas históricas, produzem e reproduzem os meios de vida e trabalho.

A discussão sobre o mundo do trabalho, parte do pressuposto de que no modo de produção capitalista, o estabelecimento da divisão social do trabalho, modifica as relações sociais resultantes das relações de produção e das forças produtivas que determinam as sociedades de classes.

A sociedade de classe tem origem no desenvolvimento das forças produtivas, onde os homens que desenvolvem e/ou dominam os meios de produção se apropriam dos mesmos e, assim, passam a dominar aqueles que só dispõem de sua força de trabalho, estabelecendo as diferentes classes sociais: de um lado aqueles que donos dos meios de produção (a classe burguesa) e de outro a classe trabalhadora.

Dessa forma, se constitui a estrutura econômica e social da sociedade e a superestrutura responsável por sua manutenção, com um aparato jurídico, político e ideológico que, juntos, compõem os processos sociais¹⁹, originados sob a

¹⁹ Processos Sociais refere-se a constituição da totalidade das categorias econômica, política, social e cultural das relações sociais.

dominação do capital diante dos objetivos de sua expansão e acumulação, ao determinar as relações sociais.

As alterações dessas relações sociais e das contradições presentes na mesma estabelecem as bases para o surgimento das profissões, inclusive do Serviço Social, como atividade integrante de um determinado processo de trabalho, caracterizado por uma forma particular de serviço que se concretiza em espaços institucionais, visando:

[...] a reprodução é a continuidade do processo social de produção, porém, uma continuidade que não se reduz à mera repetição, é uma continuidade no decorrer da qual o processo se renova, se cria e recria de modo particular. As condições de produção são, portanto, as da reprodução social, [...] desta forma a reprodução torna-se simplesmente um meio de reproduzir o capital, de produzir mais-valia [...]. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2000, p.46).

Desta forma, o Serviço Social, como profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho, tem suas ações de forma indireta na esfera da produção, uma vez que o modo de trabalhar e de viver em sociedade decorre da mesma, sua atuação está relacionada diretamente com a base material da sociedade – da produção, do trabalho, de transformação da natureza. O Assistente Social opera na transformação do homem, intervindo, portanto, na maneira de ver agir e pensar dos indivíduos com os quais trabalha no cotidiano. Nesse sentido, torna-se relevante, no âmbito desta pesquisa, contextualizar a origem da classe trabalhadora, como lócus do processo de trabalho do Assistente Social, na mediação das contradições da relação capital e trabalho.

Mediante tais considerações, os condicionantes que estabelecem a classe trabalhadora, conforme o lugar ocupado no processo produtivo, pode-se dizer que origina a “classe em si”. Portanto, a terminologia *classe trabalhadora* utilizada neste estudo refere-se à diferenciação das classes quanto ao lugar que estes indivíduos ocupam no modelo de produção. Dessa forma, não se tem por finalidade aprofundar a discussão quanto à contextualização da classe em si e da classe para si.

O conjunto das desigualdades sociais geradas nas relações sociais oriundas dos modos de produção, estabelecidas pela divergência entre o capital e o trabalho, levou os trabalhadores, com base em interesses comuns, buscar pela conscientização da crescente exploração e do agravamento da questão social a que estavam sujeitos, passando a se organizar e lutar por melhores condições de vida e

de trabalho. Nesse contexto, os trabalhadores conscientes se reconhecem como classe – classe para si, submetida à exploração e as condições degradantes de miséria, se organizando em movimentos que se constitui em força política, capaz de pressionar a classe hegemônica a adotar medidas em face a realidade, exigindo respostas de regulação social, como a legislação trabalhista.

Portanto, no modo de produção capitalista, a classe capitalista (burguesa) ao longo do processo histórico e revolucionário, passa a estabelecer como universais seus interesses particulares, na consolidação e ascensão de classe dominante; por outro lado, a classe trabalhadora, subordinada ao processo de exploração termina por adquirir a dimensão de expressar as necessidades generalizadas da humanidade, que logo se configuram de interesses particulares em universais do gênero humano. Nesse sentido, ao se discutir os determinantes e condicionantes das particularidades que afligem os indivíduos com insuficiência renal crônica em hemodiálise, também estabelecemos as conexões que também acometem a classe trabalhadora.

Através da exploração do trabalho pode ser observada a alienação do homem, que se instaura para além do mundo objetivo, permeada e constituída pelas várias esferas que compõem vida social, como a religiosa, a filosófica, a política e socioeconômica. Tal processo tem início na esfera econômica e social, revestida sob as formas de:

- Separação entre o homem e seu trabalho, impedindo-o de decidir o que fazer e de que forma;
- Separação entre o homem e o produto do seu trabalho, que lhe retira a possibilidade de controle sobre o que é feito como os resultados e os excedentes de seu trabalho, possibilitando a exploração;
- Separação entre o homem e seu semelhante, gerando relações de competição.

Essas formas de alienação se fundamentam na divisão social do trabalho, na propriedade privada (meios de produção) e na decorrente divisão da sociedade em classes. (MARX; ENGELS, 1977 apud IAMAMOTO; CARVALHO, 2000, p.30).

Dessa maneira, o paradigma de produção capitalista altera-se o sentido da vida e das relações sociais, sob múltiplas formas, como intuito de satisfazer as exigências da reprodução do capital, que ao expandir-se, assume cada vez mais o controle dos recursos materiais e humanos dos recursos materiais e humanos, aliado

a todo este potencial utiliza-se do desenvolvimento científico e tecnológico a serviço de um processo produtivo cada vez mais eficiente para alcançar suas finalidades.

Com a instalação e consolidação da sociedade capitalista, se institui o novo modelo de produção que exigia a concentração dos trabalhadores em um espaço específico: a fábrica e/ou indústria, lugar da produção. Tendo em vista a expansão do capital, a necessidade de contratação de mão-de-obra era crescente para atender o ritmo da produção, assim a concentração da produção leva à aglomeração da população trabalhadora, que passa a viver nos arredores das fábricas, promovendo o surgimento das cidades industriais, como condição necessária ao capital.

O surgimento das cidades industriais impõe um novo contexto social, passando a própria urbanização a ser uma variável da industrialização capitalista. As precárias vilas operárias foram construídas geralmente em locais inadequados à qualidade de vida, porém, moldadas às exigências do capital. As emergências das cidades respondiam assim às exigências do capital, que impunham uma ocupação diferenciada do solo social, definida essencialmente a partir da posse privada de bens.

Esse novo contexto social implicou transformações no cotidiano dos trabalhadores: agora juntos na fábrica em um processo de intensa divisão social do trabalho, sob rigoroso mando do dono do capital, vivendo nas mesmas localidades e sofrendo as mesmas adversidades da vida operária. Gradativamente, os trabalhadores começam a superar a heterogeneidade e aos poucos vão definindo e aos poucos vão definindo e assumindo mecanismos que configuram as suas formas de protesto, recusando-se a ser manipulado pela máquina e pelo sistema capitalista. Porém, o domínio do capital sobre o trabalho é marcante, pois os trabalhadores não estavam organizados enquanto classe, configurando-se uma força de trabalho bastante heterogênea, cujos interesses não superam o horizonte do ofício ou da função.

A estrutura e a dinâmica da sociedade européia, em que foi engendrado e de onde se expandiu o capitalismo, fizeram do processo de expansão uma das páginas mais desastrosas na historiada relação capital-trabalho visto que instaurou-se uma forma peculiar de sociedade de classes fundadas na compra e venda da força de trabalho, expressando sua força opressora em relação ao trabalhador.

Nesse sentido, uma das principais estratégias do capitalismo se concretiza através das relações de alienação e antagonismos, assumindo formas cada vez mais complexas, culminando no isolamento do trabalhador na execução de funções, sendo que a ligação com o processo global de produção nunca lhe eram esclarecidos. Sob o prisma do capitalismo, o contato fundamental do trabalhador não se dava mais com outros seres humanos, mas com a máquina, cuja finalidade subjugava a vontade humana e o ritmo é determinante das ações. Portanto, o tempo passa a ser a medida de todas as coisas, sem qualquer cunho criativo, mas voltado exclusivamente ao tempo espacial, do qual se deve tirar todo proveito em termos de produção.

A sociedade expressava múltiplas fragmentações que lhe são características: a divisão da sociedade, a divisão social do trabalho, a desigual distribuição das atividades e do produto; tais características se acentuavam à medida que o capitalismo se consolidava.

A valorização do mundo das coisas correspondeu à desvalorização do mundo do homem. A força da vida, criadora de valores humanos, foi tragada pela mercadoria, símbolo do capital; à medida que a mercadoria se tornava valor, o homem se tornava mercadoria, significando que as relações entre as pessoas já não eram mais humanas, mas uma relação de coisas, denominada de coisificação por vários autores marxistas como Lessa, Yamamoto, Paulo Netto e outros.

O princípio da mercantilização e do lucro estendia-se por toda a sociedade burguesa, penetrando na essência das relações sociais e tornando, a cada momento, mais difícil a sobrevivência do trabalhador e de sua família.

O capitalismo instituiu a sociedade de classes e configura também um novo mundo de relações sociais, mediatizadas pela posse privada de bens, modo de produção profundamente antagônico e pleno de contradições, desde o início de sua fase industrial, constituindo-se num divisor de águas na história da sociedade das relações entre os homens, situação que traz o estigma da contradição e desigualdade.

Na segunda metade do século XVIII, no sistema capitalista tem início a Revolução Industrial, processo de mecanização das fábricas. A industrialização consolidou o modo de produção capitalista, pelo qual o empresário burguês concentra em suas mãos os bens de produção, enquanto o trabalhador vende a sua força de trabalho por um salário.

O capitalismo, em um primeiro momento, teve suas necessidades atendidas quanto à demanda de força de trabalho. A marcha expansionista da Revolução Industrial, e a da industrialização capitalista, aumentavam, porém a necessidade da mão-de-obra. Era preciso promover a mobilidade da mão-de-obra, incrementando a transferência do trabalhador da aldeia para a cidade. Tal migração era indispensável na fase de acumulação primitiva do capital e de constituição do mercado de trabalho. Surgiu, na Inglaterra, uma série de dispositivos legais que restringiam a liberdade de circulação do trabalhador; tornando importante, neste momento, revogar tais dispositivos, pois interessava à burguesia proclamara liberdade de trabalho de comércio e até mesmo a religiosa.

O trabalhador, enquanto portador da força de trabalho precisava estar livre para circular pelo mercado. Se até aquele momento esteve preso ao feudo, e submetido a severas punições, caso transgredisse as normas impostas, agora era preciso transformá-lo em "trabalhador livre". Para tanto, a burguesia precisava conseguir do Estado a revogação dos dispositivos restritivos, que impediam a expansão do capital.

Sob o discurso da igualdade de todos, mediante o qual a burguesia procurava justificar a recém-devolvida liberdade de trabalho e de crença religiosa, ocultava-se aprofunda desigualdade das classes, constituída sob o signo do antagonismo e nada mais representava do que instrumentos facilitadores da livre concorrência, mecanismo indispensável ao mercado capitalista. Foi, também, em resposta à pressão da Burguesia que o Estado burguês determina, nas décadas iniciais do século XIX, o barateamento geral das mercadorias e gêneros alimentícios que entravam na composição da subsistência do trabalhador. Sua intenção era baratear o custo da força de trabalho, estratégia que levava a burguesia à manutenção do exército industrial de reserva.

As primeiras formas de oposição dos trabalhadores a essa dura realidade expressaram-se na resistência, dirigindo-se não diretamente ao opressor, ao explorador, mas ao instrumento da exploração, ao símbolo da opressão: a máquina. Introduzida crescentemente na produção industrial, a máquina alterava de forma irreversível o processo social de trabalho, exigindo do trabalhador longas e penosas jornadas, através das quais o capitalista procurava auferir os lucros máximos de seu investimento. Por não demandar um grande aprendizado anterior e nem mesmo o dispêndio de força física especial, a indústria capitalista trouxe para a fábrica

mulheres, jovens e crianças, promovendo graves implicações para esses jovens trabalhadores e à sua estrutura de sua vida familiar.

A jornada normal de trabalho-apesar de diferir por ramos industriais - é, no início do século, de 14 horas. Em 1911 será em média de 11 horas e, por volta de 1920, de 10 horas. Até início da década de 1920, no entanto, dependerá na maioria das vezes das necessidades das empresas. Mulheres e crianças estarão sujeitas á mesma jornada e ritmo de trabalho, inclusive noturno, com salários bastante inferiores. O operário contará para sobreviver apenas com a venda diária da força de trabalho, sua e de sua mulher e filhos. Não terá direito a férias, descanso semanal remunerado, licença para tratamento de saúde ou qualquer espécie de seguro regulado por lei. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2000, p.129).

A jornada de trabalho se estendia por longas horas de trabalho diário, 15 horas ou mais, uma vez que as máquinas podiam funcionar sem parar. O trabalho era realizado em espaços físicos inadequados às atividades, com ambientes fechados, insalubres, mal iluminados, sem insegurança, ocasionando constantes acidentes de trabalho e danos à saúde. A operacionalização das máquinas não requeria grau de qualificação profissional dos trabalhadores, ampliando o emprego de mulheres e de crianças, cujo trabalho era remunerado em menor valor, acrescentando mais lucro ao empresário. As mudanças ocorridas com a introdução das máquinas no modo de produção deterioraram as condições de trabalho e de vida dos operários, gerando a chamada questão social, entendida como:

[...] o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim, a questão social está fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho. (CERQUEIRA FILHO, 1982, p. 21).

Os operários sobreviviam com salários miseráveis, habitavam bairros das cidades industriais sem qualquer infraestrutura de água e de esgotos; moravam em cômodos nos quais a família não tinha nenhum tipo de privacidade, mal se alimentavam, convivendo com doenças intestinais, tuberculose, alergias, asma, raquitismo, e outros. Conforme refere Friedrich Engels a respeito de um desses bairros operários de Londres, em viagem realizada no ano de 1840.

Não há um único vidro de janela intacto, os muros são leprosos, os batentes das portas e janelas estão quebrados, e as portas, quando

existem, são feitas de pranchas pregadas. [...] Aí moram os mais pobres dentre os pobres, os trabalhadores mal pagos misturados aos ladrões, aos escroques e às vítimas da prostituição. (BRESCIANI, 1985, p. 25).

Assinalamos outra descrição do bairro *East End* de Londres, que não difere da anterior, expressa por Arthur Morrison, na década de 1880.

Um lugar chocante, um diabólico emaranhado de cortiços que abrigam coisas humanas arrepiantes, onde homens e mulheres imundos vivem de dois tostões de aguardente, onde colarinhos e camisas limpas são decências desconhecidas, onde todo cidadão carrega no próprio corpo as marcas da violência e onde jamais alguém penteia os cabelos. (BRESCIANI, 1985, p.26).

Na Europa final do século XVIII, iniciaram-se as primeiras manifestações de protestos contra o domínio do capital e à dominação pela máquina. Neste período, imperava a crescente riqueza da sociedade e, por outro lado, a desumanização dos homens. O trabalhador era transformado em extensão da máquina, controlado por seus superiores diretos, coagidos pelo desemprego e miséria, culminando por ser visto um indivíduo sinônimo de classe perigosa. Portanto, o trabalhador para não ser derrotado pela máquina, passa a destruí-la, assim como a fábrica que a abrigava.

Na Inglaterra, local que concentrava o maior emprego da máquina, surgiu o Ludismo, movimento que recebeu o nome do seu líder, Ned Ludd. Movido pelo sentimento de insegurança e os temores da miséria, Ludd e seus seguidores se convencem da ação maléfica da máquina, considerada a principal culpada de sua condição subumana.

Assim, nas primeiras décadas do século XIX, trabalhadores destruíram as máquinas, baseados na convicção de que estas eram as responsáveis pelo desemprego e pelos baixos salários. Para impedir as manifestações, foram promulgados decretos de pena de morte como punição pela destruição das máquinas e fábricas. No entanto, os trabalhadores não se intimidaram e, diante da ausência de respostas às suas reivindicações, recorrem a ações mais expressivas, como manifestações de massa, constituindo estratégia privilegiada do movimento dos trabalhadores fundada sob novas bases de luta.

As manifestações de revolta dos trabalhadores eram impulsionadas pelo incremento da violência e da exploração que os capitalistas contra eles cometiam, transformando a sua existência em uma luta contínua e desigual pela sobrevivência.

Lentamente, os trabalhadores começaram a perceber que seus reais opressores eram donos dos meios de produção e não as máquinas.

No intuito de intervir nessa realidade e oferecer resposta às reivindicações da classe trabalhadora, o Estado constituído pelos governos, aqui na instância jurídico-político-ideológica, representando os interesses da classe detentora do capital, passa a implantar estratégias que garantam a ordem e o controle social, gerando seqüelas da questão social.

Prosseguindo na marcha expansionista, e como que possuídos por suas leis, o capitalismo se expandia, fortalecendo-se na livre concorrência e produzindo crises cíclicas, que só vinham aumentar a pobreza e os problemas sociais delas decorrentes. A oposição ao modelo capitalista tornou-se mais organizada e as cidades passaram a ser o cenário de luta entre a burguesia e o proletário. A classe trabalhadora, mais unida em torno de seus objetivos comuns, avançou em sua marcha organizativa; seus movimentos estendiam-se de diversificadas formas, especialmente em massa, dotadas de maior combatividade.

Os trabalhadores continuavam lutando para demolir este injusto regime. Seu poder provinha das próprias lutas que se viam compelidos a realizar, embora nem sempre tivessem clareza das melhores estratégias a serem utilizadas. Ainda assim, através de avanços e recuos, de derrotas e conquistas, foram marcando sua presença na história.

Nesse período, aos trabalhadores não assistiam direitos ou amparo social (como assistência médica, aposentadorias, pensões e outros) e eram sujeitos a multas e castigos; as expressões como greves ou associações de classe eram tratadas como “casos de polícia” pela violenta repressão dos governos. A multidão de trabalhadores representava para a classe dominante uma ameaça às instituições, à propriedade privada, à ordem e à moral burguesa, pois ao circularem nas ruas confundiam-se indivíduos honestos com bandidos, batedores de carteira, prostitutas e delinqüentes.

A questão trabalhadora estava posta como classe no final do século XIX, estabelecendo-se no cenário histórico e social de forma cada vez mais nítida, aterrorizando a burguesia. A fase da expansão da industrialização capitalista não só na Europa, mas irradiando-se também para os demais continentes, criou condições favoráveis para que os donos do capital se unissem em torno da preservação de seu patrimônio e de sua crescente expansão. Nesse sentido, além do movimento dos

trabalhadores, que trazia o risco à ordem social, também gerava preocupações para a burguesia a crescente onda de problemas sociais que acompanhara a expansão do capitalismo.

Na metade do século XIX, foram criadas alternativas que permitiam ajustar os interesses do capital aos movimentos dos trabalhadores, e, também, a expansão dos fenômenos sociais. Tal expansão deixava a burguesia muito apreensiva, pois necessitava de uma estratégia de autopreservação do sistema capitalista, que pretendia ocultar a face da exploração, da opressão, da dominação, da acumulação da pobreza e da generalização da miséria.

Era crucial para o capitalismo manter escondida, ou dissimulada, essa realidade por ele produzida, evitando que suas próprias contradições e antagonismos constituíssem fatores propulsivos da organização do proletariado e da estruturação de sua consciência de classe. Assim, manter intocada a ordem social por ele produzida na sociedade burguesa era imperativo para a continuidade do padrão capitalista. Para tanto, tornando-se indispensável recorrer às estratégias mais eficazes de controle social capazes de conter a força das manifestações trabalhadoras e a acelerada disseminação da pobreza e do conjunto de problema a ela associados.

Segundo Castel (1997), desde o século XVI, o social se orienta por meio de ações públicas, através de intervenções de assistência aos indigentes e ainda pela regulação do Estado na organização do trabalho. A assistência pública se restringia às situações de indigência, através da assistência religiosa.

Nesse contexto, aos trabalhadores conscientes se reconhecem como classe submetida à exploração e às condições degradantes de miséria, se organizam em movimentos que se constituíram em força política, pressionando a classe hegemônica a adotar medidas em face da realidade, exigindo respostas de regulação social, com a legislação trabalhista.

Foram as lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública, exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos (IAMAMOTO, 2003, p.66).

No modo de produção capitalista a estrutura social é dinâmica, em um movimento de transformação das relações sociais, resultado da contradição das classes sociais, conforme assinala Iamamoto (1998, p. 75):

[...] a divisão capitalista do trabalho cria novas necessidades sociais, transforma as relações sociais, a moral, os costumes, a religião, a organização familiar, o lazer, etc. Afeta todo o modo de vida do trabalho da sociedade.

As alterações dessas relações sociais e das contradições presentes na mesma estabelecem as bases para o surgimento das atividades que fazem parte de um determinado processo de trabalho.

No entanto, na dinâmica do modo de produção capitalista o trabalho não se resume somente à estrutura econômica, mas pode ser entendido como parte da superestrutura das instituições, da política, das instâncias jurídica e ideológica que moldam a consciência social; de forma mais específica, trata-se da apropriação privada da força produtiva – força de trabalho, objetos e meios de trabalho – e da alienação do trabalho.

Dessa forma, o trabalho interfere direta e indiretamente na esfera da produção, uma vez que o modo de trabalhar e de viver em sociedade decorre da mesma, sua atuação está relacionada diretamente com a base material da sociedade – da produção, do trabalho, de transformação da natureza.

A realidade originada da relação capital-trabalho, da exploração e desigualdade social materializada nos setores pauperizados da classe trabalhadora, instaura a Questão Social. Portanto, o Estado (representando a classe dominante), na intervenção dos conflitos gerados pela relação capital-trabalho, pela preservação e manutenção da ordem do capital, é pressionado a dar respostas às situações que poderiam ameaçar a consolidação e expansão do capitalismo.

Assim, as mudanças e transformações que incidem no âmbito trabalho e nas relações entre as classes sociais, atingem diretamente o cotidiano da classe trabalhadora, numa tensão entre a relação do capital e do trabalho, originadas nas relações de produção que determinam as respostas postas aos sujeitos, ao atingir seu conteúdo, direcionando o seu fazer profissional, suas condições e suas relações de trabalho.

Na atual conjuntura, tratar da categoria do trabalho remete ao conjunto das necessidades políticas, sociais, materiais e culturais e ao desvelamento das possibilidades de trabalho na medição entre as demandas e as determinações de suas necessidades na sociedade capitalista, considerando toda a sua complexidade, e, em especial, as que constituem o processo de reprodução social, que, na atualidade, após a reestruturação produtiva, passam a definir novas exigências para a classe trabalhadora.

Portanto, todos esses elementos apresentam um campo denso e complexo que não se reduz a análises imediatas de ações e generalizações de conceitos que necessitam ser considerados frente à totalidade e sua concepção teórica – visão de homem e de mundo, pois direcionam seu agir, as respostas às demandas impostas e seu significado social.

Dessa forma, na dinâmica do capitalismo, a classe dominante coloca em prática medidas para o enfrentamento da questão social, ao fragmentá-la por meio de estratégia das políticas sociais, requerendo, para executar tais estratégias, profissionais especializados e um arsenal de procedimentos técnico-operativos para a concretização de seus objetivos. Constitui-se, pois, uma especialização do trabalho coletivo, o que afirma a centralidade do trabalho na composição da questão social e nos processos sociais em que se insere o trabalhador, nas relações entre as classes sociais, o Estado e a sociedade.

1.3 As Mutações do Mundo do Trabalho

A expansão capitalista foi dinamizada desde a expansão industrial, com os modos de produção taylorista e fordista, ao ampliar o consumo em massa e direcionar a produção e assim o trabalho e a vida social.

Diante das mudanças impactantes, oriundas de conquistas tecnológicas, o mercado de trabalho passou por alterações significativas e ainda se encontra em mutação²⁰. A seguir, mostrar-se-á um estudo referente a essas mudanças, detectáveis ao longo do período, que ocorreram desde os primeiros anos do século

²⁰ Mutação de acordo com o dicionário Silveira Bueno significa mudança, alteração, volubilidade, inconstância. (BUENO, 1996, p.446).

XX até os dias atuais. Este breve estudo torna-se necessário para abordar o tema da pesquisa em questão e para efetivar a análise proposta.

Os excedentes originados na acumulação do capital passam a ter uma parcela canalizada para o Estado, que financia as políticas públicas, promovendo a socialização dos custos de reprodução da força de trabalho, ou seja, da redistribuição dos bens produzidos para a manutenção da força de trabalho, e, assim, mantendo e ampliando os níveis de produção do capital.

O século XX inicia-se sob a influência da obra *Princípios de Administração Científica*, de autoria Frederick Winslow Taylor (1856-1915). Suas idéias influenciaram muito as incipientes décadas dos anos decorridos de 1900. Trata-se de uma abordagem que considera o trabalhador negligente e enfatiza a necessidade de uma espécie de policiamento constante do mesmo. Propôs-se a descrever um método racionalizado de trabalho, cientificista, referindo-se às divisões de tarefas de forma desmembrada e metódica, seguindo modelos de tempo e de estudos relacionados ao movimento, visando maior produtividade.

O referido sistema evidencia um controle bem rígido, no qual o operário era contratado para executar uma tarefa de forma repetitiva, marcando a separação do trabalho manual da administração (trabalho intelectual). Henry Ford (1863-1947) utiliza-se das idéias de Taylor no processo produtivo de sua fábrica, precursora na produção de automóveis, mas acrescentou inovações a este modelo. O modelo fordista contém várias das idéias propostas de Taylor para o processo fabril, como o trabalho desmembrado e simplificado, o controle rígido e supervisionado do trabalho, jornada de trabalho extenuante, forma metódica do trabalho realizado, produção em larga escala visando um consumo de grandes proporções, e, com o incremento da originalidade Fordista, o do emprego das linhas de montagem.

As linhas de montagem propostas por Henry Ford levaram à produção de grande número de produtos, acarretando conseqüente queda nos preços dos produtos fabricados, o que viabilizou uma oferta de salários mais elevada, vindo a influenciar um processo interdependente, um sensível aumento no consumo, resultando numa maior integração de grande parcela da população ao mercado.

Nesse contexto, merecem observância e destaque as políticas macroeconômicas apresentadas segundo as teorias do economista inglês John Maynard Keynes (1883-1946), que apostavam numa robusta intervenção estatal na economia com intenção de alavancar uma redistribuição de rendimentos favorecendo os mais

desvalidos, o que acarretaria, concomitantemente, aumento no consumo, incentivando investimentos com queda nas taxas de juros, desenvolvimento de investimentos públicos.

A política econômica proposta por Keynes contribuiu para a estruturação, em muitos países capitalistas, de políticas de emprego estimuladoras do desenvolvimento significativo da economia.

No período pós Segunda Guerra Mundial, a teoria econômica Keynesiana constituiu o suporte político-ideológico para a expansão do Estado de bem-estar [...]. Este novo formato da política estatal sustentava-se em dois princípios, o 'pleno emprego' e a 'igualdade' (ou seja, os 'direitos sociais de cidadania'). A intervenção do Estado, assim, se fazia em duas frentes: 1) na política fiscal e financeira e, 2) na política social, ou seja, na expansão do emprego público e na criação de vários 'aparelhos de consumo coletivo', educação, habitação, saúde, etc. – que se incorporavam a cultura política na forma de 'direitos de cidadania'. (BRANDÃO, 1994, p. 90).

Nesse período pós Segunda Guerra, tem-se o surgimento da política conhecida como *Welfare State* que somada às idéias keynesianas e fordistas definiram, preponderantemente, as políticas capitalistas em todo o mundo e determinaram significativo crescimento em áreas financiadas pelo setor público, em especial, setores como a educação, a saúde, a previdência social, emprego e construção civil. O contraponto desse processo foi a constituição das multinacionais em decorrência de um capitalismo de cunho monopolista, ocorrendo uma maior internacionalização econômica em nível mundial.

Os Estados iniciam uma perda progressiva de setores, até então, sabidamente Estatais. Os países mudam suas atuações a partir dessas transformações, procurando aumentar suas áreas de influência e competitividade econômica com a formação de Estados, não mais centrados em seus mercados nacionais, mas atentos à crescente internacionalização da economia. Essa nova visão coloca em crise o Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) e a política keynesiana, sobre tudo a partir da década de 1970.

O *Welfare State* tem cada vez menos condições de responder a uma somatória de demandas emergentes e às condições econômicas cambiantes. O impacto desta Crise é um aprofundamento das desigualdades sociais e um crescimento dos índices de pobreza que se concentram principalmente nos grupos mais vulneráveis,

trabalhadores não qualificados e domicílio uniparentais. (JACOBI, 1996, p.42).

O Estado na política keynesiana direcionou suas ações na manutenção do pleno emprego com um padrão de salário que possibilitava ao trabalhador manter o poder de compra, implicando o reconhecimento da luta dos trabalhadores, por meio dos movimentos sindicais, nas reivindicações políticas e econômicas, com a finalidade de promover o consumo e movimentar a expansão econômica (IAMAMOTO, 2008).

No decorrer da década de 1980, os modos de produção passam por importantes alterações nas formas de produção e de gestão do trabalho, inserida diante das novas exigências do mercado oligopolista²¹ e da internacionalização do capital, neste cenário regido pela *financeirização da economia*. (IAMAMOTO, 2008).

Este momento histórico foi marcado por intensos movimentos dos diferentes segmentos da população na reivindicação pela ampliação dos direitos políticos e sociais, seguidos das mudanças na órbita do capital (nacional e internacional) realizadas pela classe dominante com vistas à manutenção do poder. Neste período foram marcantes as transformações no modo de produção capitalista, momento da luta por uma nova ordem societária aclamada pela sociedade.

As mudanças ocorridas nos modos de produção se enlaçam com as novas relações entre o Estado e sociedade, onde se atribui ao Estado a responsabilidade pelas transformações ocorridas e que afetam a sociedade, desvinculando sua imagem do mercado e configurando sua responsabilidade com um papel de eficiência de necessário para manutenção da ordem social. O Estado torna-se, pois, submisso aos interesses econômicos e políticos dominantes no cenário interno e externo (nacional e internacional), subordinando-se ao capital financeiro e, como resultado, amplia-se a *privatização da esfera pública*. (IAMAMOTO, 2008).

Tais transformações econômicas e políticas geram consequências para a vida em sociedade, na qual a racionalização do mercado invade todas as suas esferas. Importante destacar a lógica do mercado tido regulador da vida social, uma lógica que promove acirramento no mundo do trabalho, a competição, a rentabilidade, a eficácia e eficiência como critérios de referência sobre a vida em sociedade. Nesse contexto, o homem fica cada vez mais em condição de sujeição ao capital,

²¹ Oligopólio - Mercado com um número reduzido de empresa no domínio de determinados produtos ou serviços (BUENO, 1996).

terminando por gerar desemprego em massa, fragilização as relações de trabalho, redução dos postos de trabalho e de salários, juntamente com a minimização de alguns direitos trabalhistas. (IAMAMOTO, 2008).

Reforça-se a fragmentação do sujeito, individualizado na política adotada pelo Estado, segundo qual cada um é responsável por seu lugar no mercado, na naturalização da aceitação destas condições na sociedade, enfraquecendo as formas de resistências, com apelo à solidariedade frente ao agravamento das expressões da Questão Social que atinge a classe trabalhadora.

O fenômeno da globalização ocasiona o acirramento da competitividade no mercado internacional, ampliando a exigências da qualidade dos produtos com preços cada vez mais atrativos para enfrentar a concorrência. Como resultado para classe trabalhadora tem-se a redução dos custos, trazido no corte dos salários, do campo de empregos e dos direitos trabalhistas. Tais situações consolidam-se como algumas das estratégias do Estado para manutenção da ampliação do lucro no atual sistema capitalista. Atrelado a esse processo de mudanças surge estímulo ao desenvolvimento tecnológico e científico, representando uma alternativa para as respostas de enfrentamento ao mercado. Nessa conjuntura, emerge a necessidade de um trabalhador polivalente, chamado a exercer várias funções, com o mesmo salário e tempo de trabalho. (IAMAMOTO, 2008).

O Estado volta-se para os interesses da classe detentora do capital, racionalizando sua ação sob a questão social mediante a redução dos gastos públicos no âmbito social. Portanto, o Estado privatiza suas ações de caráter público e evoca à sociedade para assumir suas responsabilidades sociais.

As políticas sociais assistenciais na atualidade, sob direcionamento neoliberal, remetem aos serviços públicos organizados com base nos princípios da universalidade e da equidade, ampliando o gasto do Estado. Dessa maneira, instaura a proposta de reduzir despesas, em particular aquelas voltadas às áreas sociais, e, sucessivamente, a restrição dos atendimentos por meio de cortes de elementos necessários para implementação da política social: recursos financeiros, materiais e humanos.

O caráter focalizado e transitório das citadas políticas substitui seu caráter universal, impedindo sua continuidade, comprometendo seus resultados e efetividade no atendimento das demandas da população, além de direcionar as

ações públicas do Estado por aquelas implementadas por organizações da sociedade civil que constituem o terceiro setor da economia.

Mediante tais circunstâncias, o Assistente Social, chamado à tarefa de implementar, de viabilizar os direitos sociais e pensar em estratégias para colocá-los em prática, tem sua intervenção prejudicada pois depende de recursos, condições e meios de trabalho cada vez mais reduzidos para as ações públicas.

Soma-se a esse contexto, a revolução técnico-científica, que aumentaria as exigências em nível da formação educacional, quando o mercado passa a requerer crescente mão-de-obra especializada e um desemprego estrutural insurge em contornos tangíveis. Máquinas sofisticadas, a robotização e a informática, o êxodo rural com conseqüente incremento na urbanização, moldaram um quadro de desemprego significativo nos países em desenvolvimento, como o Brasil.

No entanto, países industrializados e desenvolvidos também sofreram com os problemas referentes ao desemprego; que atualmente ainda se mostra como uma questão sem solução eficiente ou satisfatória em todo o mundo. Entretanto, nos anos de 1970, surge a política do neoliberalismo, decorrente da crise do capitalismo mundial, derivada dos altos preços do petróleo (1973 e 1979), estabelecendo o fim do Estado de Bem-Estar-Social. Ou seja, finaliza-se condução da política econômica articulada pelo Estado no fim da II Guerra Mundial.

O neoliberalismo é uma ideologia capitalista que defende o ajuste dos Estados Nacionais às exigências do capital, portanto, contrária aos pactos que subordina o capital a qualquer forma de soberania popular ou instituições de interesse. (ABREU, 1999, p. 41).

Com o avanço da ideologia neoliberal e a globalização, as políticas sociais e o trabalho humano, na época, se deparam com a destruição do sistema de proteção social e a ausência do Estado como provedor social. Assim, a verdadeira medida é a de garantir o mínimo social. Esta ideologia se apresenta como Estado mínimo para o desenvolvimento e garantia das políticas sociais, porém, máximo para a produção e reprodução do capital.

O neoliberalismo [...] deve garantir condições estruturais para o mercado e intervir nas questões de pobreza extrema e miséria. Esta tarefa também é atribuída à sociedade e desempenhada sob a forma de solidariedade, pois não cabe ao estado patrocinar o bem-estar social. Há, portanto, no neoliberalismo, desconsideração e

desmantelamento de muitas das conquistas e garantias de direitos, principalmente os sociais. (PAULO NETTO, 1993, p.79).

Assim, com o desmonte do Estado de Bem-Estar-Social, as condições do mercado de trabalho ficaram alarmantes, precarizando e reduzindo os postos de trabalho, gerando o aumento das desigualdades. O desemprego em crise, assim observado atualmente em escala mundial do sistema capitalista, é resultado de sua imbricada soma de pontos que se apresentam na nova formatação do capitalismo internacional sob a égide globalização da política neoliberal. Acrescenta-se a essa nova política mundial o aumento do descompromisso, da desresponsabilização do Estado em setores estruturais básicos da sociedade, transferindo responsabilidades à sociedade civil.

Na década de 1990 é colocada em prática a reforma do Estado, que baseada nos princípios neoliberais, visa reduzir o déficit público. [...] O governo faz assim da sociedade civil sua parceria na realização de benefícios e serviços sociais que ele reduz no âmbito estatal. (MESTRINER, 2001, p.274).

Em termos de realidade brasileira, a conjuntura merece atenção, considerando preocupante a precária formação e consciência social de grande parcela da sociedade evidenciada pela observação do desconhecimento de direitos sociais, culturais e políticos.

O mercado de trabalho, por exemplo, passa por uma radical reestruturação. Diante da forte volatilidade do mercado, do aumento da competição e do estreitamento das margens de lucro, os patrões tiram proveito do enfraquecimento do poder sindical e da grande quantidade de mão-de-obra excedente (desempregado ou subempregado) para impor regimes e contratos de trabalho mais flexíveis. (HARVEY, 2001, p.143).

As crescentes tendências tecnológicas aumentam relativamente as funções técnicas e requerem menos esforço físico; contudo, enquanto cresce a capacidade produtiva, cresce também o desemprego, devido à substituição dos homens por máquinas no processo produtivo.

Crescem as influências tecnológicas e, juntamente com ela, a escassez de empregos, pois, com o processo de globalização, as oportunidades de empregos são reduzidas pelo fato de o trabalhador não acompanhar as novas tendências, devido à falta de investimentos para a qualificação exigida pelas novas demandas

do mercado. Essa desvalorização do trabalho humano vem crescendo a cada dia e, com ela, as desigualdades, o desemprego, o desrespeito e a violação dos direitos sociais e trabalhistas.

Para obter o mínimo necessário a sobrevivência e, às vezes, nem para isso, o trabalhador se expõe a um trabalho insalubre e injusto no aspecto salarial, pois, com o grande exército de reserva à espera de oportunidade, os donos do capital tendem a se beneficiar de tal condição para desvalorizar a mão-de-obra. Este contexto leva à reflexão de que, com o predomínio da informática, globalização e novas tecnologias fazendo crescer a competitividade e a desigualdade, o trabalhador precisa dispor de recursos para competir diante das exigências do mercado econômico, na busca de uma condição de vida melhor e na garantia estável de seus bens.

A tecnologia²² surge como um conjunto de conhecimentos que o homem utiliza para propiciar a ele uma rápida satisfação de suas necessidades. Assim, as inovações tecnológicas oferecem recursos benéficos, como nos avanços na medicina, segurança, transporte, praticidade, lazer, conforto, bem-estar e outros, proporcionando melhores condições de vida. Porém, estes recursos precisam ser bem administrados, para que toda a sociedade possa usufruir o lado positivo da globalização. Não há como negar que o mundo vive na batalha nas relações da globalização, enquanto, para alguns, resulta somente em benefícios, para outros, ela causa desigualdade e desvalorização.

Entretanto, para que a tecnologia alcance seu real significado, muito há para ser mudado, iniciando-se pelo acesso de oportunidade de forma justa à qualificação e à adequação de mão-de-obra, como treinamento ou escolaridade técnica e o acesso ao trabalho.

A globalização segue seu curso, alterando substancialmente a divisão internacional do trabalho. Em virtude deste fenômeno, grandes cidades alteram suas formas de encarar a questão de trabalho, indo da adoção de amplos direitos trabalhistas e considerável desenvolvimento legislativo na questão do trabalho, para condições em que a mão-de-obra possui valor reduzido, os direitos e benefícios trabalhistas e/ou sociais se mostram precariamente desenvolvidos. A citada situação torna-se aceita segundo a ótica capitalista neoliberal preponderante e oportuniza a

²² O uso das tecnologias em saúde será discutido no decorrer do III Capítulo – Doença Renal Crônica e suas Particularidades no Processo de Trabalho do Assistente Social.

fragilização dos direitos arduamente conseguidos, o desvio dos capitais, o reforço e a perpetuação das leis precárias, a despolitização e ausência dos verdadeiros direitos sociais, inclusive os trabalhistas.

Portanto, com as diversas inovações tecnológicas e o processo de globalização, verifica-se que os impactos estão deteriorando progressivamente o cotidiano daqueles que carecem da venda de sua força de trabalho. Diante disso, a informalidade no mercado de trabalho se torna ostensiva, caracterizada pela funcionalidade e dependência do capital para garantir sua manutenção.

Tratava-se, basicamente, dos trabalhadores artesanais, dos autônomos no comércio de mercadorias (ambulantes) e na prestação de serviços pessoais, nas atividades domésticas remuneradas e nos trabalhadores de indústria a domicílio. (LESBAUPIN, 2000, p. 31).

E, ainda, para se obter um maior conhecimento da dimensão deste impacto:

Mais da metade da força de trabalho está inserida no setor informal. A PNAD²³ permite identificar um crescimento de 38,3% para 44,1% na informalidade metropolitana, no período de 1992 e 2004. A combinação desses 58,5% para 54,6% nas áreas não-metropolitanas. A combinação desses movimentos assegurou uma estabilidade da informalidade do mercado como um todo e, mais recentemente, acarretou uma ligeira tendência de redução – em 1992 o percentual de informalidade era de 51,9%; cresceu para 53% em 1998; caiu para 51,7% em 2003 e continuou caindo, para 51,2% em 2004. (IPEA, 2004, p.11).

Diversos impactos no cotidiano dos trabalhadores levam a essa condição, desde aqueles que buscam liberdade, autonomia e lucro, até aqueles que não possuem outra opção ao ser-lhes negada a inclusão no mercado formal de trabalho, por diversos motivos, tais como: pouca qualificação, exploração da força de trabalho, concorrência, dentre outros, restando-lhes somente, atuar no mercado informal de trabalho. Assim, “[...] com renúncia plena do emprego, este contingente de trabalhadores sem trabalho fica entregue á própria sorte, desprovido de alternativas e de uma rede de proteção social”. (TAVARES, 2004, p.36).

Um intento de solução ao desemprego alarmante, apontada por muitos, seria o da flexibilização do trabalho, com mudanças das leis trabalhistas. Essa nova exigência do mercado, não obstante, é cerceada por muitas críticas e controvérsias.

²³ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD).

Aqueles que argumentam em prol da flexibilização apontam, por exemplo, para um aumento da oferta de empregos, com queda nos custos para os empregadores e cumprimento de leis ambientais com maior facilidade. Os que criticam a adoção dessa nova postura mercadológica no trabalho enfatizam o temor da perda de direitos trabalhistas arduamente adquiridos em décadas de lutas.

Nesse sentido, esse temor se expressa quanto ao medo da perda dos direitos trabalhistas e previdenciários, que em muitos casos levam o trabalhador a receber o auxílio-doença e simultaneamente a se submeter a outras formas de trabalho, para complementar a renda, meio de sobrevivência.

Depois que fiquei doente, eu tentei voltar a trabalhar mais o dono da empresa teve medo também, porque poderia complicar pra gente e pra ele, então ele não aceita. (S3)

[...] trabalhar assim eu não posso mais, pelo fato de eu estar afastado, pelo fato de eu está recebendo do INSS, então eu tenho que trabalhar assim tipo por conta, tenho que fazer alguma coisa também que me ajude, é trabalhar assim registrado eu não posso trabalhar mais, então, eu tenho que fazer algo assim, que ao mesmo tempo não venha prejudicar a minha saúde e que eu tenha uma renda, que dê pra me manter, eu trabalho com vendas, trabalho como garçom, trabalho como *barman*, entendeu é um tipo de trabalho que eu posso trabalhar como *free lancer*, não preciso ficar preso a um trabalho, há um horário, então eu prefiro trabalhar como *free lancer*, porque não me prende, trabalho nenhum, trabalho hora que eu quero, no dia que eu quero, então eu não fico preso no padrão. (S5)

Os entrevistados relataram receber o benefício Auxílio-Doença e devido à redução no valor do repasse feito pela Previdência Social, apesar da condição da doença renal, precisam submeter-se ao trabalho informal para complementar a renda, agora corroída pelo processo contraditório da relação capital-trabalho. Os pacientes temem ainda a perda do direito de adquirir de forma contributiva, “restando-lhes apenas uma pequena fatia deste bolo”.

[...] intensificaram-se as transformações no próprio processo produtivo, por meio do avanço tecnológico, da constituição das formas de acumulação flexível, do *downsinzing*, dos modelos alternativos ao binômio taylorista/fordismo. [...] Essas transformações, por um lado, da própria concorrência intercapitalista e, por outro, dada pela necessidade de controlar o mundo do trabalho, acabaram por afetar fortemente a classe trabalhadora (ANTUNES, 2003, p.168-169)

A flexibilização nas relações de trabalho, em diversas formas, como nos termos da contratação, tempo de serviço, de local, provocam a exploração da força de trabalho. Pode-se, gramaticamente, dizer que a origem da palavra “flexibilização”, parte do conceito de “[...] qualidade de ser flexível e, ainda, elasticidade, destreza, agilidade, flexão, flexura, facilidade de ser manejado, maleabilidade, bem como a palavra flexibilizar, definido como o ato de tornar flexível” (FERREIRA, 1986, p.635).

Portanto, associando flexibilização ao mercado de trabalho tem-se por conseqüência o agravamento das reduções dos direitos do trabalhador e a restrição, seguida da eliminação das conquistas trabalhistas. Enfim, é um pretexto, tanto para o Estado, quanto para os donos do capital, pois trata-se de uma forma de o Estado se ausentar em fazer cumprir as Leis Trabalhistas e os donos do capital determinarem o aumento de produtividade do trabalho direcionado às classes trabalhadoras, de forma a aproveitar a realidade instituída de um grande exército de reserva para poucas vagas de emprego, em busca de um trabalhador “faz tudo”²⁴, ofertando condições mínimas de direito beneficiando-se de um mão-de-obra extremamente barata, visando somente lucro do empregador.

Seguindo essa tendência flexibilizadora do trabalho, muitos sindicatos vêm se omitindo e não lutando por novas aquisições de direitos, contendo-se na manutenção de seu emprego, com, inclusive, a concordância de perder direitos adquiridos em muito tempo de reivindicação. A preocupação das indústrias e empresas, de forma geral, é claramente seguir a ordem capitalista de acumulação de capital e ocupar-se o mínimo possível com encargos e custos, mas enfatizando tal redução na área trabalhista, talvez pela fragilidade em que se encontram as organizações deste setor.

A forma *downsizing*²⁵, revelada na citação de Ricardo Antunes, é no sentido de eliminação da burocracia no momento da contratação, através de um planejamento estratégico, realizado pela empresa, em prol de uma organização. Em seu contexto, se apresenta de forma a realizar uma transformação na estrutura organizacional, visando à redução de custos, tendo, por conseqüência, o processo

²⁴ Quando mencionada ao termo trabalhador “faz tudo”, seria no sentido de demonstrar que a flexibilidade atual está intimamente ligada à aquele trabalhador que no intuito de garantir sua subsistência aceita realizar diversos trabalhos, estendendo à aqueles que não faz parte de suas funções.

²⁵ *Downsizing* na língua portuguesa é o mesmo que achatamento. (FERREIRA, 1986).

de demissões dos trabalhadores, aproveitando da mão-de-obra dos que restaram para cumprir a função dos que foram demitidos, transformando-os em flexíveis.

O trabalho é um instrumento de dominação e transformação da natureza, destinado a contribuir para a felicidade de todos e não apenas para o favorecimento de alguns. Por isso, as relações de trabalho reguladas pelo direito, dele devem fazer um instrumento a serviço da dignidade do homem e não o meio de regular um mecanismo ou um organismo de que o ser humano participe apenas como peça ou como célula (COSTA, 1998, p. 133).

Conforme o entendimento do citado autor pode-se observar a necessidade humana de ter acesso a condições dignas de ambiente de trabalho, remuneração, que propiciem satisfação de ambas as partes, empregado e empregador, com respeito à integridade física e moral.

Porém, na contemporaneidade, o que se nota é uma condição unilateral regida pelo mercado capitalista, que, em grande escala, implica a falta de estabilidade no emprego, altas jornadas de trabalho sem recompensas como horas extras, implicações na saúde do trabalhador, dentre outras. Além deste contexto, podemos salientar, como exemplo, a viabilização de alguns chamados “benefícios” como cestas básicas para aqueles funcionários que não tiveram faltas e nem atrasos durante o decorrer do mês. Esta é uma das medidas compensatórias que têm por objetivo a dominação e controle da classe homogênea propagada em relação à classe trabalhadora, para alcançar maior nível de produção e, conseqüentemente, maiores lucros.

Nesse sentido, desregulamentação, flexibilização, terceirização, *downsizing*, ‘empresa enxuta’, bem como todo esse receituário que se esparrama pelo ‘mundo empresarial’, são expressões de uma lógica societal onde se tem a prevalência do capital sobre a força humana de trabalho, que é considerada somente na exata medida em que é imprescindível para a reprodução desse mesmo capital. Isso porque capital pode diminuir o trabalho vivo, mais não pode eliminá-lo. Pode intensificar sua utilização, pode precarizá-lo e mesmo desempregar parcelas imensas, mas não pode extingui-lo. (ANTUNES, 2003, p. 171).

Portanto, o trabalhador encontra-se diante de um processo desgastante, que deixa explícito que se não aceitar as condições, outro aceitará; tal sistema produz e reproduz desregulamentações no âmbito do trabalho, colocando o trabalhador como objetivo e não como sujeito de direitos. Assim, é impossível determinar novos

direitos, sendo que nem os já determinados estão sendo eficientes na sua concretização, sendo este um problema “[...] fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-lo, mas de protegê-los. Trata-se de um problema não filosófico, mas político.” (BOBBIO, 1992, p. 24).

Em decorrência destes processos, sobrevém a terceirização, um conceito moderno nos modos de produção, com o intuito de aprimorar novas estratégias do mercado mundial, implantado tanto na esfera pública, quanto na privada. Seu objetivo principal parte do conceito de oferecer serviços eficazes com redução de custos. Transfere serviços para terceiros especialistas, transferindo alguma produção, até então gerada pela venda da força do trabalhador, para pessoas físicas ou jurídicas que disponibilizam serviços sem vínculo empregatício, à disposição da empresa contratante. É uma forma mascarada de produzir o desemprego.

A partir da década de 1990, diante das transformações sócio-econômicas, surge a idéia de responsabilidade social, porém, recentemente é que as empresas brasileiras deram maior destaque a esta implementação da prática da responsabilidade social, adotando uma postura mais responsável no cumprimento dos deveres e obrigações dos indivíduos e empresas para com a sociedade em geral. Entretanto, esta prática não beneficia somente a inclusão e o bem-estar social, pois melhora a visibilidade da empresa e, conseqüentemente, gera maiores lucros. A responsabilidade social é incorporada nas empresas por meio de ações em prol da educação, saúde, economia, moradia, transporte, meio ambiente, dentre outras, se consubstanciando no conjunto de estratégias a favor do resgate da qualidade de vida para todos na sociedade. E, neste contexto, a responsabilidade social pode ser definida:

[...] como o compromisso que uma organização deve ter para com a sociedade, expresso por meio de atos e atitudes que a afetam positivamente, de modo amplo, ou a alguma comunidade, de modo específico, agindo proativamente e coerentemente no que tange a seu papel específico na sociedade e sua prestação de contas para com ela. (ASHLEY; QUEIROZ; SOUZA, 2002, p. 6-7).

Em consonância com esta afirmativa, presencia-se outra contribuição importante, a responsabilidade sócio-ambiental, com o objetivo de prover ações com o propósito de conservação ambiental. Para esta medida, adotam-se ações como inclusão digital e social, educação ambiental, coleta seletiva de lixo, reciclagem,

investimento em propagandas em prol da conscientização da sociedade para estas novas tendências, dentre outras.

Esse primado da racionalidade econômica pressupõe a transformação das outras racionalidades. Por isso, precisamos transitar da velha para uma nova ciência; do velho método científico para um novo método; do velho rigor científico para um novo rigor; da democracia político-formal para a democracia sócio-real; da ciência econômica tradicional para a ciência econômico-ecológica; do velho progresso para um novo progresso; do velho socialismo-real para um novo socialismo-democrático; do velho desenvolvimento para o ecodesenvolvimento; do desenvolvimento econômico para o desenvolvimento sustentável. (BECKER, 2001, p. 61).

Com a crescente globalização, surge a consciência sócio-ambiental, que ocorre a partir do momento em que se pensa não somente no lado econômico de acumulação capitalista, e sim, quando se tem a consciência de uma melhor qualidade de vida, visando à conservação cultural e social da população. Enfim, é quando se dá a importância ao ambiente em que vivemos, considerando o homem, e principalmente a classe trabalhadora, os mais prejudicados neste aspecto, sendo necessário apresentar alternativa que tratem da questão ambiental não apenas superficialmente, mas analisando as consequências da sua não-preservação em toda a sociedade.

[...] como é a vida econômica que confere às nossas sociedades sua marca e sua estrutura, as empresas têm uma imensa responsabilidade cultural ética, cujo elemento essencial se encontra numa sociedade mais humana – uma sociedade que tenha consciência de que os valores éticos são os valores mais elevados (LEISINGER; SCHIMITT, 2001, p.183).

Esta consciência ambiental surge com o intuito de provocar os cidadãos no sentido de que se preocupem com os danos gerados pelo denso e freqüente uso dos recursos naturais de maneira indevida, afetando, atingindo todas as classes sociais. Assim, os donos do capital, ao perceberem esta tendência societária no cumprimento da legislação ambiental, buscam regra e programas que preservem o os recurso ambientais e inibam a degradação ambiental geradas pelo sistema capitalista associado ao consumismo. Na conjuntura atual, diversos impactos influenciam e repercutem o processo de trabalho, em que predomina o capital, coagindo a forma humana de trabalho.

A sociedade contemporânea, particularmente, nas últimas duas décadas, presenciou fortes transformações. O neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível, dotados de forte caráter destrutivo, tem acarretado, entre tantos aspectos nefastos, um monumental desemprego, uma enorme precarização do trabalho e uma degradação crescente na relação metabólica entre homem e natureza, conduzida pela lógica societal voltada prioritariamente para a produção de mercadorias, que destrói o meio ambiente em escala globalizada. (ANTUNES, 2003, p.165).

Outro aspecto a ser destacado nas transformações do mundo do trabalho é que a produção, nos dias atuais, vive um momento marcado pela busca da qualidade e excelência na produção e oferta de serviços que, necessariamente, requer mão-de-obra altamente preparada e qualificada. Nos países e regiões onde a preparação dos trabalhadores e, ou a educação, de forma geral, ainda encontra-se pouco ou precariamente desenvolvida, a questão do desemprego torna-se mais grave. Terão maiores chances os que conseguirem melhor formação profissional e educacional. O que evidencia, sobremaneira, a necessidade de investimento no setor da educação, levando a uma melhor qualificação profissional. Todos estes princípios adotados, que desregulam a força de trabalho, fazem com que, muitas vezes, nem as necessidades básicas de sobrevivência sejam supridas.

Todo esse panorama se agrava quando tratamos de setores culturalmente excluídos da sociedade, como no caso das pessoas com insuficiência renal, que são discriminadas, estigmatizadas, excluídas do mercado formal de trabalho, pois a venda de sua força de trabalho não é totalmente aceita na sociedade, inclusive, para os donos do capital, por decorrência de certas limitações que as mesmas apresentam em razão da patologia. O mercado é claramente excludente por si só: ele elege o mais preparado, o mais eficiente, o mais saudável.

Como a Lei de Darwin para a seleção de espécies mais “aptas”. Uma analogia perfeita, caso não estivéssemos falando de seres humanos excluídos, marginalizados socialmente e sem efetivar sua identidade social e pessoal. Dentre estes, situam-se as pessoas com insuficiência renal crônica.

As pessoas com insuficiência renal crônica não perde sua cidadania, evidenciada em direitos e deveres, por possuir limitações em um dos órgãos de seu corpo. Esta pessoa deve tentar manter-se ativa e participativa na construção da sociedade, não se limitando ou sendo limitada pela sociedade ao recorrer ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Um exemplo são aqueles sujeitos que

recorrem ao Auxílio-Doença têm sua renda drasticamente reduzida limitando a suas condições de vida.

[...] minha situação econômica é ruim, antes ganhava bem, depois deixei de trabalhar e aí as coisas pioraram muito, o poder aquisitivo de compra, caiu bastante mesmo. Porque para quem ganhava dois salários e meio, passei a ganhar um salário seco, caiu mais da metade. [...] aí a vida fica difícil, minha esposa está ajudando, se ela não estivesse trabalhando, nós íamos passar fome, porque eu tenho três crianças em casa, pago aluguel, água, luz, todas as contas, é só com dinheiro do INSS é muito pouco, é um salário seco, não dá para comprar nada, só o necessário. (S2)

Hoje a minha condição sócio-econômica está muito assim, muito precária, porque eu tinha uma renda de quase R\$1.300,00 reais por mês, hoje eu estou recebendo R\$ 430,00 reais, então fiquei muito prejudicada, minha situação é precária mesmo. (S4)

A redução da renda mensal do trabalhador após recorrer ao Auxílio-Doença, conforme análise da pesquisa é um dos fatores que expõe o trabalhador a uma situação de vulnerabilidade, atingindo sua individualidade e sua família, pois limita as condições de sobrevivência, restringindo o acesso aos bens, produtos e serviços essenciais à vida. Este conseqüentemente é um dos impactos isto sem sua nova condição de pessoa com doença crônica, dependente de tratamento para sobreviver e de mudanças que, como em um ciclo perverso, acabam por condicionar cada vez mais suas condições de vida.

Assim, diante das mudanças no mundo do trabalho, da reestruturação produtiva e da precarização das relações trabalhistas, o homem fica sujeito às determinações impostas das relações de produção que ditam as relações sociais quanto ao modo de viver, de pensar e de sentir. Logo, tais determinações também estabelecem as condicionalidades para o processo saúde-doença.

1.4 Os Determinantes na Saúde da Classe Trabalhadora

Ao longo da história da saúde obtiveram-se conquistas importantes e uma delas são os determinantes sociais da saúde que serão abordados através de um breve resgate histórico, ou seja, tratar-se-á do surgimento e do seu objetivo na sociedade, principalmente na saúde.

Para tanto, não será considerado somente o aspecto biológico, mas todo o contexto em que o indivíduo está inserido, os cuidados com a saúde e doença que estão ligados diretamente aos aspectos sociais, econômicos e culturais da região e do país, demonstrando que o indivíduo fica exposto a fatores de risco e de proteção, ou seja, as iniquidades em saúde atingem as condições de vida de cada grupo e indivíduo.

No entanto, Segundo Irwin; Scarli (2005) ressaltam que a discussão sobre os determinantes sociais teve início no século XIX, onde já se pensava que a ciência médica e ciência social não poderiam ser analisadas isoladamente, pois a estrutura social (sociedade) influencia na relação saúde/doença do indivíduo. Nota-se, portanto, que o conceito de saúde estava muito além do biológico ou fisiológico, partindo de uma saúde pública que envolve a dimensão política, conduzida a novos significados.

Nesse mesmo período, utilizava-se da teoria miasmática²⁶ para esclarecer e solucionar os problemas de saúde que ocorreram com a crescente urbanização, pois os indivíduos moravam próximos às indústrias, em condições extremamente precárias. Em consequência surgiram e proliferaram as doenças endêmicas. Para solucionar tal questão, pretendia-se a higienização do espaço por meio da eliminação dos pobres, conforme o naturalismo médico e por meio de sua cientificidade incipiente. É quando os estudos de Pasteur vem acrescentar novos elementos a essa discussão:

As descobertas bacteriológicas de Pasteur, que representaram um avanço fundamental no conhecimento biológico das infecções, contribuíram para apagar qualquer diferenciação dos corpos. A leitura naturalista se impôs como razão triunfante, legitimando com sua universalidade as práticas de medicalização. Assim, a saúde pública encontrou definitivamente seu solo fundador na biologia, perdendo e qualquer medida que relativizasse seus dispositivos e permitisse considerar a especificidade social das comunidades sobre as quais incide. (REIS, 2006, p.39).

Como podemos perceber a descoberta de Pasteur fortaleceu a idéia naturalista em que a doença e a saúde teriam que ser tratadas somente com a

²⁶ Miasma, termo grego, no sentido estrito da palavra quer dizer emanções dos pântanos, e colocada pelos médicos antigos como causa de doenças. Entretanto, Hahnemann a usou como um *land mark* (pedra fundamental), para melhor entendimento da sua doutrina e das doenças. (MIASMAS, online).

prática de medicalização, desconsiderando os aspectos sociais e estruturais, ou seja, a totalidade em que o ser humano está inserido.

No entanto, realizou-se em 1972, no Equador, o Seminário de Cuenca, com a participação de cientistas sociais e médicos, tendo como finalidade central debater um modelo de atenção à saúde considerando o contexto social e a sua relação da saúde e da doença.

A elaboração deste modelo de atenção de saúde teria que ultrapassar a concepção de saúde da medicina empírica, modelo até então predominante. Essa concepção Flexneriana²⁷ de saúde ocorreu no período de 1910 a 1930 e, segundo os princípios e relatórios de Flexner, preconizava-se o fortalecimento da pesquisa biológica, reforçando a cientificidade da profissão, desestimulando o empirismo.

Esse paradigma ficou marcado pelos aspectos mecanicista, ou seja, o corpo humano era analisado como uma máquina: biologismo que trata das causas e conseqüências das doenças; individualismo, pois o indivíduo desconsiderando a coletividade; especialização, que trata da cura e do diagnóstico.

Na Conferência de Alma-Ata em 1948, a discussão predominou a respeito dos determinantes sociais e tornou-se um marco para a saúde pública. Com a Declaração de Alma-Ata, surgiu a Atenção Primária à Saúde e sua proposta seria uma saúde básica, ou seja, o primeiro contato com as necessidades do indivíduo; família e comunidade, então, desenvolveram um trabalho direto com a sociedade.

Assim haveria o envolvimento para o combate aos determinantes sociais e ambientais de saúde e o protocolo recomendado pela referida Declaração previa a participação em níveis nacional e internacional em todos os aspectos que envolvessem a vida dos sujeitos.

Ainda na década de 1980, havia vestígios da saúde enquanto bem privado. Entretanto, na reunião de países que participam das Organizações das Nações Unidas em 2000, foi retomada a discussão sobre os determinantes sociais, sendo propostas oito metas do milênio para melhorar a qualidade de vida, por intermédio de medidas paliativas na tentativa de minimizar os problemas sociais. Tais metas foram avaliadas e coordenadas pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

²⁷ Concepção que norteava a medicina científica, superando o caráter empírico, nome dado em homenagem ao educador Abraham Flexner.

A partir dessas metas e com o aumento das iniquidades de saúde nas relações sociais, percebe-se um avanço nas pesquisas relacionadas aos determinantes sociais a nível nacional, bem como internacional, sobre a organização e a situação da sociedade.

De acordo com autora Reis (2006) há três tipos de gerações que podem ser identificadas em suas pesquisas, acerca das iniquidades. A primeira geração discute as relações de saúde e pobreza; a segunda coloca graus de saúde com os vários critérios de estratificação sócio-econômica; a terceira geração volta-se para a análise dos mecanismos que produzem as iniquidades.

No ano de 2004, essa temática teve repercussão durante a realização da Assembléia Mundial de Saúde, com o apoio do diretor geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Sr. Lee Jong Wook, que propôs uma comissão para elaboração de políticas públicas que buscassem melhorias para a questão da saúde e amenizassem as iniquidades de saúde. Logo após, surgiu a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDSS) que visa uma saúde igualitária e busca o fortalecimento dos determinantes sociais.

A partir deste processo de mobilização em relação à saúde, no ano de 2005 alguns países se reuniram na Organização Pan Americana da Saúde e apresentaram uma proposta à Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDSS) pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Secretaria da Vigilância em Saúde do Ministério de Saúde definiram ações para enfrentamento das iniquidades de saúde no Brasil.

Em 2006, o país cria a Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS) e, a partir do conhecimento da realidade social brasileira, teve como desafio o desenvolvimento de pesquisas sobre determinantes sociais em saúde para serem implantadas nas políticas públicas nesta área.

Dessa forma, constata-se que os determinantes sociais em saúde são as condições em que os indivíduos vivem, onde a saúde e a doença são diretamente influenciadas pelo contexto social. E isso significa que é relevante considerar as relações de produção e reprodução, os aspectos econômicos, culturais em que o sujeito está inserido para entender como isso afeta a sua vida.

Assim, um bom governo é obrigado a realizar ações sobre os determinantes sociais para garantir a igualdade de possibilidades de saúde, evitando as condições sociais que limitam a capacidade de saúde de algumas pessoas em uma sociedade e criam desigualdades na oportunidade dessas pessoas exercerem sua liberdade [...]. (REIS, 2006, p. 43).

Nos últimos anos, vários modelos foram elaborados para demonstrar a eficácia dos mecanismos dos determinantes sociais em saúde e como estes influenciam nos resultados, servindo para esclarecer os diferentes tipos de determinantes sociais de saúde utilizados como estratégias para ações políticas.

A equipe de Equidade da Organização Mundial de Saúde elaborou um modelo para identificar os determinantes sociais observando-se que são os fatores relacionados à renda e educação, que geram a estratificação social os reflexos intermediários, que provocam a vulnerabilidade, as condições de saúde e de vida (tais como: condição de trabalho, alimentação e outros, e incluem, ainda, também o sistema de saúde em relação ao acesso à saúde e as diferentes exposições e vulnerabilidades sociais).

O surgimento dos determinantes sociais é facilitada a compreensão e a relação dos contextos sociais com saúde, permitindo reflexões acerca de algumas doenças ocasionadas pelo trabalho como um dos aspectos importantes e influenciáveis da vida do indivíduo. Embora algumas doenças não são relacionada à atividade laboral (hipertensão, infarto, doenças coronárias, gastrites, úlceras, neuroses, psicose, asma). Tais patologias, ainda que possam ter suas causas no trabalho, encerram, porém, dificuldade de diagnosticá-las como doenças provenientes do mesmo.

Ao considerar os agravos à saúde dos trabalhadores como expressão da Questão Social, deve-se dizer que se trata de uma questão mais ampla, complexa e social, que não supõe entender apenas as causas em si das ocorrências, mas, sobretudo, o lugar ocupado pelas vítimas, representado pela divisão social da classe e do trabalho, e as relações sociais decorrentes. Envolve também a discussão acerca do desenvolvimento histórico da concepção dos agravos à saúde, especialmente das doenças relacionadas ao trabalho. (LOURENÇO, 2009, p. 233).

Desta maneira, a saúde vem sendo discutida, e em cada período da sua história foi ganhando novas abordagens devido às mudanças e necessidades que ocorriam ao longo do tempo e em relação à classe trabalhadora. Na atualidade as

doenças cardiovasculares como a hipertensão arterial e as doenças coronariana, psicossomáticas e mentais, têm suas causas ligadas diretamente com a organização do trabalho, mas, por se tratar do âmbito subjetivo e de difícil apreensão, o Ministério do Trabalho/Saúde ocupacional não entende como doenças que podem ser desenvolvidas durante a atividade laboral. (LOURENÇO, 2009).

Neste contexto, durante o processo de saúde-doença, ao ser diagnosticada determinada doença, é importante que se tenha conhecimento da vida do indivíduo em especial sobre o seu trabalho e/ou função que estes exercem.

A intervenção médica é importantíssima não apenas para o tratamento da enfermidade, mas também para o estabelecimento do trabalhador, da equipe de saúde, da relação do diagnóstico da patologia com eventual tipo de trabalhador, entre outros. Claro, que os demais profissionais que compõem a equipe, como assistente social, enfermeira, engenheiro, fisioterapeuta, psicóloga, recepcionista, entre outros, também têm papel primordial e devem estar atentos para fazer essa relação entre o problema de saúde e a ocupação exercida. (LOURENÇO, 2009, p. 238).

No entanto, para que isso seja possível os profissionais da área da saúde precisam reconhecer os agravos das doenças e a sua relação com o trabalho e, para que isso seja fortalecido na sociedade, torna-se necessário a capacitação permanente e os reflexos desta sobre a sua atuação para que promova condições para fazer um diagnóstico mais preciso.

Tais situações se comparadas em análise com as falas dos entrevistados, apontam como referência o espaço de trabalho, como aquele em que os primeiros sintomas emergiam, conforme ilustrado a seguir:

[...] eu estava trabalhando e de repente me deu uma dor no peito, aí me internaram no hospital, e foi que fizeram os exames e descobriu [...] (S2)

Quando eu soube, eu estava trabalhando, trabalhava na UTI infantil do [...], aí meus pés começaram a inchar, aí fui no ginecologista ele pediu alguns exames, aí através do exame de urina de vinte e quatro hora constatou [...] (S4)

Eu estava trabalhando no Estado do Rio de Janeiro, e foi lá que eu tive alguns sintomas, eu descobri a doença, eu estava fora da minha cidade e do meu Estado, eu estava trabalhando no Rio, eu retornei para continuar o tratamento aqui. (S6)

Não temos como comprovar se o exercício profissional possa ter colaborado com o surgimento da doença, mas diante dos estudos o trabalho pode exercer determinações que influencia no processo de saúde doença. Devendo se estabelecer uma relação que necessitam de investigação, considerando a complexidade de relações.

A partir dessa nova forma de visualizar a situação do usuário, é importante o resgate do atendimento humanizado, pois os usuários são vistos mais como um objeto de uso ou de trabalho da equipe. É por meio dessas ocorrências que se percebe as conseqüências das transformações do mundo do trabalho que deixa marcas às vezes irreversíveis no corpo e na mente do indivíduo.

No entanto, nota-se que o indivíduo que está doente, é estigmatizado pela sociedade por ter sua capacidade produtiva reduzida em decorrência da doença, dessa maneira, os fatores que desencadearam a mesma passam a ser analisados como um problema individual, desconsiderando as relações sociais e os processos de trabalho que exercem importante papel na saúde dos trabalhadores.

A partir da análise dos determinantes sociais, torna-se possível resgatar uma das hipóteses deste estudo sobre quais os determinantes do trabalho que incidem sobre o processo de saúde-doença da pessoa com insuficiência renal.

A partir das falas dos sujeitos, os relatos remetem a relação do processo saúde doenças com as condições de trabalho que vivenciam os sujeitos, porém não temos como comprovar se o exercício profissional pode colaborar com o surgimento da doença. Porém, diante dos estudos sobre o “trabalho”, este sabe-se que as questões subjetivas e objetivas presentes nos processos de trabalho podem exercer determinações que influenciam nas condições de saúde da classe trabalhadora. Devendo se estabelecer uma relação que necessita de investigação, considerando a complexidade em que se estabelecem as relações sociais que no cotidiano da vida do trabalhador.

CAPÍTULO II

POLÍTICAS SOCIAIS E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DESAFIOS DE ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS

No decorrer deste capítulo abordar-se-á a discussão do acesso aos direitos sociais dos usuários em hemodiálise, considerando que o estudo das políticas de âmbito social torna-se necessário para a compreensão do impacto social da hemodiálise para classe trabalhadora. Uma das principais estratégias de intervenção do profissional do Serviço Social sobre a questão social são as políticas sociais. Pois, é por meio destas que são realizadas as intervenções profissionais e as estratégias para defrontar as políticas de ajuste neoliberal que estimulam a exclusão social.

Com a ampliação das necessidades sociais da população, esta recorre aos serviços públicos para ter concretizados seus direitos, garantidos na legislação do Estado, todavia, priorizando grupos específicos com investimentos, perpetrando a população violências como a fome, a miséria e a exclusão social.

[...] o predomínio do capital fetiche conduz à banalização do humano, à descartabilidade e indiferença perante o outro, o que se encontra na raiz das novas configurações da *questão social* na era das finanças. Nessa perspectiva, a *questão social* é mais do que as expressões da pobreza, miséria e “exclusão”. Condensa a banalização do humano, que atesta a radicalidade da alienação e a invisibilidade do trabalho social – e dos sujeitos que o realizam – na era do capital fetiche. (IAMAMOTO, 2008, p.125).

Assim, o Estado alia-se à ideologia, reforçando no indivíduo (novas) necessidades, passíveis de serem satisfeitas por meio do poder do capital, ainda que estas demandas sejam reconhecidas como direito. Neste processo o indivíduo é objeto de exploração, de mais valia e suas condições de sujeito social são atrofiadas, impossibilitando-lhe de exercer a cidadania legitimada pela participação democrática.

2.1 Da Questão Social às Políticas Sociais no Brasil

Tratar do campo das políticas sociais torna-se importante no contexto do trabalho do Assistente Social, visto que sua trajetória histórica está atrelada à institucionalização da profissão no Brasil. Neste cenário, destaca-se a influência dos

movimentos de ascensão do capitalismo, a Revolução Industrial, das lutas de classes e das intervenções do Estado.

Sua origem é comumente relacionada aos movimentos de massa social-democratas e ao estabelecimento dos Estados-Nação na Europa ocidental no final do século XIX (PIERSON, 1991), mas sua generalização situa-se na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, em especial na sua fase tardia, após a Segunda Guerra Mundial (pós-1945). (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 47).

A ordem social se tornava primordial para o bom desenvolvimento da sociedade pré-capitalista, aliando-se a esse processo, surgiram como forma de caridade algumas ações filantrópicas, marcando o início da política social.

Neste período surgem as legislações do âmbito trabalhistas se traduzia em manter a “ordem” diante dos trabalhadores e impedir que ocorresse um processo de mobilização desta classe que dependia do trabalho para sobreviver.

O século XIX até a terceira década do século XX é marcado pelo liberalismo, onde o trabalho é considerado como mercadoria, tornando-se regulado pelo mercado. O Estado no liberalismo é considerado como mínimo, devendo fornecer apenas a base legal para que o mercado livre possa maximizar os benefícios dos homens. Neste sentido prioriza que cada indivíduo tenha em si o desejo natural de melhorar suas condições de vida, sendo assim, contribuindo para o bem-estar coletivo. (BEHRING, 2000).

A burguesia se desenvolverá no aspecto econômico e continuará com os princípios do liberalismo do mercado de trabalho e privatização com relação a compra da força de trabalho e somente que irá interessá-la. Sua progressão será muito grande e a questão social ficará mais uma vez para o segundo plano, a classe dominante evitará através da contenção qualquer movimentação contrária aos seus objetivos, entrando em confronto com o sindicalismo.

No entanto com as manifestações da classe trabalhadora no final do século XIX e início do século XX têm uma importância para mudança do Estado Liberal, se voltaram para a emancipação humana, na divisão de riquezas e, sobretudo, na reivindicação por direitos políticos, como o direito de votar.

Por outro lado, verifica-se a existência de uma política assistencialista que se acelera a partir dos movimentos sociais do primeiro pós-guerra. As obras de benemerência eram pouco comuns entre os empresários, a maioria das grandes

empresas propiciava a seus empregados alguns serviços assistenciais, como: assistência médica, caixa de auxílio mútuo, vilas operárias, creches, ambulatórios, escolas e outros. Estes benefícios eram condicionados ao bom comportamento diante de greves e a uma vida pessoal exemplar, práticas de cunho paternalista e benemerente, que buscavam aliar o controle social ao aumento da produtividade e da exploração.

As práticas assistencialistas e paternalistas tornaram-se necessárias, como forma de submeter os assistidos a dominação, dependência, estabelecendo um liame de gratidão em face da atenção recebida, enfraquecendo a noção de direitos e a própria mobilização na luta em prol dos mesmos. Tais ações legitimam o autoritarismo, o favoritismo, promovendo as desigualdades sociais, econômicas e políticas, prevalecendo, assim, as relações do poder e a falta impressão de proteção, restringindo a liberdade desses indivíduos.

No Brasil, o surgimento da política social resultou da evolução do capitalismo e, anteriormente à década de 1930, configuram-se como estratégias emergencialistas e fragmentadas. Tais condições perduraram sem significativas mudanças até a década de 1980, com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Neste período, a assistência social passa a ter mais visibilidade pela esfera governamental, visto que dispõe sobre a reafirmação das liberdades democráticas, afirmação dos direitos sociais, enfim, dos direitos dos cidadãos numa totalidade.

Porém, a efetivação dos direitos não ocorre de forma idêntica àquela descrita na Constituição, pois o índice nacional de desigualdade na distribuição de riqueza é significativamente alto, agravando a vulnerabilidade social, acarretando aumento da violência, da pobreza, da insuficiência de serviços de saúde de qualidade, do desemprego e de vários outros fatores que comprometem a concretização dos direitos da população.

Com ênfase a assistência social passa a ter tal notoriedade e especial atenção visto que com a Constituição Federal ela se junta à saúde e previdência social, onde o cidadão que antes ficava à margem da proteção social, agora passa a ter garantidos tais direitos e também obrigando o Estado a prover ou constituir meios para que o cidadão tenha acesso a esses, não ficando à margem da sociedade (PEREIRA, 1996, p. 88).

Constituição Federal de 1988 significou uma ampliação do processo democrático do Estado Brasileiro, pois, através dos movimentos sociais, a formação e a efetivação dos direitos dos cidadãos tiveram maior visibilidade estatal.

As lutas trabalhistas repercutiram também na reforma do Estado na década de 1990, podendo-se enfatizar que o capital teve um crescimento significativo com a reforma, mas ao lado deste, os trabalhadores conquistaram proteção no âmbito trabalhista.

A Política Social no Brasil apresenta um período contraditório, ostentando de um lado aspectos de inovação legislativa e, do outro, a consolidação do conservadorismo quanto à efetivação dos direitos sociais, ao transferir para sociedade civil a responsabilidade do Estado. Os direitos sociais devem ser norteados pelo trinômio do ideário neoliberal para as políticas sociais: a privatização, a focalização e a descentralização.

Segundo os autores Behring; Boschetti, (2006, p.155), para se efetivar a política social, em conformidade com o previsto pela da Constituição Federal, será necessário considerar os princípios da universalidade, da uniformidade, da equivalência, da seletividade, da distributividade, da irredutibilidade, da diversidade, da democracia e da descentralização.

Atualmente, a Política de Assistência Social encontra-se fragmentada diante das ações propostas ao público alvo, pois suas bases estão fundadas no clientelismo e é consolidada através de programas de transferência de renda, de caráter compensatório. O programa de transferência de renda foi instituído em 2004 pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), representando alteração e avanço neste aspecto. Mediante análise da fala dos sujeitos entrevistados, prevalece a forma fragmentada e excludente das políticas sociais, como é possível observar no relato a seguir exposto:

[...] se vê que agora até precisei conseguir o passe livre, essas coisas, para economizar alguma coisa, porque do meu bolso não dá para pagar, não tem dinheiro, é muito pouco o que a gente ganha do INSS [...]. (S2)

Assim, a política social se consubstancia em programas seletivos e compensatórios, que parecem contribuir para produzir a extrema desigualdade, materializada pela exclusão social, considerada como no seguinte conceito, “[...] se traduz em privação: privação do emprego, privação dos meios de participação no

mercado de consumo, privação de bem-estar, privação de direitos, privação de liberdade, privação de esperança”. (MARTINS, 1997, p. 18).

Nesta perspectiva, entende-se que uns são beneficiados, enquanto outros se encontram à margem social. E a partir desta constatação expandem-se significativamente as organizações sem fins lucrativos que compõem o terceiro setor.

Contudo, as políticas sociais podem ser geradas no aspecto político, refletindo formas de o Estado capitalista se legitimar e favorecendo, portanto, a ordem sócio-política vigente. Nesse sentido, o Estado se interessa em regular e controlar os conflitos sociais para que sejam camuflados. As referidas políticas também podem ser geradas no aspecto econômico-político, já que são vistas como formas de reprodução da força de trabalho que beneficiam o acúmulo e valorização do capital. (MONTAÑO, 2007).

As funções que as políticas sociais comportam são divididas em três, operando, todavia, de forma conjunta e entrelaçada.

A Função Social tem como objetivo conceber certa distribuição de riquezas através das políticas sociais, ficando o Estado responsável pelos espaços deixados pelo mercado.

A Função Econômica é concretizada através da transferência de bens, de dinheiro e de bônus, que contribuem para que sejam barateados os custos de produção e os custos de reprodução da força de trabalho.

Já na Função Política as políticas sociais tanto se realizam por meio da prestação de serviços, como geram as formas de aceitação e legitimação da ordem social vigente. (MONTAÑO, 2007).

Portanto, ao abordar a Cidadania no Brasil, tem-se um desafio, já que a mesma percorre um caminho longo, conturbado, contínuo e inacabado. Para compreender esse processo da constituição da cidadania torna-se necessário ressaltar o quadro atual do acesso aos direitos civis, políticos e sociais²⁸.

Os direitos civis são essenciais à vida, à liberdade, à propriedade e à igualdade perante a lei. Eles garantem a escolha do trabalho, o ir e o vir, a liberdade de manifestar o pensamento, a organização, entre outros. São direitos que garantem

²⁸ Carvalho (2002, p. 9) define que cidadania se refere à acessibilidade a direitos civis, políticos e sociais como forma de exercer uma cidadania plena, de maneira que o cidadão pleno seria aquele titular dos três direitos.

que a justiça seja eficiente, independente, barata e acessível a todos os brasileiros. (CARVALHO, 2002).

Porém, esta afirmativa nem sempre reflete a realidade de uma sociedade desigual, onde existe um número significativo de pessoas à margem da sociedade. Isso ocorre, devido à competitividade, à concorrência e à diminuição das oportunidades de emprego, gerando assim, a falta de lugar para todos nomeio social. Na conjuntura de desemprego, o direito de escolher trabalho não é possível de ser efetivado até mesmo para quem dispõe de uma fonte de renda que lhe oportunize maior acessibilidade aos direitos civis.

Os direitos políticos referem-se à participação do indivíduo no governo da sociedade, tanto através do voto como por manifestações populares ou demonstrações políticas. Os direitos políticos fundamentam-se nos partidos e em um parlamento representativo e livre. (CARVALHO, 2002).

Contudo, constata-se que, o direito político, é o mais manipulável dos direitos, pois, ainda persistem as práticas que eram utilizadas na conquista de votos da população brasileira, dentro do paradigma de que o povo aceita a troca de voto pela benesse e pela benevolência desempenhadas nas campanhas políticas. Isso acontece por falta de consciência política e por carência de recursos financeiros, os quais são oferecidos pelos candidatos que continuam prestando favores individuais ao invés de objetivarem a qualidade das políticas públicas.

Já os direitos sociais referem-se à participação do indivíduo na riqueza coletiva que incluem o direito à saúde, à educação, ao trabalho, a um salário digno e à aposentadoria. Esses direitos são os que permitem diminuir as desigualdades vindas do sistema de produção capitalista na qual ocorrerá a intervenção dos Assistentes Sociais. Entretanto, constata-se que as políticas sociais, voltadas para atender esses direitos, ainda são pensadas como estratégias limitadas no tempo, com o objetivo de contribuir para passar o momento de crise, na expectativa de adaptá-las ao novo panorama econômico (CASTEL, 1997). Por isso, as políticas públicas ainda não proporcionam uma transformação efetiva na vida dos brasileiros, apenas continuam ocultando a realidade social.

Constata-se que o período atual é complexo e historicamente determinado. Somente por meio de sua historicidade, é possível entender a complexidade da resignação da cidadania no Brasil. Portanto, os direitos sociais são os mais

dinâmicos e, conseqüentemente, os que mais têm se multiplicado e se especializado (BOBBIO, 1992).

2.2 Política de Saúde: Da Benemerência e Universalização aos Desafios da Consolidação dos Direitos

No contexto da realidade brasileira, a conquista das políticas públicas em saúde pública ganha importância e se atrelam às questões econômicas, políticas, sociais, culturais e governamentais.

Alguns dos direitos da proteção, da promoção e da recuperação da saúde que os cidadãos usufruem hoje são conquistas obtidas após inúmeros movimentos sociais na área da saúde, tais como: lutas, passeatas, associações, que culminaram na VIII Conferência Nacional de Saúde. Este movimento iniciou o caminho percorrido pelas melhorias na saúde nacional até os dias atuais.

Somente após a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946, vinculada à Organização das Nações Unidas (ONU), que a Política de Saúde passou a ser perceptível como campo de ação de intervenção social (PAIM, 2003). Contudo, desde a Antiguidade há preocupação com a saúde da população e com os procedimentos de medidas governamentais objetivando o controle sanitário. Como também, nos países europeus e na América do Norte, antes da Revolução Industrial, já se almejava o controle sanitário (PAIM, 2003). O surgimento da Medicina Social²⁹ no século XIX também estabelecia certas agregações entre saúde e sociedade, juntamente com as organizações das ações sociais do Estado.

O desenvolvimento da saúde coletiva na América Latina deu-se na década de 1970, recuperando as origens básicas da Medicina Social com o aprofundamento dos estudos das relações entre as estruturas das sociedades e das áreas da saúde, com destaque dos movimentos sociais e das lutas das classes perante o Estado.

Nessa conjuntura, os países desenvolvidos e órgãos internacionais haviam detectado a crise do setor da saúde e, conseqüentemente, sugeriram a organização de sistemas, planejamento e a criação de políticas de saúde. Já no Estado

²⁹ Na Medicina Social a saúde da população representa evidente responsabilidade social e as medidas para promover a saúde e combater a doença deveriam ser tanto sociais como médicas. (ROSEN, 1980).

Brasileiro, as reflexões sobre políticas de saúde surgiram diante da crise do autoritarismo e da dívida sanitária herdada do “milagre brasileiro”³⁰ (1968-1973).

No Período Colonial (1500-1889), o atendimento na área da saúde era efetivado por meio da medicina popular, exercida por curandeiros e benzedeiros, com base nos fundamentos culturais dos cultos indígenas e dos costumes trazidos pelos escravos africanos. Nesta época, não havia médicos, somente no século XVI chegam ao Brasil 04 (quatro) médicos que, inicialmente, se instalam na capital do país no Rio de Janeiro e passam a prestar atendimento às famílias da classe burguesa. Em meados do ano de 1500, se têm a implantação das primeiras Santas Casas de Misericórdia, sob a iniciativa da Igreja Católica, coordenada por religiosas de sua ordem.

Nesse cenário, o atendimento na área da saúde ficou restrito a alguns indivíduos (trabalhadores), que ficavam sujeitos a ações filantrópicas, com predomínio do tratamento destinado aos pobres ou indigentes (COHN, 1999). Assim, aqueles cidadãos que não “produziam”, ou seja, que não estivessem trabalhando, não eram merecedores de favores e da benesse.

Dessa forma, o Estado Brasileiro passou a reconhecer a necessidade de adotar medidas que garantissem a manutenção da ordem social. Instala-se, então, a Questão Social, conforme assinalam os autores Iamamoto; Carvalho (2000, p. 77) em um dos mais difundidos conceitos.

A ‘*questão social*’ não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão.

Assim, a Questão Social passa a ser um problema de ordem política, que requer soluções de maior abrangência por parte do governo, na implantação de políticas sociais, como estratégias para enfrentar a questão social em suas múltiplas refrações. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2000). A abrangência destas políticas sociais refere-se à legislação trabalhista, à saúde, entre outras.

³⁰ O chamado ‘milagre econômico’ brasileiro – período de excepcional crescimento da economia entre 1968 e 1973 – decorreu principalmente do efeito tardio das reformas associadas ao Programa de Ação Econômica do Governo (PAEG), durante o governo de Castelo Branco (1964-1967). (VELOSO; VILLELA; GIAMBIAGI, 2008).

A atenção do Estado se voltava para os interesses referentes à economia de exportação, deixando de se ocupar dos problemas referentes à saúde e carências da população, isto é, a insalubridade dos portos, a atração e o retardamento de força de trabalho, as endemias rurais e o saneamento urbano. Os numerosos casos de epidemias, após transformados em calamidade pública, pressionavam o Estado no campo da saúde. Entretanto, em nenhum momento era articulada a idéia de direito a saúde (COSTA, 1985 apud PAIM, 2003). Então, as práticas de proteção à saúde adotadas pelo Estado tinham como objetivo atender as necessidades primeiramente do capitalismo, passando a elaborar planos de combate às enfermidades a partir do momento em que interferiam na reprodução das relações produção.

Inicia-se a intervenção médico-sanitária³¹ nas áreas urbanas, recebida com desconfiança e medo pela população. Com o uso da força, os habitantes foram retirados dos ambientes a serem saneados, sob a constante vigilância policial, na desmobilização e contenção das revoltas do povo. Nesse sentido, a doença era considerada como um problema nacional e seu controle era essencial para ordem política, pois a sociedade estava marcada pelas doenças transmissíveis, tornando-se necessária a intervenção dos sanitaristas de maneira incisiva.

Assim, a República Velha era dividida em duas partes: saúde pública e previdência social, dividindo as ações de prevenção e controle de doenças da população, de um lado, e as de medicina individual (previdenciária, filantrópica e liberal) do outro.

Na Era Vargas (1930-1964) inicia-se o trajeto demográfico com diminuição da mortalidade e aumento do envelhecimento da população. É constatado nessa época, o prevaletimento das doenças da pobreza, tal como: deficiências nutricionais, doenças infecciosas e parasitárias, e o surgimento da morbidade moderna, representadas pelas doenças do coração, tumores, acidentes e violências.

É no bojo do processo histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira dos anos 30 que ocorre a formulação da política de saúde, que teve caráter nacional – como as demais políticas sociais – e foi organizada em dois subsectores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. (BRAVO; MATOS, 2004, p. 26).

³¹ Sanitária (Médico Sanitária) é um coroamento do movimento sanitarista que floresceu na década de 1970, foram pactuados os principais pontos que resultou no capítulo da Constituição Federal Brasileira (Capítulo II - Da Seguridade Social - Seção II - Da Saúde, artigos de número 196 a 200). (MOREIRA, 2007).

Até meados da década de 1960, a saúde pública, considerando o quadro epidemiológico e suas particularidades, enfatizou nas campanhas sanitárias a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias.

Nessa época, a educação sanitária³² começa a ser valorizada e as campanhas de controle de doenças foram institucionalizadas, transformando-se em órgãos do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e, após 1953, da estrutura do Ministério da Saúde.

Contudo, foram criadas, a partir dos anos 1970, a Declaração de Alma-Ata e a Carta de Ottawa, documentos que estabeleciam os princípios da atenção básica e a promoção da saúde e, com isso, constituíram o Movimento da Reforma Sanitária³³, considerado um dos principais responsáveis pela construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

O I Simpósio de Política Nacional de Saúde, em 1979, foi realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, no qual o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) mostrou um documento e discutiu publicamente, pela primeira vez, a proposta de criação de um Sistema Único de Saúde para o Brasil (CEBES, 1980 apud PAIM, 2003). Esse projeto seguia os exemplos de experiências bem sucedidas de outros países, almejava a democracia da sociedade, a universalidade do direito a saúde e que o setor de saúde fosse público, com ações curativas, preventivas e democráticas.

Entretanto, essa idéia não encontrou acolhida junto ao Governo, o qual se encontrava diante de um período de crise econômica somada à crescente pressão social por melhores serviços de saúde.

Em 1979, o Serviço Social passou a ser uma profissão com destaque na área da saúde. Desta forma, a ação do assistente social, se desenvolveu em uma prática educativa, com intervenção normativa, ou seja, sua atuação era relacionada aos hábitos de higiene e saúde, atuando nos programas estabelecidos pelas

³² A Educação Sanitária é um forte instrumento para se desenvolver um processo ativo e contínuo onde se deseja promover mudanças de conhecimento, atitudes e comportamento de um determinado segmento ou mesmo de um povo. Para isso, é necessário se levar em consideração o nível financeiro, social e cultural de cada comunidade. Esse diagnóstico é essencial para a escolha da melhor atividade educativa a ser realizada. (ADAGRO, 2009, [s.n.]).

³³ Esse movimento, no entanto, se caracterizou por não apenas fazer denúncias contra a ditadura e os interesses econômicos com ela envolvidos, mas também por apresentar propostas construtivas, apresentando como alternativa um projeto de transformação do sistema de saúde vigente. (RODRIGUES NETO, 1998, p. 09).

normatizações da política de saúde. O profissional passou a trabalhar em hospitais entre as demandas da instituição e da população, com objetivo de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios; suas intervenções foram utilizadas em plantões, triagem ou seleção, encaminhamentos, concessões de benefícios e orientação previdenciária.

No que tange ao modelo de proteção social, a Constituição Federal de 1988, é a mais progressista, e nela a saúde conjuntamente com a assistência social e a Previdência Social, integra a seguridade social. À saúde coube cinco artigos (art.196 a 200), que determinam que esta é um direito de todos e dever do Estado, e estatuem a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único (BRAVO; MATOS, 2004, p. 33).

Entretanto, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que ratifica os direitos à educação, habitação e a saúde, entre outros, ganham destaque os preceitos de igualdade. Porém, no âmbito da reprodução das relações sociais, a realidade apresenta-se permeada de constantes lutas e reivindicações no acesso à saúde.

Com a suspensão do bloqueio da economia do começo dos anos 1980 e a conquista da democracia, a demanda pelo resgate da “dívida social³⁴” acumulada no período militar colocou a saúde na agenda política da chamada Nova República.

Assim, em 1986, após oito anos da Conferência de Alma-Ata, aconteceu a 1ª Conferência Internacional sobre a promoção da saúde em Ottawa, no Canadá, elaborando-se um documento sobre os princípios da atenção primária e de promoção da saúde. (QUERINO; FELICIANO, 2005).

Em 1986, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de promover a discussão acerca da nova proposta de estrutura e política de saúde para o país, se tornando a trajetória da política de saúde mais importante no Brasil, com aproximadamente quatro mil e quinhentas pessoas, entre elas mil delegados. Abordaram-se os seguintes temas: “Saúde como direito da cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. O conceito da Reforma Sanitária foi aprovado, sendo sua proposta reconhecida pelos grupos sociais que representavam o evento. Esse relatório foi transformado em

³⁴ A Dívida Social é entendida como toda privação dos diferentes bens econômicos, sociais, políticos, culturais e ambientais, socialmente produzidos. São dívidas contraídas ao longo da história e agravadas com a atual política neoliberal.

recomendações e utilizado nas negociações dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal. (BRAVO; MATOS, 2004).

A Reforma Sanitária foi assumida como uma proposta abrangente de mudança social e, ao mesmo tempo, um processo de transformação da situação sanitária, ou seja, sua proposta foi reorientar o sistema de saúde do Brasil com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). (PAIM, 2003).

Durante a organização da construção jurídica do Sistema Único de Saúde (SUS) no processo constitucional, as Ações Integradas de Saúde (AIS) foram agregadas aos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) por meio de decreto presidencial.

O SUDS é compreendido como “estratégia-ponte” do estabelecimento do Sistema Único de Saúde para legalizar a Reforma Sanitária, apoiando-se em convênios entre os governos federal, estadual e municipal e apresentando alguns avanços organizados, já que superava a compra de serviços no interior do setor público e estabelecia os conselhos estaduais e municipais de saúde, paritários e deliberativos. (PAIM, 2002 apud PAIM, 2003).

Foi somente nessa época que o Estado tornou possível a instituição de canais de participação da população brasileira na formulação e acompanhamento das políticas de saúde, especialmente com a publicação da Constituição de 1988, a qual garantiu o direito à saúde para todos os brasileiros e estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS, agora se encontra preconizado pela Constituição da República, pelas Leis Federais 8.080 e 8.142, de 1990, pelas Constituições Estaduais e pelos novos Códigos de Saúde, e tem como principal objetivo garantir a saúde como direito, a ser certificado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização e da participação social (BRASIL, 2006).

O direito a saúde está institucionalizado na Constituição Federal da República, cujo artigo 196 determina que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2006).

A incorporação dos princípios e diretrizes do movimento sanitário no Capítulo da Seguridade Social da Constituição de 1988, por meio de emenda popular, representou a maior vitória da Reforma Sanitária Brasileira. (PAIM, 2003).

Por isso, o SUS atualmente se consubstancia na mais importante e avançada política social no Brasil. Por ser público, universal, igualitário e participativo serve como modelo para as outras áreas sociais. Sua proposta é a reforma do Estado, de forma democrática e popular, e visa à construção de uma sociedade fundamentada nos princípios da justiça social.

Portanto, verifica-se que o SUS tem uma responsabilidade constitucional que vai além da assistência médico-hospitalar, devendo ser executado com “prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. (CONASEMS, 1990 apud PAIM, 2003, p. 594).

Assim, as ações desenvolvidas no período de março de 1985 a março de 1988 foram responsáveis pelo desencadeamento do processo da Reforma Sanitária Brasileira, que formulou a contenção das políticas privatizantes da previdência social por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Dessa forma, alcançou-se benefícios como a transferência significativa dos recursos previdenciários para os estados e municípios, o fortalecimento dos serviços públicos, o estímulo à integração das ações e serviços de saúde, o apoio à descentralização gerencial, a incorporação do planejamento na prática institucional e a abertura de canais para a participação popular. (PAIM, 2002 apud PAIM, 2003).

Todo esse processo histórico do acesso à Saúde no Brasil é apreendido pelos assistentes sociais, no qual os Movimentos como da Reforma Sanitária têm uma importância significativa na construção da atual da Política de Saúde, representando uma ruptura do paradigma em era observada a questão da saúde, aspirando ao fortalecimento da participação popular e à descentralização dos serviços de saúde.

No momento em que ocorria a promulgação da “Constituição Cidadã”, tornava-se profundo a instabilidade econômica com a hiperinflação e a crise fiscal do Estado, enquanto a Reforma Sanitária encontrava sérios obstáculos para a sua implantação. O retrocesso dos movimentos sociais, a propagação da ideologia neoliberal e a privação do poder aquisitivo dos trabalhadores de saúde oportunizaram o surgimento de um descrédito em relação ao SUS tanto das classes dirigentes e mídias como das ações políticas preponderantemente dos trabalhadores da saúde. E, em relação ao Serviço Social.

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

Dessa maneira, pode-se inferir que o trabalho do assistente social na área da saúde deverá ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação desses conhecimentos articulados aos princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social e da Reforma Sanitária; sendo estes projetos norteadores da profissão, é possível aferir se o profissional responde de forma satisfatória às necessidades apresentadas pelos usuários do Serviço Social.

Para tanto, por intermédio das políticas públicas o assistente social desenvolve uma intervenção pautada nos direitos dos sujeitos em busca da cidadania e almejando a transformação da sociedade, principalmente diante da exploração da força de trabalho, a qual, por vezes, causa o distanciamento dos usuários ao acesso aos direitos sociais.

Mesmo perante esse contexto, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), que dispõe a respeito das condições necessárias à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como dos aspectos alusivos à organização e ao funcionamento dos serviços correspondentes. O referido dispositivo legal regula as ações e os serviços de saúde realizados, isolada ou em conjunto, de forma permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (CONASEMS, 1990 apud PAIM, 2003). Portanto, esta Lei não se destina apenas aos integrantes do SUS, mas, abarca todos os prestadores de serviços de saúde.

Em 1997, o Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) determina “*o ano da saúde no Brasil*”, responsabilizando-se pela mudança do modelo de atenção por meio do Programa Saúde da Família (PSF) (RADIS, 1997 apud PAIM, 2003) e propunha a ampliação de 847 para 3.500 Equipes de Saúde da Família (ESF). Também, foi implantado o Piso de Atenção Básica (PAB), que reunido às transferências estaduais e aos recursos próprios dos municípios, teria que financiar a atenção básica de saúde (BRASIL, 1998, p.30 apud PAIM, 2003), com uma parte

reservada ao incentivo de Ações Básicas de Vigilância Sanitária (ABVS), Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCS/PSF).

Em 2001, o Brasil ocupou uma posição de destaque na 54^a Assembléia Mundial de Saúde, colocando a política de saúde brasileira à frente das admitidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ao abordar a defesa do medicamento como direito humano; o controle da AIDS não somente com a prevenção, mas também, com tratamento das pessoas contaminadas pelo vírus HIV; a produção de medicamentos a preços mais baixos para os países pobres; a luta contra o tabaco, com a legislação proibindo a propaganda em rádio e televisão; a política de aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança (NORONHA, 2001 apud PAIM, 2003).

Em 2006, os gestores das três esferas do sistema adotaram o compromisso da construção do *Pacto Pela Saúde*, institucionalizado nas portarias nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699, de 30 de março do mesmo ano. Com o objetivo de sobrepujar as dificuldades de consolidação do SUS e qualificar os avanços adquiridos com o processo de descentralização, consolidando, assim, os princípios da Reforma Sanitária Brasileira. (BRASIL, 2006).

O Pacto está subdividido em três dimensões: *Pacto pela Vida*, *Pacto em defesa do SUS* e *Pacto de Gestão*.

No Pacto pela Vida há seis propriedades pactuadas: a Saúde do Idoso; o controle do câncer da mama e do colo do útero; a diminuição da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, especialmente, na hanseníase, na tuberculose, na dengue, na malária e na influenza; a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica.

Assim, foram estabelecidos objetivos e metas nacionais para cada prioridade, pois, diante da diversidade de situações no Brasil, existe espaço para a definição de metas locais. É fundamental ressaltar, que cada Estado ou Município, com base na realidade local, poderá determinar outras prioridades.

No Pacto em Defesa do SUS há seis ações: unir e apoiar o movimento social pela promoção e desenvolvimento da sociedade, gozando à saúde como um direito; criar e publicar da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde que “fundamenta-se em seis princípios básicos de cidadania. Juntos eles asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados” (BRASIL, 2006, p. 8); fortalecer e ampliar as relações com os movimentos sociais,

principalmente, com os que lutam pela cidadania e pelos direitos da saúde; estabelecer diálogo com a sociedade além dos limites institucionais do SUS, regulamentar a Emenda Constitucional nº 29, visando à melhoria do financiamento da Saúde e, aprovar um orçamento geral do SUS, em conjunto com os orçamentos das três esferas de gestão e de acordo com a Constituição Federal, explicar o compromisso delas em ações e serviços de saúde.

Já no Pacto de Gestão, as funções e responsabilidades sanitárias de cada esfera de gestão fazem parte do seu Termo de Compromisso de Gestão (TCG), criado de maneira pactuada e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

As responsabilidades e as atribuições são determinadas por meio do preenchimento de quadros correspondentes a cada um dos eixos: a gestão do SUS com suas responsabilidades gerais; a regionalização; a programação e planejamento; a regulação, a avaliação, o controle, e a auditoria; a gestão do trabalho; a educação na saúde e o controle social e participação. Então, será registrada para cada responsabilidade a situação em que o Município ou Estado se depara. No entanto, há situações nos Municípios que não autorizam sua realização, sem a opção “Não se aplica”.

Ao se atribuir o repasse de recursos financeiros da esfera Federal para Estados e Municípios, há uma importante novidade dividida em cinco blocos: a atenção básica, a atenção da média e alta complexidade, a vigilância em saúde, a assistência farmacêutica e a gestão do SUS (BRASIL, 2006).

O bloco de financiamento para a Gestão do SUS orienta-se pelo custeamento de ações referentes com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação de recursos financeiros do sistema. Este bloco inclui, também, os recursos para a Participação e Controle Social, fundamental para o bom funcionamento dos Conselhos de Saúde e para a efetuação das Conferências.

O Pacto pela Saúde deve ser monitorado por um processo constante, guiados pelos indicadores, pelos objetivos, pelas metas e pelas responsabilidades que formam o respectivo TCG e os cronogramas pactuados. Esse monitoramento tem como meta desenvolver ações de apoio para qualificar o processo de gestão, no qual sua operacionalização deve ser regulamentada para cada esfera do governo, considerando as pactuações feitas.

Estão subdivididos em três grupos os indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos pela Vida e de Gestão: os indicadores que devem ser

pactuados no instante de preenchimento do Termo de Compromisso de Gestão, por meio da criação de metas locais; os indicadores pactuados no Pacto de Atenção Básica e, os indicadores da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS). (BRASIL, 2006).

O Controle Social no Pacto pela Saúde:

Além de analisar e aprovar o Termo de Compromisso de Gestão correspondente a sua esfera, os Conselhos de Saúde têm um papel relevante na aprovação ou revisão do respectivo Plano de Saúde, que deve estar coerente com o TCG. Anualmente, os Conselhos de Saúde farão, juntamente com os gestores, uma avaliação da execução dos Planos de Saúde, a partir do que foi acordado no Termo de Compromisso. (BRASIL, 2006, p. 9).

Por isso, o Pacto pela Saúde é fundamental, pois, ele é a reafirmação da importância do controle social e da participação nos processos de negociação e de pactuação.

Portanto, o SUS faz-se presente no cotidiano da população brasileira, suas ações são direcionadas desde as comunidades ribeirinhas da Amazônia até o maior sistema público de transplante do mundo, bem como, nas várias experiências espalhadas pelo Brasil consideradas de referência internacional, procura garantir à toda população o que esta não encontra nos planos de saúde, das emergências à alta complexidade, das vacinas à diálise, dos tratamentos de câncer aos transplantes, revelando sua amplitude de abrangência da saúde (BRASIL, 2006).

2.3 Política de Atenção ao Renal Crônico

Abordar a política pública destinada à pessoa com insuficiência renal crônica remete ao estudo da trajetória percorrida pela terapia renal substitutiva em hemodiálise, entendida como um avanço no uso das tecnologias no tratamento da doença renal crônica, com importante repercussão nos âmbitos social, político, econômico, além dos reflexos nos campos da ética e do o debate na constituição no campo da bioética³⁵ (BARROCO, 2001).

³⁵ Bioética - a ética voltada para a vida.

Assim, para compreender o impacto do tratamento em hemodiálise na vida da classe trabalhadora recorrer-se-á ao estudo do processo histórico da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (PNAPDR) enquanto um dos focos de relevância no contexto da pesquisa, por tratar-se de procedimento de alta complexidade disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, objetiva-se realizar uma análise desde a implantação desta política, comparada aos dados que caracterizam o cenário da pesquisa no Instituto de Hemodiálise e Transplante Renal de Uberaba (IHTRU), intercalando-se com a análise da pesquisa realizada com os sujeitos sobre os rebatimentos destas ações enquanto direito do cidadão.

A história da hemodiálise tem início em 1861, com o escocês Thomas Graham, criador da diálise e precursor dos avanços alcançados neste campo, hoje repleto de inovação técnico-científica. (MARQUES, 2005).

Em 1913, foi realizado o desenvolvimento do primeiro rim artificial (testado em animais), seguido pela primeira diálise em um ser humano, com duração de 15 minutos, em 1924. O primeiro dialisador de tambor giratório com celofane foi criado em 1943, apresentando o primeiro sobrevivente. Em 1945, obteve-se o primeiro dialisador com ultrafiltração controlada. Em 1947, iniciou-se o desenvolvimento das cânulas arteriovenosas de teflon para as punções dialíticas repetitivas, que viriam a permitir nas décadas de 1950 e 1960 o primeiro tratamento bem sucedido de 2 (duas) pessoas, culminando a descrição da técnica cirúrgica de confecção da fístula arteriovenosa em 1966. Desde então, as técnicas vêm sendo aperfeiçoadas gradativamente com os progressos na área médica, alterando a história natural das doenças renais. (BITTENCOURT, 2003).

Em 19 de maio de 1949, o chamado rim artificial, foi utilizado pela primeira vez no Brasil pelo médico Tito Ribeiro de Almeida, no Hospital das Clínicas de São Paulo para tratar uma usuária de 27 anos de idade com insuficiência renal. A partir de então, foram realizadas algumas sessões de hemodíálises em outros indivíduos, todavia, todos vieram a falecer horas ou dias após a hemodiálise. Ainda neste mesmo ano, aproximadamente no dia 1 de dezembro, uma usuária de 47 anos, foi a primeira pessoa a sobreviver ao método da hemodiálise. Segundo orientação do Dr.

Tito, a preferência para submeter-se à hemodiálise cabia aos usuários em estado de coma³⁶ e portadores de insuficiência renal aguda.

Somente na década de 1960, a hemodiálise passou a ser realizada com segurança para os usuários com insuficiência renal crônica, graças ao desenvolvimento tecnológico, e então, ao longo das últimas seis décadas, o tratamento dialítico apresentou uma expansão significativa no país. (ROMÃO JÚNIOR, 2009).

Em 1956, foram importados dos Estados Unidos os rins artificiais denominados *Kolff-Brigham* (“tanque de aço”), os primeiros destinaram-se no Rio de Janeiro (implantados em pacientes no Hospital Pedro Ernesto em 04/01/1956 e no Hospital dos Servidores do Estado em 05/03/1956) e São Paulo (utilizados em pacientes do Hospital das Clínicas em 01/11/1956). Já em 1968, começaram a ser comercializados no Brasil os rins artificiais denominados Travenol RSP.

Contudo, nesta época, somente usuários com insuficiência renal aguda podiam usufruir da terapêutica dialítica. Somente, em meados dos anos 1960 é que a hemodiálise passou a ser utilizada para o tratamento de substituição renal da insuficiência renal crônica (IRC).

Os trabalhos iniciais foram realizados no Paraná pelo Prof. Adyr Mulinari após treinamento em Seattle-EUA com o Prof. Scribner, pioneiro do *shunt* arteriovenoso. Segue-se o uso de diálise peritoneal e hemodiálise para tratar portadores de IRC em São Paulo (Prof. Emil Sabbaga, em 1962) e no Rio de Janeiro (Prof. Francisco Santino Filho, em 1963). Posteriormente, são descritas experiências em outros Estados brasileiros. Estes centros localizavam-se principalmente em hospitais universitários e em raros núcleos privados do país. Estava implantada a hemodiálise como modalidade de tratamento de portadores de IRC no Brasil. (ROMÃO JÚNIOR, 2009, p. 7).

O tratamento da insuficiência renal crônica de longa duração foi implantado no Brasil no início dos anos 1970, mas alcançou consolidação somente após 1976, quando o Governo Federal no antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) passou a reembolsar os serviços prestados. Desde então, a diálise cresceu e passou a atender à população previdenciária. O acesso foi democratizado com a criação do Serviço Único de Saúde (SUS) por meio da Constituição Federal Brasileira de 1988.

³⁶ Coma é o estado de perda total da consciência, do qual o paciente não pode ser acordado, nem mesmo com estímulos intensos (GUIMARÃES, 2002, p. 123).

Para discutir as políticas do âmbito da saúde junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se necessário apresentar a divisão da assistência à saúde, organizada em três níveis de atenção, conforme a complexidade da ação ou do serviço prestado: básica ou primária, média complexidade e alta complexidade.

A Atenção Básica ou Atenção Primária se consubstancia no primeiro contato do usuário com o SUS e “[...] caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e visa à manutenção da saúde”. (BRASIL, 2008, p. 6).

Este nível de atenção é oferecido por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família (ESF), contando com consultas com as especialidades básicas (Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Nutrição e outros) bem como com diferentes ações que envolvem a promoção e a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento das doenças mais frequentes (BRASIL, 2006).

A Média complexidade constitui-se de ações e serviços que requerem profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento. Como por exemplo: exames de raios-x e ultra-som, mamografia, colonoscopia, fisioterapia, terapias especializadas, cirurgias ambulatoriais, entre outros. (BRASIL, 2006).

Já a Alta complexidade contempla vários procedimentos de tecnologia avançada e de alto custo, tais como: assistência ao usuário com câncer, cirurgia cardiovascular, transplantes, procedimentos de neurocirurgia e alguns exames mais complexos, como os procedimentos de diálise e de cirurgia bariátrica para tratamento cirúrgico da obesidade. (BRASIL, 2006).

No Brasil, a doença renal crônica tem efeitos sociais e econômicos muito relevantes, pois o tratamento da mesma encontra-se atrelado aos procedimentos de alta complexidade.

A prevalência de pacientes em terapia renal substitutiva – TRS, mais que dobrou na última década, de 24 mil usuários em 1994, chegou-se a 60 mil casos em 2004. Nesse mesmo ano, foi gasto aproximadamente um bilhão de reais em transferências do SUS para pagamento das TRS/SIA, valor equivalente a 5% do total de transferências do Ministério da Saúde para estados e municípios. O Brasil, por isso mesmo, ocupa hoje o quarto lugar no *ranking* dos maiores programas de diálise do mundo, apenas superado pelo

Japão, Estados Unidos e Alemanha. Em relação aos transplantes renais, o Brasil alcançou em 2000 o segundo lugar em número de transplantes, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, com 2.914 transplantes realizados. (CHERCHIGLIA; ANDRADE; BELISÁRIO, 2006, p. 3).

As previsões indicam, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), que o número de usuários, em 2009, aumentou 5,13% em relação a 2007, e neste aumentou 3,9% em relação a 2006 e, em relação a 2004, 8,1%, com incidência de 144 indivíduos para cada milhão de pessoas.

Por isso, o tratamento dialítico foi estendido a todos os estados do Brasil, com mais de 650 unidades de diálise, tornando-se o maior programa mundial público de diálise. (ROMÃO JÚNIOR, 2009).

Nesse contexto, o país enfrenta o desafio de absorver os custos crescentes dos sistemas de saúde, em que se inclui a Doença Renal Crônica (DRC), sendo uma das doenças não transmissíveis causadas por diferentes fatores presentes. Assim, o estudo referente aos determinantes de saúde e o avanço das tecnologias oferecem suporte para seu diagnóstico, facilitando o tratamento e a prevenção. (BASTOS; BASTOS; TEIXEIRA, 2000).

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal instituída em 2004, através da Portaria nº 168/GM, pelo Ministério da Saúde, estabeleceu também a regulamentação técnica para o funcionamento dos serviços de diálise (RDC nº 154/2004). O contexto anterior à regulamentação da doença renal se respaldava por legislações fragmentadas, ou seja, apenas por portarias que foram publicadas ao longo do tempo, encarando-se a doença de maneira focalista e de acordo com os procedimentos estabelecidos pela previdência.

Em 1970, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi considerado peça importante para o tratamento dialítico, pois contribuiu para o fortalecimento do mercado privado através da prestação de serviços e da ligação com os fornecedores de recursos vinculados ao tratamento em diálise, como máquinas, medicamentos e equipamentos específicos. Isso ocorreu mediante a associação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e do INAMPS que, conjuntamente, começaram a remunerar os serviços de cunho privado da saúde devido ao aumento significativo da necessidade deste tratamento.

Em fevereiro de 1987 criou-se o Sistema Integrado para o Tratamento do Renal Crônico e do Transplante Renal (SIRC-TRANS) com o apoio do Ministério de Educação e da Previdência Social. Este sistema tinha a finalidade de auxiliar o INAMPS quanto aos casos de doença renal crônica em estágio terminal, trabalhando a sensibilização quanto à possibilidade de realizar transplante do rim retirado de um cadáver. Em 1990, o Sistema e Informação de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC-RIM) passa a gerir o comando do trabalho realizado pelo Sistema Integrado para o Tratamento do Renal Crônico e do Transplante e do Transplante Renal.

A Portaria nº 38 do Ministério da Saúde, publicada em 03 de março de 1994, instituiu-se regras para o Sistema Integrado de Atenção ao Renal Crônico, que se constituiu no esboço de uma política integral para as pessoas com insuficiência renal crônica. As normas da Portaria nº 38/1994 estabelecem a forma de padronizar e avaliar o sistema de credenciamento, financiamento e os procedimentos realizados pelos hospitais e serviços de diálise e transplante, unindo os locais de tratamento com os centros de transplante renal, mantendo assim o controle das inscrições dos usuários e das liberações de diálise através da lista de espera.

Apesar da ampliação da oferta dos serviços de diálise, em contrapartida houve neste período um restrito crescimento em relação ao transplante renal, resultante da falta de envolvimento das políticas de saúde, pouco investimento na qualificação técnica e operacional dos profissionais e da carência de recursos financeiros para a realização dos procedimentos.

Nesta perspectiva, o avanço na ampliação do transplante, especificamente o transplante renal, depende do estabelecimento de políticas públicas que consigam superar as dificuldades por intermédio da formulação de estratégias de financiamento e da integração do setor público e dos prestadores de serviços relativos tanto à diálise quanto ao transplante.

O resgate histórico sobre as políticas de saúde demonstra que em relação à doença renal a formulação de estratégias é muito recente e requer ainda mais atenção para a situação requerer atual, exigindo ações que visem priorizar o atendimento de qualidade ao usuário. Cabe ressaltar que tal qualidade não diz respeito somente a profissionais preparados, mas também a um sistema saúde capaz de suplantar as dificuldades existentes para receber este sujeito já em situação de vulnerabilidade.

No entanto, a epidemia da doença renal tornou-se uma questão de saúde pública, pois atinge um grande contingente de pessoas e, por tratar-se de uma patologia crônica, requer altos investimentos para a manutenção do indivíduo no tratamento. O custo do tratamento afeta, simultaneamente, o Estado, a instituição que oferece o serviço e o próprio sujeito. Dessa forma, a luta que o indivíduo trava pela sobrevivência depende totalmente do sistema de saúde.

Em 1996, em virtude dos vários pleitos junto ao Ministério da Saúde para a prestação de serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS), estabeleceu-se a Portaria MS/SAS nº 2.042, de 11 de outubro de 1996, destinada ao regulamento técnico do funcionamento dos serviços de diálise e ao cadastramento desses estabelecimentos junto ao Sistema Único de Saúde.

A formulação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal teve como fundamento a elaboração de um diagnóstico que levou em consideração a complexidade da questão. O citado documento foi desenvolvido por um Grupo de Trabalho definido pela Portaria MS/SAS nº 82, de 17/04/2003, com representações do Ministério da Saúde (MS), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), de usuários renais indicados pelo Conselho Nacional de Saúde, de prestadores de serviços e de Hospitais Universitários Públicos. Desta forma, em 2003 os dados do perfil traçado pelo Grupo apontaram os atendimentos do SUS aos usuários, tanto na rede de atenção básica como na de média complexidade, ocorreram de forma ineficiente ou simplesmente não aconteceram, mesmo diante da diretriz que prevê que o nível de atenção primária caracteriza-se pela responsabilidade de “prevenção”, promoção e proteção a saúde.

Em se tratando de doenças crônicas, muito pode ser feito de forma a mudar a situação e inverter o quadro atual. Assim, se estabeleceu na PNAPDR que,

[...] essa forma ‘perversa’ de inversão de oferta de serviços em saúde deve ser vista como uma fonte geradora de procedimentos de alta complexidade, com alto grau de distorção, não como exaustão às propostas de promoção e proteção em saúde. Utilizando a metáfora do ‘iceberg’, a alta complexidade representa sua parte visível, enquanto a rede assistencial e as condições sócio-econômicas do país a parte submersa (BRASIL, 2004, p. 4).

Percebe-se a importância do esclarecimento do usuário no pólo da atenção básica de saúde, responsável pela educação em saúde e que protagoniza um papel

relevante no processo saúde-doença, fundamental, portanto, na prevenção de múltiplas patologias, possibilitando ao mesmo o acesso a informações pertinentes a respeito da doença. Nesse sentido, se torna imprescindível conhecer as crenças, os costumes, bem como a escolaridade dos sujeitos, visto que tais fatores podem exercer um diferencial na prevenção e no combate ao agravamento da doença renal crônica.

Considerando que no caso da insuficiência renal crônica a situação encontra-se determinada por sua cronicidade, o que extrapolou a fase prevenção do nível básico, as ações de promoção e proteção em saúde podem ocorrer no plano prevenção e da diminuição do agravo da doença renal.

Portanto, segundo o Ministério da Saúde, diante da referida enfermidade deve-se levar em consideração os apontamentos a seguir:

- 1- Prevalência elevada das patologias que levam à doença renal.
- 2- Possibilidade de intervenção na história natural da doença renal por meio da melhoria da atenção à saúde em todos os seus níveis.
- 3- Gastos cada vez mais elevados com o tratamento das doenças renais.
- 4- Escassez de estudos mais aprofundados sobre a situação epidemiológica da doença renal em nosso país, bem como dos aspectos gerenciais, administrativos e econômicos dos serviços que envolvem o tratamento das patologias, tendo como consequência baixa capacidade gestora.
- 5- Múltiplos interesses econômicos, dos prestadores, dos fabricantes de equipamentos de máquinas e insumos, dentre outros, envolvidos na oferta dos serviços especializados ao atendimento das doenças renais. (BRASIL, 2004, p. 4).

Assim, os elementos apontados acima refletem os interesses muitas vezes camuflados pela órbita do capital, onde as finalidades de âmbito financeiro se sobrepõem às da vida humana. Trata-se de uma visível inversão de valores, na medida em que se prioriza o atendimento focalizado, fragmentado quanto à manutenção da sobrevida e articulado ao interesse de grupos estrangeiros que monopolizam o mercado da diálise.

Tais situações poderiam ser sanadas através de medidas de baixa custo e de forma simples, que vão desde o esclarecimento do usuário em relação aos procedimentos e tipos de tratamento, manutenção e o controle da pressão arterial, do diabetes *mellitus*. Portanto, por intermédio de campanhas de orientação é possível que o sujeito tenha hábitos mais saudáveis, como: diminuição do tabagismo

e do consumo de álcool, alimentação equilibrada e adequada, a prática de atividades físicas. A sensibilização quanto ao cuidado com a saúde, se devidamente concretizada e de acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde do Ministério de Saúde de 30/10/2002, poderia alcançar a redução de até 50% das mortes por doenças cardiovasculares em um período de cinco anos, além da diminuição do custo financeiro com estes tipos de tratamentos.

Por conseguinte, o referido diagnóstico do Ministério da Saúde, em 2003, aponta que as doenças crônicas como diabetes e hipertensão respondem como as principais causas do surgimento da doença renal crônica. Esses dados também se coincidem com os dados do perfil dos usuários do Instituto de Hemodiálise e Transplante Renal de Uberaba (IHTRU), cenário desta pesquisa, onde foi possível observar que o diagnóstico base da insuficiência renal crônica está relacionado em 41,5% dos casos à hipertensão arterial e em 26% dos casos, ao diabetes. Esses dados assemelham-se ao Censo 2008 da SBN, que registram, respectivamente, 35,8% hipertensão e 25,7% diabetes associado ao quadro de pacientes renais.

Esses diagnósticos poderiam ser tratados na atenção primária, reduzindo as chances de o usuário ter que lidar com a doença em seu estágio crônico. No caso da insuficiência renal, a cronicidade necessita de tratamento de alta complexidade, ocupando, no ano de 2000, o 6º lugar no *ranking* de mortalidade em relação às demais doenças crônicas, segundo dados da Secretaria de Assistência à Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde (2004).

Os relatos dos sujeitos desta pesquisa fizeram referência a estas doenças em entrevista inicial do Serviço Social no IHTRU, ratificando a importância do cuidado com a saúde de forma integral e integralizada.

[...] eu estava trabalhando, e aí me deu uma dor no peito, me internaram no hospital e fizeram exames e descobriu que foi através da pressão alta, que fiquei com a doença dos rins [...] (S2)

[...] antes de saber que tinha a doença renal, eu fui doar sangue, e descobrir que tinha problema de glicemia, eu não sabia que tinha um problema que no futuro ia acarretar no problema renal. Eu me descuidei, não tratei, foi aí que aos poucos foi corroendo meus rins [...] (S5)

Quanto à faixa etária dos entrevistados, constatou-se que são trabalhadores jovens, com idade que varia entre 30 e 35 anos, que desconheciam as doenças que poderiam levar à insuficiência renal. E, segundo o Ministério da Saúde,

[...] pode-se afirmar também, que essas mesmas patologias são importantes causas que, direta ou indiretamente contribuem para um grande número de outras co-morbidades, com um custo social, econômico e financeiro elevado. Essa condição fica patente quando observa que, considerando a população com vinte anos ou mais de idade, a principal causa de internação clínica no país é insuficiência cardíaca, e o maior custo médio dentre as internações clínicas mais prevalentes é de longe a síndrome coronariana aguda (infarto agudo do miocárdio). E o lamentável dessas cifras é que a maioria dos indivíduos que tem infarto tem, também, o diagnóstico firmado de insuficiência coronariana naquele momento. Paralelamente a isso a falha na detecção precoce e no acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos leva ao desenvolvimento de insuficiência renal crônica, resultando num gasto aproximado de R\$ 1.000.000.000,00 ao ano, com terapia renal substitutiva, entrada precoce dos pacientes em diálise, aproximadamente aos 47 anos, e mortalidade proporcional de 16% ao ano dos pacientes acompanhados em diálise. (BRASIL, 2004, p. 6).

Destaca-se que na faixa etária de idade dos vinte anos ou mais, o índice ultrapassa a 50% do total dos atendimentos em diabetes e hipertensão em ambulatorios da rede básica, nas áreas de clínica médica e de generalista. Em relação à diálise, a faixa etária de maior incidência a compreendida entre 40 e 59 anos, apresentando um aumento das doenças crônicas, conforme indicadores epidemiológicos, afetando a população considerada economicamente produtiva. Analisando os dados do perfil dos usuários do IHTRU, averiguou-se 6% de usuários na faixa etária de 20 a 29 anos; 23% na de 30 a 39 anos; 12% de 40 a 49 anos, ou seja, 41% do total de usuários do Instituto estão na fase produtiva.

Quanto ao trabalho de prevenção na atenção básica, os Programas de Saúde da Família (PSF) realizam, segundo avaliação do Ministério da Saúde, um bom trabalho em relação à prevenção de doenças infecciosas e ao cuidado da saúde infantil e da mulher. Porém, em relação às doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, não existe um cuidado específico, gerando um gasto aproximado de 12 bilhões anuais em função da alta complexidade do tratamento, comprometendo quase 30% do orçamento da saúde.

De acordo com os estudos sob o prisma da bioética, os investimentos da saúde devem estar voltados ao maior número de usuários. No entanto, com o surgimento de novas tecnologias na saúde, automaticamente surgem também novas necessidades oriundas da atenção básica à saúde.

Como se vê hoje, ou seja, ‘investir em saúde’ quase sempre é uma aplicação com lucro certo e alto – a rede privada adquire uma nova tecnologia, daí para encontrar a clientela, em meio à falta de atuação dos órgãos públicos, é só uma questão de tempo e poder de convencimento do ‘investidor’. As condições para isso são extremamente favoráveis – omissão de ações públicas, uma clientela crescente, opinião pública favorável e o grande poder da mídia em divulgar ‘soluções imediatistas’. (BRASIL, 2004, p.7).

A falta de investimento por parte do governo na saúde pública implica no desenvolvimento tecnológico da rede privada e, com a necessidade dos sujeitos, a saúde passa a ser mercantilizada, ou seja, investimentos altos para obter lucros na mesma proporção.

O disposto na NOAS/SUS 01-02 prevê as responsabilidades e ações estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada e, dentre as prioridades, encontra-se o controle da pressão arterial e do diabetes; portanto, a PNAPDR, propõe ênfase no atendimento a estas demandas³⁷ de necessidade em saúde.

Assim, a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal dentre as várias diretrizes de ação, traça o modelo de atenção para inversão, consistente em priorizar a atenção na prevenção a saúde, para uma redução nos procedimentos de alta complexidade “com o estabelecimento de canais efetivos de interlocução e vinculação entre o serviço e o usuário. Neste local se dará a responsabilização integral pelo usuário e é onde será feito todo o planejamento das ações de saúde”. (BRASIL, 2004, p. 8).

Compreende-se que a saúde é dividida em três níveis, atenção básica, a de média complexidade e a de alta complexidade e neste contexto, esses níveis precisam proporcionar aos usuários uma atenção integral e integralizada. Nesse aspecto, a integralidade tem a finalidade de proporcionar ao usuário da saúde pública uma atenção voltada para todo o processo saúde-doença, que possibilite ao mesmo atendimento humanizado através de apoio no diagnóstico de qualquer doença, em procedimentos da rede de média e alta complexidade, oferecendo um auxílio farmacêutico que tenha internação hospitalar, profissionais especializados e atenção na urgência e emergência.

³⁷ As demandas humanas derivam das relações sociais, diferentemente das necessidades humanas. Assim, estas se forjam na contradição entre as relações antagônicas do capital-trabalho. (IAMAMOTO, 2008).

Por meio destas medidas, percebe-se que se torna possível um atendimento humanizado, mas com um olhar voltado também para os profissionais, gestores e usuários. Ressalte-se que a rede de atenção básica é essencial, pois em seu âmbito se inicia o acolhimento e principalmente a construção de vínculos, valorizando todas as dimensões humanas.

Conforme prevê a PNAPDR, a equipe de atenção básica será responsável pelo vínculo, pelo reconhecimento das necessidades dos usuários e pela definição de projetos terapêuticos multiprofissionais.

Portanto, além de cuidados primários, as equipes são permanentes gestores, responsáveis pelo acompanhamento do projeto terapêutico, mesmo quando ocorrem nos outros níveis da atenção. Os encaminhamentos para especialistas devem ocorrer somente quando estritamente necessário. Isto é, as primeiras decisões estão na competência dos profissionais da atenção básica, que devem esgotar todos os recursos deste nível de atenção. (BRASIL, 2004, p. 8).

Assim para que essas medidas sejam realmente concretizadas é relevante aumentar a resolatividade na área básica e, conseqüentemente, reduzir os encaminhamentos para as especialidades, além de ampliar o vínculo da equipe e dos usuários.

Outra diretriz da PNAPDR remete à dimensão cuidadora da produção em saúde, em que todos os profissionais atuam na dimensão do cuidado e, nesse sentido, uma das dificuldades enfrentadas pela equipe profissional é o modelo hegemônico, ou seja, aquele que considera o cuidado somente sob o vértice da atuação do médico.

O modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico, e que subordina a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que neste modelo assistencial a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde é subjugada a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais submetidos à lógica médica, com seu núcleo cuidador empobrecido. (BRASIL, 2004, p. 5).

Para que ocorra essa mudança no modelo da saúde é importante redefinir os espaços de relações em que cada profissional se insere, partindo do princípio de que cada profissional na esfera de suas especificidades tem muito para contribuir na

dimensão cuidadora, evitando assim a relação de dominação e/ou atritos entre os mesmos.

Esse modelo proposto deverá contribuir para atender as necessidades estruturais e de implantação para que possa ocorrer uma educação contínua, bem como, através do monitoramento e avaliação, a identificação das demandas pontuais e específicas.

Destaca-se na PNAPDR que seja referenciado pela atenção básica para a média complexidade os casos de hipertensão e diabetes passíveis de evoluir para “lesões em órgãos alvo por diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e/ou dislipidemia: Nefropatia Diabética e Hipertensiva (NDH)” (BRASIL, 2004, p. 20), objetivando “reduzir e/ou retardar o número de pacientes em diálise e conseqüentemente alcançar expressiva diminuição dos custos diretos e indiretos relacionados a abordagem terapêutica da NDH, [...]” (BRASIL, 2004, p. 20).

A política prevê ainda o atendimento à saúde na alta complexidade, estabelecendo como objetivos nesta fase:

1. Aumentar a sobrevida do paciente;
2. Reduzir a morbidade;
3. Melhorar a qualidade de vida;
4. Capacitação e certificação de laboratórios públicos para controle da qualidade da água utilizada em hemodiálise;
5. Garantir equidade de entrada em lista de espera para transplante renal, a todos os pacientes em condições clínicas e que desejam submeter-se a esta modalidade terapêutica.
6. Os serviços que prestarão a assistência ao SUS na alta complexidade são os Serviços de Diálise e os Centros de Referência em Nefrologia, de acordo com as diretrizes definidas para o modelo de atenção, e de acordo com o definido no tópico de modelo de gestão.
7. Os pacientes serão referenciados pela atenção básica ou pela média complexidade (Unidades Básicas de Saúde, Equipes da Saúde da Família, Equipe de Referência da Atenção Básica, serviços de média complexidade e unidades de urgência / emergência) [...]. (BRASIL, 2004, p. 21).

O tratamento na alta complexidade só deverá ser indicado para os Serviços de Diálise, que deverão possuir uma estrutura de atendimento que ofereça os procedimentos indicados para a terapia renal substitutiva nas modalidades de diálise: hemodiálise, diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) e diálise peritoneal automática (DPA). Após avaliação do nefrologista, com base no protocolo de indicações, prescrever-se-á da terapia mais adequada. Não havendo contra

indicação entre os métodos, o nefrologista deve discutir com o usuário sobre a opção terapêutica.

Um dos pontos de destaque na regulamentação da PNAPDR encontra-se naquele concernente aos recursos humanos que deverão compor as equipes mínimas nos Serviço de Diálise, estabelecendo que deve conter com nefrologistas e enfermeiros durante todo o período de diálise. Determina, também, que para cada 35 usuários deverá ser disponibilizado um destes profissionais e 1 técnico de enfermagem para cada 5 usuários; estabelece, ainda, a necessidade de 1 profissional das áreas do Serviço Social, da Nutrição e da Psicologia por um período de 8 horas diárias. Todavia, tal não ocorre na maioria dos serviços, vez que as contratações são por períodos mínimos, como no caso do espaço pesquisado, onde os citados profissionais têm carga horária semanal de 10 horas.

Diante dessa constatação, ressalta-se que também está presente nos demais serviços, estes seriam os rebatimentos da precarização das condições de trabalho, onde para se atender a exigências mínimas, contrata-se os profissionais por carga horária mínima e, por outro lado, impondo-lhe a responsabilidades do exercício das atribuições e competências específicas de cada área.

Assim, na teoria critica eleita neste estudo, não se consegue conceber estes espaços de tratamento sem fazer menção às circunstâncias identificadas em um serviço de diálise, este aspecto está contido no Capítulo III, ao abordar-se o processo de trabalho do Assistente Social no serviço de diálise.

Portanto, a PNAPR estabelece ações em todos os níveis de saúde, assim como os modelos de atenção em saúde, a gestão dos financiamentos e o sistema de avaliação das tecnologias em saúde.

A gestão direcionada pela política indica um modelo proposto na atenção ao usuário com o acolhimento, a equidade do acesso aos serviços, a interlocução entre os gestores, o aprimoramento no controle e avaliação da garantia da equidade do atendimento, estímulo à participação da comunidade além da promoção da capacitação dos recursos humanos envolvidos. Ou seja, propõe-se a perspectiva de mudança do modelo assistencial para o da atenção integrada.

Estabelece ainda parâmetro de segurança quanto aos serviços prestados ao usuário, como o número mínimo e máximo de usuários atendidos em cada serviço e os apontadores de incidência. Assim, para oferta de serviço de diálise deve se considerar o número mínimo de 225.000 habitantes por área. A viabilidade

econômica requer o número mínimo de 96 usuários e, atendendo os parâmetros de segurança do usuário, o atendimento pode se estender no máximo a 200 pacientes (Brasil, 2004).

A rede de atendimento também é contemplada pela política em todos os níveis de atuação, comparando estes dados com os da cidade de Uberaba, o modelo de gestão indicado no contexto desta pesquisa insere o município na forma de Gestão Plena em Saúde³⁸ com abrangência da macro-região do Triângulo Sul, constituída pelas regiões de Araxá (8 municípios), Frutal e Iturama (11 municípios) e Uberaba (8 municípios). A região de Araxá conta com serviços de diálise. No município de Uberaba conta com 03 serviços de diálise, sendo 01 cadastrado como Centro de Referência em Nefrologia, que conforme a PNAPDR requer instalação junto a unidades hospitalares públicas ou universitárias públicas e, no presente caso, pertence ao Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). O mencionado Centro de Referência conta com características de suporte técnico, operando como integrador do sistema local e regional, com fomento à pesquisa e ensino e o oferecimento de subsídios para ações dos gestores de controle, regulação e avaliação, de capacitação e treinamento em ações de educação continuada.

Os procedimentos em Diálise são realizados por prestadores de serviços credenciados pelo SUS. No município de Uberaba, conta com dois prestadores privados, além do centro de referência já citado de natureza pública, que juntos atendem à população de 19 municípios, ou seja, num total de 645.367 habitantes, conforme dados do IBGE/DATASUS em 2009 e do Plano Municipal de Saúde de Uberaba 2006-2009.

O acesso aos Serviços de Diálise, neste modelo de atendimento, inicia-se pela atenção básica, passando pela média complexidade, sendo a alta complexidade a última instância, numa lógica de integração das ações. No entanto, na prática observa-se o ingresso do usuário diretamente na urgência/emergência de procedimentos de alta complexidade, como no caso da diálise, situação evidenciada pela fala dos sujeitos da pesquisa.

³⁸ Gestão plena em saúde refere-se a descentralização da gestão do SUS implementada através da Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991 e NOB nº 01/91, onde o município assume a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde em todas as níveis de atenção de saúde. (BRASIL, 2003).

Quando eu soube, eu já estava com o problema, eu já não conseguia me alimentar bem, estava sempre trabalhando e sentia fortes dores de cabeça, às vezes, tinha dificuldade para enxergar, foi quando corri para o médico, e foi constatado que era problema nos rins, os dois estavam paralisados. Então comecei na hemodiálise [...] (S3)

[...] o médico me explicou que eu tinha que fazer hemodiálise, inclusive naquele dia, eu já tinha que passar um catéter, eu estava assim meio perdido, não sabia o que fazer, mas o médico me explicou direitinho como que ia funcionar tudo então. (S5)

A Assistência Farmacêutica também está contemplada nas diretrizes da PNAPDR em todos os níveis da saúde, articulada aos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade. Todavia, no município de pesquisa observou-se que a oferta de medicações, especialmente na esfera da atenção básica, é mais intensa em períodos pré-eleitorais e, posteriormente aos pleitos, os usuários ficaram desprovidos por trimestres do acesso aos medicamentos, recebendo-os, por vezes, de forma fracionada nos casos de uso contínuo, como hipertensão e diabetes. No âmbito do Estado, mesmo diante da burocratização, existe procura pelo o acesso às medicações de alto custo.

O financiamento da alta complexidade também foi contemplado na referida política, sendo o SUS responsável por 86,7% das terapias renais substitutivas na modalidade hemodiálise nos serviços de diálise privado e por 13,3% pelos convênios particulares, segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), com base no censo de 2009. Implica dizer que no “mercado da doença” estes convênios teriam que arcar com o alto custo do procedimento, o que parece não refletir o lucro almejado. Uma vez que estes custos referem-se a equipamento de alta tecnologia, equipe especializada e específica para este fim, medicamentos, insumos, além do rigoroso tratamento e controle da qualidade água utilizada nos procedimentos que a doença renal crônica requer.

Nos estudos sobre o financiamento pelo SUS do procedimento de hemodiálise, contemplou-se questões como o reajuste de 100% na época para a confecção da fístula³⁹ para acesso à hemodiálise e o “incentivo de 5% no faturamento dos Serviços de Diálise dos Centros de Referência em Nefrologia para que os mesmos possam se integrar ao processo de assessorar o gestor local na

³⁹ Sobre a fístula refere-se ao procedimento cirúrgico realizado normalmente no braço (junção das veias) como o acesso para tratamento em hemodiálise e será tratada no Capítulo III no subtítulo Doença Renal: causas e tratamentos.

implementação da política ao portador da doença renal”. (BRASIL, 2004, p. 67), sendo que tais pontos parecem ter ficado no âmbito da indicação sugestiva.

Os custos com a hemodiálise também foram objeto de análise na PNAPDR, resultando no consenso das discussões dos grupos de trabalho, o qual define para o procedimento de hemodiálise uma planilha básica em que o serviço de diálise atenda o regulamento técnico definido pela Portaria MS/GM nº82 de 2000, fixando-se ainda os recursos mínimos e as respectivas quantidades necessárias à realização de uma sessão de hemodiálise, para tal ficou estabelecido que,

Definiu-se o número de 96 usuários para serem atendidos pelo serviço, sendo esta a média nacional de usuários por serviço é ainda a quantidade de 16 pacientes por turno, cada paciente fazendo três sessões semanais de hemodiálise, o que resulta em 1.248 sessões no mês. (BRASIL, 2004, p. 68).

Os dados da região de Uberaba demonstram que na, na área da saúde, se consubstancia em um pólo de tratamento por atender na região 27 (vinte e sete) municípios, sendo que 19 (dezenove) não contam com serviço de hemodiálise, modalidade de terapia renal substitutiva objeto do presente estudo. A população oriunda desses municípios é atendida fora de seu domicílio, em três serviços ambulatoriais da cidade de Uberaba: 01 (um) governamental, o Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atendendo a 35 (trinta e cinco) usuários por mês, com 3 sessões semanais de hemodiálise resultando em 420 sessões mensais; 02 (dois) prestadores de serviço particular: Hospital São José, no atendimento de 70 (setenta) usuários, com 3 sessões semanais de hemodiálise, resultando em 840 sessões mensais e o Instituto de Hemodiálise e Transplante Renal de Uberaba atendendo a 65 (sessenta e cinco) usuários por mês, com 3 sessões semanais de hemodiálise, resultando em 780 sessões mensais. Portanto, são 170 usuários mensais, caracterizando 2040 sessões/mês, conforme dados obtidos no levantamento no mês de outubro de 2009. Entretanto, em abril de 2010 no Instituto de Hemodiálise o número de usuários em hemodiálise passou para 92 usuários, demonstrando o crescimento vertiginoso da doença renal crônica e do início na hemodiálise.

Em comparação com os dados do Sistema de Dados do SUS (DATA-SUS), em média, são realizadas 2040 sessões por mês, dados que se coadunam com a soma dos atendimentos prestados pelos serviços especializados em Uberaba.

Quanto aos custos da hemodiálise, segundo dados disponibilizados pelo setor administrativo do Instituto de Hemodiálise e Transplante Renal de Uberaba, o SUS repassa o valor de R\$ 144,17 pelo denominado *pacote*, ou seja, sessão de hemodiálise, o atendimento com nefrologista, os materiais e insumos, os medicamentos e exames mensais, conforme estabelecido em protocolo. Portanto, no mês cada usuário representa em média um repasse entre 13 e 14 sessões, estimando-se um valor total de R\$ 1.874,21 a R\$ 2.018,38. No caso, da prestação de serviço particular (excluído os convênios) o valor de cada sessão de hemodiálise pode variar de R\$ 500,00 a R\$ 700,00.

As diálises na modalidade peritoneal conhecida como CPA, têm um repasse mensal do SUS no valor de R\$ 1.791,56, valor exato dos materiais fornecidos pela empresa *Fresenius* (líder no mercado de bolsas e demais materiais para diálise peritoneal no Brasil). A Diálise Peritoneal Automática (DPA) tem repasse do SUS no valor de R\$ 2.131,96 mensal, disponibilizada pela empresa *Home Choice* (também líder no mercado nesta modalidade).

Retomando o tratamento em hemodiálise, o SUS autoriza no mês por usuário até 4 sessões extras, necessárias no caso de intercorrências do quadro clínico. As consultas com nefrologista destinadas ao atendimento individuais têm um repasse do SUS no valor de R\$ 11,00. Outro dado interessante refere-se à diferença dos custos da hemodiálise no Brasil, estimados em 64 dólares, e nos Estados Unidos, computados 123,00 dólares por sessão. Atualmente, existe um movimento liderado pelos representantes das entidades privadas para um reajuste no repasse do custo das sessões de hemodiálise.

Quanto ao papel da esfera Estadual, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais fica responsável pela regulação, aprovação e autorização dos Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), com a aprovação de 100 procedimentos mensais, cada um com validade de 01 (um) ano, podendo ser utilizado por um período de 90 (noventa) dias.

Segundo dados atuais, 22% das vagas disponíveis no Instituto de Hemodiálise é destinado aos usuários de cidades vizinhas, que necessitam, pois, realizar o tratamento fora do domicílio.

Finalizando o estudo da PNAPDR, merece atenção a matéria concernente ao uso das tecnologias, sob a discussão da necessária avaliação em relação ao custo-benefício, o incentivo à pesquisa e ao avanço tecnológico nacional, a avaliação em

relação à qualidade de vida do usuário e sua sobrevida e a discussão da bioética na atenção integral da saúde.

O uso das tecnologias em saúde consistiu em avanços no diagnóstico e tratamentos terapêuticos, alterando os índices de sobrevida das pessoas com insuficiência renal crônica, porém, ainda há muito a se analisar quanto aos aspectos qualitativos em saúde, para se avançar na atenção a saúde de forma integral.

Recorrendo a estudo realizado por Martins e Cesarino, constatou-se que, em mais de 95% dos sujeitos da pesquisa, ocorreram importantes de hábitos de vida após o início de seus tratamentos em hemodiálise; destes, 52% tornaram-se inativos devido ao afastamento do trabalho (Auxílio-Doença e Aposentadoria). Assim, verificou-se que quanto maior o tempo de hemodiálise menor é a qualidade de vida, principalmente em relação a saúde física, fato evidenciado pelo sedentarismo e pelo aumento da obesidade.

Outra pesquisa, que investigou a associação entre estes fatores e a qualidade de vida, hospitalização e óbito de indivíduos hemodialisados, argumenta que a diminuição da redução da saúde física tem implicações indiretas, uma vez que não incentiva práticas saudáveis no estilo de vida, ampliando ainda mais fatores de risco desta população. No entanto, notou-se também que, com o decorrer do tempo, este sujeito demonstra melhor adaptação ao tratamento.

Segundo estudo realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu, entre 1990 e 2000, os avanços das tecnologias em hemodiálise não demonstraram uma maior sobrevida dos usuários no citado período. Estes dados corroboram outras pesquisas realizadas anteriormente, que constaram 78% de sobrevida após um ano de tratamento e 57% após cinco anos. Segundo a Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante (ABCDT) em estudo sobre óbitos, realizado com 1.831 indivíduos em hemodiálise ao longo de 10 anos, mostrou que cerca de 1/3 dos óbitos ocorreu nos três primeiros meses do tratamento, comprovando que os usuários chegavam à fase final da doença com poucas chances de sobreviver. Assim, questiona-se se o uso das tecnologias em saúde realmente prolongam a expectativa de vida em diálise? E qual a qualidade de vida destes sujeitos diante desta situação?

A avaliação da incorporação tecnológica relacionado-a com a melhoria da assistência na saúde e da cultura dos limites se constituem em um grande desafio para os sistemas de saúde, pressionados pelas demandas crescentes de seus

usuários e profissionais e, por outro lado, pelo aumento dos custos e pela racionalização dos recursos imposta pelo governo. Isso suscita debates éticos e políticos sobre quais seriam as melhores escolhas de âmbito moral, legítimas e politicamente aceitáveis. (SCHRAMN; ESCOSTEGUY, 2000).

Dessa forma, a PNAPDR prevê que a avaliação das tecnologias em saúde deve objetivar a organização dos conhecimentos sobre as tecnologias para analisar a eficácia, efetividade, segurança, os impactos econômicos e sociais. Este último, nosso objeto de estudo.

A atenção à saúde dos usuários deve levar em conta a incorporação do uso das tecnologias em saúde de forma eficaz, o que requer técnicas de avaliação que possam analisar as implicações clínicas, sociais, éticas e econômicas do desenvolvimento do uso destas tecnologias. (BRASIL, 2009).

O objetivo da atenção à saúde é contribuir para uma população mais saudável e ajudar a garantir o uso das tecnologias seguras e eficazes de forma segura, evitando o prejuízo à saúde dos usuários, devendo ter como resultado a saúde em seu conceito mais amplo.

Quanto ao desenvolvimento das tecnologias em saúde, observa-se o que se pode chamar de monopólio dos países desenvolvidos, que exploram a venda desta tecnologia para uso nos países em desenvolvimento, que historicamente vivenciam graves situações sanitárias graves associadas à falta de investimento de recursos para atenção à saúde. Tais países convivem também com uma distorção na dispensação dos recursos para as tecnologias, em detrimento das ações de necessidade de saúde da população, refletindo na produção e nas estratégias de mercado dos fornecedores de tecnologias. Destaca-se ainda que estas tecnologias devem ser avaliadas do ponto de vista do contexto brasileiro, onde poderia haver incentivos à indústria nacional, visando melhor eficiência quanto à aquisição de equipamentos.

É necessário motivar os usuários, assim como os demais atores envolvidos, a participar do processo de avaliação, tendo em vista apurar se os objetivos estão sendo atingidos mediante as avaliações clínicas sistematizadas, bem como promover o incentivo à adesão ao tratamento, a maior atenção nas ações de atenção básica (como o controle da hipertensão arterial) e a adoção da dimensão cuidadora e acolhedora pela equipe de saúde em relação ao usuário, entre outros.

No Brasil ocorreram avanços sociais importantes nas últimas décadas, porém, a desigualdade social ainda atinge uma parcela considerável da população que não dispõe de condições básicas e necessárias para uma vida digna, como água tratada, rede de esgoto, habitações adequadas e, sobretudo, uma alimentação que supra suas necessidades nutricionais. Assim, a lógica da saúde acaba por ser reparadora em detrimento da promoção de saúde.

[...] Segundo Noronha e Andrade as desigualdades sociais afetam negativamente o estado de saúde dos indivíduos. Assim, a qualidade de vida é menor nas pessoas com renda mais baixa, configurando-se a inequidade nas condições de vida e de saúde, especialmente dos mais vulneráveis, que se encontram com sua autonomia reduzida pela ocorrência de problemas de saúde. (GODOY, 2006 apud BAPTISTA; LEITE; OLIVEIRA, 2007, p. 285).

Nesse contexto, inserem-se os sujeitos com insuficiência renal crônica que chegaram ao estágio terminal da doença e, em alguns casos, pela falta do diagnóstico e/ou do tratamento precoce, que promoveria ações em nível preventivo. Desta forma, estipula-se que atualmente existam cerca de dois milhões de brasileiros com doença renal em fase pré-dialítica e sem diagnóstico. Estes dados também são apontados por Miguel Riella, nefrologista e presidente da Fundação Pró-Renal, “a doença crônica dos rins é mais comum do que se imagina. Pelo menos 10% da população adulta têm o problema. E é uma doença que se desenvolve de forma silenciosa. Por isso a importância dos exames preventivos”. (RIELLA, 2008, p.1).

Ao procurar se criar meios para controlar o eventual mau uso das inovações originadas a partir da pesquisa científica e, simultaneamente, fomentar a avaliação de tais fenômenos e desafios de forma integrada às demais ciências, sobretudo as ciências humanas, ingressa-se no campo da Bioética.

A Bioética representa, hoje, a ética científica aplicada às situações vitais, envolvendo a sobrevivência humana e que vincula a biologia às humanidades e à preocupação com a qualidade de vida. Sua abrangência envolve as ciências da vida, da saúde e do meio ambiente (em interface), por meio da participação de todos os atores que possam estar envolvidos em determinada questão ética. A origem da bioética reporta à reflexão ética voltada para a vida em sua plenitude, envolvendo todos os seres vivos que compõem a natureza, inclusive a mesma. No estudo do termo bioética (*bio+ethik*), registrou-se a utilização do termo pela primeira vez por

Fritz Jahr, que a caracterizou como o reconhecimento de obrigações éticas, não apenas com relação ao seres humanos, mas com todos os seres vivos, essencialmente como um fim em si mesmo e tratando-o como tal. Já no final do século XIX, o vínculo da medicina com a ciência torna-se evidente no desenvolvimento de novas tecnologias como: novos medicamentos; técnicas de transplante; Unidade de Terapia Intensiva; Máquinas de diálise e outros. Contudo, a cada novo desenvolvimento das tecnologias geram-se novos problemas éticos e, nesse sentido, a Bioética representa a retomada de um processo reflexivo da ética voltada para fenômenos advindos do uso das tecnologias em saúde.

Sua influência teórica e prática incluem situações cotidianas, inclusive matérias e/ou objetos alvos das do assistente social, ou seja, a Questão social e suas múltiplas expressões, como fome, abandono, doenças, exclusão social, má distribuição de recursos, racismo, discriminação dirigida aos excepcionais, aborto, eutanásia e outros. Incluem-se também situações emergentes ou de limites (novas técnicas reprodutivas, transgênicos, engenharia genética, transplantes, doação de órgãos e outros).

A bioética supera a ética médica por não se limitar exclusivamente ao estabelecimento e à obediência de códigos e preceitos da medicina, da hegemonia médica, seu sentido amplifica as ações para as ações multidisciplinares que abrangem as ciências médicas, biológicas, a Filosofia, o Direito, a Antropologia, a Ciência Política, a Teologia, a Comunicação, a Sociologia, a Administração, a Economia. Tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência, denunciar os riscos das possíveis aplicações científicas, enfim, estabelecer a harmonia entre o progresso intelectual técnico e o de ordem moral e cultural.

O espaço da ética numa direção crítica e transformadora, aponta para a coerência de um exercício profissional que busque os fundamentos da ontologia do ser social, tendo como centrais a liberdade, a emancipação e a preservação humana. Assim, os conhecimentos e compreensão acerca da bioética e seus rebatimentos no processo de avaliação do uso das tecnologias, no caso de estudo daqueles sujeitos com doença renal em hemodiálise, tornam-se essenciais na medida em que tais indivíduos, bem como as coletividades compostas de maiorias, sofrem as restrições de uma liberdade reduzida devido às privações, falta de condições para decidir sobre os rumos de sua vida e o empobrecimento provocados

pelo aumento de sua vulnerabilidade. Torna-se imprescindível discutir as questões relacionadas à insuficiência renal crônica devido à sua complexidade, pois abordam, de um lado, um número crescente de indivíduos, muitos deles sem autonomia, vulneráveis, sofrendo com a doença e as incertezas, os medos e a dependência da máquina de hemodiálise e, de outro, os altos custos sociais desta terapêutica.

À medida que ocorrem os avanços tecnológicos, torna-se importante a implementação de espaços de reflexão sobre as implicações éticas e sociais que se originam deste processo, onde a avaliação tecnológica é cada vez mais reconhecida, mas a maioria das publicações tem enfatizado apenas os aspectos metodológicos e científicos.

Existem vários tipos de interesses envolvidos na incorporação tecnológica, fontes de conflitos de valores. As implicações éticas incluem aquelas relativas à experimentação para aferir sua eficácia; à avaliação da boa ou má prática das ciências; à forma de incorporar as novas tecnologias e à sua efetividade; ao acesso e à alocação de recursos disponíveis. A incorporação da dimensão ética na avaliação tecnológica possibilitará melhor compreensão da prática de saúde e um avanço em direção ao seu aprimoramento. Nessa perspectiva, a proteção aos usuários dos serviços de hemodiálise depende da eficácia e da qualidade do cuidado prestado pela equipe de saúde e, inevitavelmente, do poder normativo e fiscalizador do Estado.

Assim, o Assistente Social prioriza a defesa dos princípios éticos em consonância com os pressupostos coletivamente construídos pela categoria profissional em seu processo histórico, que só pode se realizar diante de uma centralidade da ética nesse processo.

Quanto às situações éticas significativas que se relacionam diretamente com o universo da saúde, os cuidados e a atenção os sujeitos em hemodiálise, aos avanços na biotecnologia, requer-se que o exercício profissional do Serviço Social ocorra em consonância com os compromissos alicerçados no Código de Ética sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, expressão sexual, idade, condição física, respeitando o direito à liberdade, na defesa dos direitos humanos e ampliação e consolidação da cidadania, inclusive das demais profissões.

Dessa forma, deve-se proporcionar espaços específicos e de centralidade nas questões relacionadas à discussão e à reflexão contínuas a respeito das questões

éticas e seus desdobramentos, no que se refere à preservação e à manutenção da vida em sua plenitude, incluídos todos os ciclos, os cuidados com as pesquisas, o uso de tecnologias e dos recursos provenientes de tais avanços, além de promover a ampliação da participação dos sujeitos de direitos.

CAPÍTULO III

DOENÇA RENAL CRÔNICA E SUAS PARTICULARIDADES NO PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL

O atual contexto brasileiro reflete as mudanças ocorridas ao longo da história em seus vários aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais; estes constituem determinantes e condicionantes em saúde, resultantes das relações sociais. Tais transformações englobam ainda a dimensão ambiental.

Nas diretrizes do Pacto pela Vida estabelece-se o compromisso de articulação solidária e cooperativa entre as diferentes esferas de gestão da saúde em torno de prioridades da situação de saúde da população brasileira. No compromisso com ações de melhoria da qualidade de vida de sujeitos e da coletividade, assim como ratifica a responsabilidade sanitária e solidária do SUS. Além disso, resgata a importância do planejamento como instrumento de gestão na tomada de decisões voltadas para as especificidades e estabelece focos de ação prioritários, todavia, respeitando a diversidade do país.

A discussão apresentada fundamenta-se no processo sócio-histórico da política destinada às pessoas com insuficiência renal crônica e se articula com o Pacto pela Saúde, seus objetivos e prioridades na política pública de saúde do SUS, além da promoção a saúde e o fortalecimento da atenção básica.

As prioridades pactuadas expressam os desafios para consolidação do Sistema Único de Saúde na atualidade, nestas se encontram as doenças crônicas transmissíveis e não-transmissíveis. Desta forma, entende-se que a saúde é determinada socialmente e impõe a melhoria da qualidade de vida das coletividades. Assim, surge a necessidade de organização do sistema de saúde em consonância com a realidade em que vivem os sujeitos e coletividade, sistema este que, apoiado na leitura da realidade, ser capaz de concretizar ações efetivas, eficazes e integradas. Nesse sentido, o propósito destas diretrizes é desencadear e fortalecer as ações de cuidado integral ao paciente com Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), que sejam propositivas na mediação junto às demandas e respeitem as especificidades e particulares de cada região de saúde⁴⁰.

O cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis (representado pela promoção da saúde, pelo fortalecimento da atenção básica, pela saúde do idoso e pelo controle do câncer de colo uterino e de mama) inclui em suas estratégias pontos de análise da situação de saúde e de implementação de políticas em todas as esferas de gestão do SUS. (BRASIL, 2006). Verifica-se a existência de certa

⁴⁰ São recortes territoriais de espaços geográficos contínuos que podem assumir diferentes formatos conforme as diversidades das necessidades de saúde e de estrutura e os recursos sanitários disponíveis. (BRASIL, 2008, p.10).

priorização das DCNT, principalmente porque elas apresentam impacto significativo no planejamento e no custo das ações sanitárias efetuadas pelo SUS.

O Pacto pela Vida implica, pois, em um grande compromisso nacional ao priorizar o objetivo de sensibilizar e subsidiar gestores e trabalhadores do sistema de saúde frente ao compromisso com o desenvolvimento de estratégias setoriais e intersetoriais para o cuidado integral das doenças crônicas não-transmissíveis, de forma que integrem os processos de gestão definidos no Pacto pela Saúde e possibilitem a reversão do quadro de morbimortalidade a elas referido.

Consideradas como epidemia na atualidade, as doenças crônicas não-transmissíveis constituem um sério problema de saúde pública em países como o Brasil, onde os níveis de desigualdade social são alarmantes, demonstrando dificuldade de garantia de políticas públicas capazes de alterar positivamente este quadro.

Há um crescimento significativo do contingente de pessoas com insuficiência renal crônica no Brasil, transformando-se em um problema para a saúde pública devido ao alto custo do tratamento por pessoa e, por isso, torna-se necessário inquirir as causas que levam os indivíduos a adoecer, os seus respectivos tratamentos, possibilitando vislumbrar propostas capazes de promover o enfrentamento da problemática.

Para melhor compreensão desta categoria que compõe o objeto de estudo, trata-se neste capítulo as doenças crônicas não transmissíveis e as prerrogativas do Pacto pela Vida que compõem o Pacto pela Saúde na firmação do compromisso com as prioridades em saúde, seguido das especificidades da insuficiência renal crônica: causas e tratamentos com ênfase na hemodiálise, objeto de estudo do locus de trabalho do Assistente Social no serviço diálise.

3.1 As Doenças Crônicas: Revisão de Literatura

Prioriza-se inicialmente tratar da discussão da saúde como dimensão humana, qualquer estudo que aborde as condições do processo saúde-doença se enlaça na condição humana de vida.

A questão da saúde pode ser sintetizada como uma construção histórica de natureza social, passando invariavelmente pelas condições de vida, do desenvolvimento desigual da sociedade, ao mesmo tempo em que representa sofrimento individualizado da vida pessoal. (BERTANI, 1992 apud BERTANI, 2002, p. 17)

Cada indivíduo encara o mundo de forma única, a partir de sua realidade concreta, sem dissociar suas dimensões objetivas e subjetivas, visto que o homem não é só matéria; suas experiências, crenças, valores, constituem seu ser e num movimento dialético constrói e reconstrói sua vida, influência em sua forma de viver, pensar e reproduzir a vida. Portanto, o processo saúde-doença, enquanto movimento, perpassa no adoecer do corpo por dimensões humanas, ainda não apreendidas numa totalidade e representadas na condição singular do homem por meio de seu corpo, não se dissociando de sua subjetividade, da capacidade de ser e estar. O homem enquanto matéria também é espírito, dotado de sentidos, enfim, de espiritualidade, “a capacidade de transcender [...] que apresenta o homem como projeto infinito”. (BOFF, 2000, p. 20).

As reflexões anteriores encontram respaldo no conceito ampliado de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS – 1948), que entende a Saúde como além do campo biológico, do corpo físico, considerando também os aspectos psicológicos ou emocionais e sociais, que juntos proporcionam um estado de bem estar, afinal, “saúde é um bem-estar físico, mental e social”. (OMS, 1948 apud SCLiar, 2007, p.36).

As doenças acometem o corpo, que se representa na individualidade, porém, não remete somente às formas individuais de vida, perpassa pelo coletivo, como “[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (LOAS, 1990, p.28), estes presentes na produção e reprodução da vida social, determinada pelos modos de produção. Assim, o corpo representa a força produtiva e, quando algo neste não funciona de forma adequada, tem-se a instalação de doenças, traduzida pela ausência de saúde. Portanto, no corpo se expressa o adoecer, como decorrência de múltiplas causas, num complexo entre saúde e doença, que estabelecem entre si estados isolados de uma mesma realidade.

A saúde e a doença são considerados estados de um mesmo processo constituído de fatores biológicos, ambientais, econômicos, políticos, culturais e

sociais, mantendo uma inter-relação, o que significa afirmar que se trata de “um processo casual, que se identifica com o modo de organização da sociedade, [...] produção social da saúde e/ou doença”, o “processo de saúde-doença constitui uma expressão particular do processo global da vida social” (BREILH apud ALMEIDA, 1998, p. 12)

Destaca-se neste processo as doenças crônicas não transmissíveis e a Organização Mundial da Saúde (OMS),

[...] define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares (cérebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes *mellitus*. A OMS também inclui nesse rol aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas. Considera-se que todas elas requerem contínua atenção e esforços de um grande conjunto de equipamentos de políticas públicas e das, pessoas em geral. (OMS, 2005 apud BRASIL, 2008, p.13).

Ainda, devem se considerar neste rol aquelas doenças que têm fatores de risco em comum, portanto, podem contar com uma intervenção simples na prevenção.

As doenças crônicas não transmissíveis possuem características como,

- Levam décadas para estar completamente instaladas na vida de uma pessoa e têm origem em idades jovens;
- Sua emergência é em muito influenciada pelas condições de vida, não sendo resultado unicamente de escolhas individuais;
- Têm muitas oportunidades de prevenção devido à sua longa duração;
- Requerem um tempo longo e uma abordagem sistemática para o tratamento;
- Os serviços de saúde precisam integrar suas respostas na abordagem. (BRASIL, 2008, p.14)

Ao se discutir esta situação de relevância, deve-se considerar a repercussão dessa tipologia de doenças na classe trabalhadora. Segundo dados da OMS, em 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram de doenças crônicas no mundo, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, representando o dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas. Na América Latina e no Caribe estas doenças são as principais responsáveis pelas mortes e incapacidades prematuras. No ano de 2002, foram

responsáveis por 44% das mortes entre homens e mulheres com menos de setenta anos. Destaca-se que estes dados podem mudar de acordo com a região, devido às subnotificações dos dados de mortalidade.

A expansão das doenças crônicas reflete as relações sociais estabelecidas no modo de produção capitalista, considerando-se que são resultantes das mudanças no modo de se alimentar e viver, sendo estas determinadas por fenômenos como a industrialização, o urbanismo, o desenvolvimento econômico e a globalização.

Nesses aspectos, os fatores são multicausais não comportando limitações, porém, devem ser considerados, prioritariamente, aqueles específicos da hereditariedade e da faixa etária, bem como aqueles denominados como comportamento de risco, que se referem

[...] ao sedentarismo, à alimentação com excesso de gorduras, açúcares e sal, ao consumo de tabaco, ao uso abusivo de álcool e outras drogas e às atitudes violentas na mediação de conflitos. Ao mesmo tempo, reduz-se a ação dos fatores protetores, tais como: o acesso ampliado a alimentos *in natura* e de melhor qualidade nutricional, a existência de redes de suporte social e de espaços públicos seguros e facilitadores de interação social por meio de práticas esportivas e culturais, bem como o desenvolvimento de ferramentas não violentas para a mediação de conflitos, entre outros. (BRASIL, 2008, p.16).

Nos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil, as mudanças relacionadas à alimentação e ao sedentarismo se processam em um ritmo acelerado, esta tendência altera e direciona o modo de vida da população, refletindo no avanço das doenças crônicas, o que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) exige ações de longo prazo, por se consistir em patologias com reflexos permanentes, produzindo incapacidades/deficiências residuais, por vezes, irreversíveis e que necessitam de atenção especializada no tratamento/reabilitação do sujeito.

No Brasil desde a década de 1960, o processo de transição demográfica, epidemiológica e de alimentação vem alterando o perfil de morbidade e mortalidade, isto porque implica em modificações na longevidade, na redução da desnutrição e no aumento do sobrepeso e obesidade, na diversidade social, econômica e cultural, na desigualdade social nas diferentes regiões do país.

Assim, as doenças crônicas passam a requisitar o uso de estratégias com tecnologias mais efetivas, para se trabalhar com os fatores condicionantes e

determinantes sociais, econômicos, ambientais, direcionados na perspectiva da integralidade, respeitando as particularidades de cada região, por meio do fortalecimento das ações prevenção e promoção em saúde. Neste sentido, o cuidado integral deve ser trabalhado conforme a seguinte concepção:

[...] cuidar é parte do cotidiano humano e refere-se a um agir de respeito e responsabilização, constituindo uma 'atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito'. (VALLA; LACERDA, 2004 apud BRASIL, 2008, p. 32).

O cuidado integral das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) pressupõe a construção de vínculos de co-responsabilidade do sujeito e da promoção em saúde, não se trata aqui de atribuir ao indivíduo a responsabilidade, mas de ampliar as redes de compromissos e de participação comunitária, priorizando medidas de redução das vulnerabilidades⁴¹ em saúde, principalmente quando a doença apresenta um quadro complexo para a construção do tratamento, sendo que qualquer dimensão (maior ou menor grau) do cuidado pode significar agravos no processo de adoecimento do sujeito.

Trabalhar no cotidiano com a doença crônica implica interagir numa realidade de sofrimento e limitações que se prolongam na vida dos sujeitos, alterando-a de forma significativa, inclusive no âmbito das suas relações sociais. Não significar simplesmente estabelecer modos de prolongar a vida, a exemplo, o uso contínuo de medicamentos, e sim de se ocupar do processo saúde-doença na existência concreta dos sujeitos, famílias e comunidades na busca pela integralidade nas práticas de saúde, na humanização e no restabelecimento do compromisso com os princípios da universalidade e da equidade em saúde.

3.2 Insuficiência Renal Crônica: Causas e Tratamentos

O crescimento significativo do número de pessoas com insuficiência renal crônica no Brasil tornou-se um grande problema para a saúde pública, em razão do alto custo do tratamento, por isso, torna-se necessário inquirir as causas que levam

⁴¹ Vulnerabilidade em saúde refere-se às situações de desigualdades sociais geradas na contraditória e antagônica relação capital-trabalho.

os indivíduos a adoecer e os seus respectivos tratamentos, possibilitando conhecer como se vivenciam as situações existentes neste contexto numa aproximação da realidade e buscar alternativas de humanização do processo saúde-doença, voltadas para prevenção e para a diminuição do agravo da problemática.

O surgimento da insuficiência renal crônica se manifesta no momento em que os rins começam a perder ou perdem totalmente sua função normal, manifestando-se das seguintes formas: congênita/nascença, hereditária e adquirida.

A Sociedade Brasileira de Nefrologia avalia que quase 1 (um) milhão de brasileiros têm problemas renais, cerca de 90% destas pessoas não sabem da doença e que, a cada ano, as doenças renais matam pelo menos 15 mil pessoas (SBN, 2009).

No contexto da Insuficiência Renal Crônica (IRC⁴²), o estudo e a construção do conhecimento a respeito das terapias substitutivas da função renal e da realidade vivenciada por estes sujeitos, desvelando as particularidades presentes neste espaço de trabalho do Assistente Social, integrante da equipe multiprofissional do serviço de diálise.

3.2.1 Causas

A insuficiência renal crônica é uma das doenças crônicas não transmissíveis que geralmente levam o indivíduo a se submeter a condicionamentos e restrições que incluem a mudança nos hábitos de vida. Em virtude da extensão e da complexidade dos problemas inerentes à vivência da cronicidade da doença, ocorrem diversas implicações concretas, que serão apresentadas no decorrer deste capítulo por meio da fala dos sujeitos, revelando como estes vivem no cotidiano com a doença, com o tratamento e quais os impactos diante desta nova realidade.

Portanto, pretende-se retratar a doença renal crônica e os concernentes tratamentos disponíveis: Hemodiálise, Diálise Peritoneal e Transplante Renal, partindo-se da função dos rins:

⁴² Desde ponto em diante, utilizar-se-á a sigla IRC para Insuficiência Renal Crônica.

São órgãos duplos, com forma de feijão, constituídos por milhares de filtros chamados néfrons. Estes purificam o sangue e produzem cerca de 1,2 litros de urina diariamente. Além disso, os rins regulam a quantidade de água do corpo e as substâncias resultantes da atividade metabólica dos tecidos. (DAUGIRDAS, 2001, p. 75).

Assim, os rins desenvolvem um trabalho muito importante no corpo humano e a sobrevivência depende do funcionamento normal destes órgãos vitais, que são responsáveis pela eliminação de toxinas do sangue por um sistema de filtração, pela regulação da formação do sangue e da produção dos glóbulos vermelhos, pela pressão sanguínea e controle do balanço químico e de líquidos do organismo e da produção de hormônios. Sobre o conhecimento de um dos entrevistados acerca da função renal:

Eu conheço sobre a doença renal e que prejudica tudo, porque o rim da gente é como se fosse o segundo coração, então tudo depende do rim para estar funcionando, eu sei que se meu rim não estiver bem, o seu corpo inteiro fica prejudicado, prejudica coração, prejudica as outras partes, os outros órgãos do corpo, então tudo gira em torno do rim. (S4)

Segundo este sujeito, os rins são órgãos vitais, quando não funcionam apropriadamente, as toxinas se acumulam no sangue, instalando-se doenças diversas decorrentes da insuficiência renal comprometendo todo o funcionamento do organismo. Destaca-se que dentre os 06 (seis) entrevistados, somente um discorre sobre a função dos rins e acredita-se tal fato tenha relação com o desenvolvimento do exercício profissional na área da saúde. Observa-se, portanto, haver desconhecimento por parte daqueles que já estão inseridos no tratamento, pois tal discussão não foi contemplada por nenhum outro entrevistado, ressalta-se, então, a importância de informação sobre a doença para contribuir com a adesão do tratamento renal.

A insuficiência renal pode ser aguda ou crônica. Neste sentido, a forma aguda é considerada:

Em alguns pacientes com doenças graves, os rins podem parar de funcionar de maneira rápida, porém temporária. Rápida porque a função renal é perdida em algumas horas e temporária porque os rins podem voltar a funcionar após algumas semanas. A esta situação os médicos chamam de insuficiência renal aguda. Em muitas ocasiões o paciente necessita de ser mantido com tratamento por diálise até que os rins voltem a funcionar (SBN, 2010).

Portanto, a insuficiência renal aguda é considerada como parada súbita e temporária das funções renais, compreendendo enfermidades que afetam o seu funcionamento normal. A insuficiência renal aguda é reversível, desde que seja tratada corretamente.

A insuficiência renal crônica constitui-se na perda lenta, progressiva, assintomática e irreversível das funções renais, o que pode levar ao risco de morte. Recorre-se aos relatos quanto à descoberta da doença e do diagnóstico, acreditando-se que a partir deste momento o sujeito experimenta um dos maiores impactos em sua existência, pois é colocado diante da possibilidade de viver ou morrer. Trata-se de um estágio sem a opção de escolha, onde a liberdade referente à não aceitação do representa a própria morte; invariavelmente, a ciência da patologia envolve sofrimento, variando apenas a dimensão de sujeito para sujeito, de acordo com suas representações.

Ah, foi muito difícil, muito difícil mesmo, acabou com a minha vida, se não fosse o apoio da psicóloga, do pessoal eu não sei não. Até hoje é difícil acreditar entendeu, até hoje e já tem dois anos, é muito difícil de aceitar, é difícil demais. (S2)

[...] essa situação para mim é inaceitável, eu era uma pessoa assim, extremamente sadia, não sentia nada, não sentia dor de cabeça, não sentia uma dor na perna, [...] (S4)

Eu fiquei arrasado, quando eu descobri, eu já estava começando a ter problemas, antes saber que era problema renal, então assim foi muito sofrido [...] (S5)

A aceitação da doença é evidenciada nas diferentes falas e remete à aceitação da própria morte, à admissão de a doença que aproxima este sujeito cada vez mais do fim de sua condição humana, impedindo-o de viver a vida em sua plenitude. Coloca-se, então, o sujeito diante do momento de encarar a vida em suas formas concretas, agora ligada a uma “máquina”, objeto frio, sem sentimento, sem acolhimento. Em um momento que combina dor, medo, angústia e, mesmo, esperança, os aparelhos representam agora a única forma de sobrevivência, pois, têm a capacidade de substituir e complementar as funções vitais no corpo perdidas pelo corpo, trazendo o alívio aos sintomas que fragilizam seu ser.

Considerar o processo saúde-doença remete ao estudo das principais doenças que levam à insuficiência renal crônica que, segundo dados do Ministério da Saúde (2003), são a Diabetes e Hipertensão, estas, por sua vez, são doenças

que não apresentam sintomas e que, vinculadas à falta de informação e atenção primária, podem levar ao quadro de IRC. Os relatos dos sujeitos entrevistados expressam a importância de promover, no âmbito da atenção à saúde, o acesso às informações sobre as doenças que podem levar a insuficiência renal crônica:

[...] mas também assim, eu não tinha nem idéia, naquela época, era em 2004, eu não tinha conhecimento que poderia levar ao problema renal. **S1**

Eu estou aprendendo agora, no começo eu não recebia essas informações todas, não; eu nem sabia que existia hemodiálise. **S2**

[...] a gente não conhece, só conheço o que eu estou passando, mas conhecer, não conhecia não. **S5**

O acesso às informações básicas sobre os cuidados de prevenção faz parte da educação em saúde, contemplada na atenção primária e também pode ser desenvolvido junto à população nos vários níveis da saúde. Além do trabalho integrado junto à rede, informações preventivas podem ser trabalhadas em escolas, empresas por meio da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), associações comunitárias diversas e, ainda, através da mídia, capaz de atingir uma grande parcela da população. Destaca-se aqui uma observação importante, tais circunstâncias seriam benéficas para o sistema desumano do capital, porém, neste ciclo perverso a população, inclusive aquela parte explorada por meio da mais valia e a do exercício de reserva tem deteriorado sua saúde, necessária para o desenvolvimento do trabalho e do capital.

O nível educacional também pode contribuir para o acesso à informação, pois aquele mais estudou, poderá melhor compreender o conteúdo das informações vitais à saúde, considerando que este sujeito, por meio da educação, tem maior chance de ser sensibilizado quanto às necessárias ações de prevenção de doenças e promoção à saúde.

Os sujeitos relatam em alguns casos que desconheciam ter determinado problema de saúde, o que pode ser considerado uma das características das doenças crônicas, especialmente no caso da insuficiência renal, que não apresenta sintomas no decorrer da falência lenta do rim. Importante ressaltar que quando o sujeito recebe atenção básica em saúde, alguns indicadores das doenças crônicas podem ser detectados de forma precoce e monitorados adequadamente, prevenindo, assim, a instalação de outras doenças, como no caso do diabetes e da

hipertensão. Outro ponto a ser considerado é aquele referente às diferenças culturais, pois cada região apresenta variações de hábitos alimentares, com alto teor de gordura e sal, combinação que ao longo do tempo pode prejudicar a saúde. Ressalte-se, também, que os alimentos ricos em carboidrato e industrializados são muito consumidos, devido ao baixo custo e também ao incentivo na mídia; oferecidos a custos acessíveis, geram lucros para as empresas alimentícias, mas comprometem a saúde dos consumidores.

Retornando ao aspecto da IRC, por ser lenta e progressiva, não comporta sintomas perceptíveis pelo indivíduo, entretanto, quando a doença se manifesta, o faz de forma a implicar em prejuízo da função normal dos rins.

Posteriormente à fase assintomática da IRC, a pessoa apresenta sinais da patologia, sendo necessário, então, substituir as funções renais, o que pode ser feito por meio dos tratamentos dialítico ou do transplante renal.

Os primeiros sintomas da IRC podem demorar anos para aparecer, assim as pessoas não percebem com rapidez que estão apresentando sinais que possam significar a perda da função renal. No entanto, com um diagnóstico precoce da doença, a progressão natural e algumas complicações poderiam ser evitadas. (RIBEIRO; FERRARI; BERTOLIN, 2009, p. 175).

Entretanto, a doença renal não se manifesta:

Até que tenha perdido cerca de 50% de sua função renal, os pacientes permanecem quase que sem sintomas. A partir daí podem aparecer sintomas e sinais que nem sempre incomodam muito o paciente. Assim, anemia leve, pressão alta, edema (inchaço) dos olhos e pés, mudança nos hábitos de urinar (levantar diversas vezes à noite para urinar) e do aceito da urina (urina muito clara, sangue na urina, etc.). Deste ponto até que os rins estejam funcionando somente 10-12% da função renal normal, pode-se tratar os pacientes com medicamentos e dieta. Quando a função renal se reduz abaixo destes valores, torna-se necessário o uso de outros métodos de tratamento da insuficiência renal: diálise ou transplante renal (SBN, 2010).

São muitas doenças que levam à insuficiência renal crônica, entre elas: os rins policísticos (grandes e numerosos cistos que crescem nos rins e os destroem), a pielonefrite (infecções urinárias repetidas devido à presença de alterações no trato urinário, pedras, obstruções, e outros), as doenças congênitas (de nascença). As doenças mais comuns estão classificadas em três: o diabetes (distúrbio metabólico

em que está prejudicada, em grau variável, a capacidade de metabolização de glicídios), a hipertensão arterial (pressão alta) e as infecções urinárias e glomerulonefrite (nefrite crônica), sendo que as duas primeiras são as maiores causas que contribuem para que o indivíduo faça tratamento dialítico na atualidade. (ROMÃO JÚNIOR, 2004)

Em relação às doenças que levaram a insuficiência renal crônica, obteve-se dos entrevistados os seguintes relatos:

[...] descobri que foi através da pressão alta, que na minha família não existe nenhum caso eu sou o primeiro. **S2**

[...] antes de saber que eu tinha essa doença, há três anos atrás quando fui doar sangue, eu descobri que tinha um problema de *hipoglicemia*. Eu já tinha um problema que futuramente ia acarretar nisso mas eu não sabia das conseqüências, eu descuidei, não tratei e foi aos poucos corroendo os meus rins, eu acho que por isto que ele paralisou. **S5**

É importante enfatizar que, a doença nos rins começa a manifestar-se muita das vezes de uma forma silenciosa, sendo os primeiros estágios assintomáticos⁴³ no início da doença, sendo que o seu desenvolvimento se manifesta com os seguintes sinais:

Os principais sinais e sintomas são cefaléia, fraqueza, anorexia, náuseas, vômitos, câibras, diarreias, oligúria, edema, confusão mental, sede, impotência sexual, perda do olfato e paladar, sonolência, hipertensão arterial, palidez cutânea, fraqueza, dismenorréia, amenorréia, atrofia testicular, déficit de atenção, obinubilação e coma. (RIBEIRO; FERRARI; BERTOLIN, 2009, p. 175).

Comparado com a análise da pesquisa, os sujeitos relatam que:

[...] de repente me deu uma dor no peito. **S2**

[...] sem apetite, sentia fortes dores de cabeça e perdia a visão. **S3**

[...] meus pés começaram a inchar [...] **S4**

[...] este problema vem acarretando outros problemas, aí comecei a inchar; comecei assim, eu quase morri por causa da falta de ar, eu não sabia o que era, eu fazia tratamento de uma coisa que não era, fazia tratamento de anemia, fazia tratamento de coração, e na

⁴³ Assintomático – que se apresenta sem os sintomas característicos (GUIMARÃES, 2002, p. 67).

realidade eram os rins que não estavam funcionando, então foi muito difícil. **S5**

Assim, detectado o problema renal, o usuário não mais poderá cessar o tratamento, independentemente do adotado.

Nos usuários com a doença renal crônica o estágio da enfermidade deve ser determinado conforme o nível de função renal. A Doença Renal Crônica (DRC) é dividida em seis estágios funcionais conforme o grau de função renal do usuário. Segundo Romão Júnior (2004), estes estágios são:

- Estágio de função renal normal sem lesão renal: inclui os usuários que integram o grupo de risco para o processo de desenvolvimento da doença renal crônica, tais como: diabéticos, hipertensos e seus parentes, que ainda não apresentam os sintomas da doença;
- Estágio de lesão com função renal normal: refere-se à fase inicial de lesão renal com filtração glomerular preservada (inflamação dos glomérulos-novelo, pequeno tubo dos rins), isto é, a alteração de filtração glomerular acima de 90 ml/min/1,73m²;
- Estágio de insuficiência renal funcional ou leve: refere-se ao início da perda da função dos rins. Neste estágio, os níveis de uréia (substância cristalina, incolor, existente na urina) e creatinina (substância nitrogenada cítrica que é o produto final do metabolismo da creatina e que ocorre na urina) plasmática ainda são normais, nos quais os rins conseguem manter um controle razoável do meio interno em que o ritmo de filtração glomerular está entre 60 e 89 ml/min/1,73m²;
- Estágio de insuficiência renal laboratorial ou moderada: neste estágio, o usuário mantém-se clinicamente bem, pois os sintomas da uremia estão presentes de maneira discreta. No qual, apresenta apenas sintomas referentes à causa básica, tais como: infecções urinárias, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, entre outros. Em que, a filtração glomerular está compreendida entre 30 e 59 ml/min/1,73m²;
- Estágio de insuficiência renal clínica ou severa: neste estágio, o usuário já apresenta os sintomas marcados de uremia, tais como: fraqueza, edema, mal-estar, anemia, hipertensão arterial e os sintomas digestivos são os mais precoces e comuns. Com faixa de ritmo de filtração glomerular entre 15 a 29 ml/min/ 1,73m²;

- Estágio terminal de insuficiência renal crônica: neste estágio, os rins perderam o controle do meio interno, necessitando de tratamento dialítico. Compreende a um ritmo de filtração glomerular inferior a 15 ml/min/ 1,73m². (ROMÃO JUNIOR, 2004).

O diagnóstico da insuficiência renal crônica (ou de sua progressão), requer, ações sistemáticas na área da atenção primária, ou seja, a prevenção como forma de contribuir para a manutenção da saúde dos rins.

Apresentam-se relatos de casos em que a descoberta da doença se deu sem acompanhamento preventivo ou conservador dos rins e desvendando-se como os entrevistados se reconhecem no processo da descoberta da doença.

Ah, eu estava trabalhando e de repente me deu uma dor no peito aí me internaram no hospital, fizeram os exames e descobriu que foi através da pressão alta, na minha família não existe nenhum caso eu sou o primeiro. [...] ninguém na família teve pressão alta, ninguém tem insuficiência renal, não tem nenhum caso, eu sou o primeiro. **S2**

O sujeito que refere-se à descoberta repentina e à busca por uma explicação sobre as causas da doença, recorre ao histórico familiar sem reposta para seus questionamentos, desconhece que a hipertensão é uma doença silenciosa e que, se não controlada/tratada, pode levar à doença renal.

Quando eu soube, eu já estava com o problema, eu já não conseguia me alimentar bem, estava sem apetite, sempre trabalhando, sentia fortes dores de cabeça, a tinha dificuldade para enxergar, foi quando eu corri para o médico, é foi constatado que era os rins, os dois estavam paralisados. **S3**

Neste caso, apesar de relatar apresentar alguns sintomas, o trabalhador muitas vezes recorre ao atendimento na saúde, somente para aliviar os sintomas. Sem atendimento adequado na atenção básica, o cuidado preventivo se esgota com o decorrer do tempo, o que pode ocorrer devido às dificuldades de acesso à saúde, escassez de tempo para enfrentar as filas de marcação de consultas e exames, consumindo seu tempo (espaço privado) pelo o trabalho, culminando na instalação da doença, descoberta já no estágio de inserção imediata em hemodiálise.

Eu soube que estava trabalhando, trabalhava na UTI Infantil do Hospital Escola, aí meus pés começaram a inchar, eu fui ao ginecologista ele pegou e pediu alguns exames, através do exame

de urina de vinte e quatro horas constatou [...] ele pediu mais em dois laboratórios diferentes para ver se não tinha erro, alguma coisa assim, e então constatou que eu estava com problema renal, na época eu estava com três meses de gravidez, e de lá pra cá não pude mais trabalhar, comecei a fazer tratamento [conservador] e depois, depois de três meses que eu dei à luz, comecei na hemodiálise. **S4**

Quando eu descobri mesmo que estava com problema renal aí é que eu fiquei arrasado mesmo, mais o médico lá em Ribeirão Preto ele foi uma pessoa muito legal, ele me explicou como funcionava, então já deu para ter um pouco de paz, mas quando ele falou pra mim que eu tinha duas coisas, uma notícia ruim e uma notícia boa para me dar, aí ele falou assim que a notícia boa é que eu não ia morrer disso e a notícia ruim é que eu tinha que fazer hemodiálise durante a minha vida até aparecer um transplante, mais é isso [...] **S5**

Eu tava a trabalho no Estado do Rio de Janeiro, é foi lá que eu tive alguns sintomas, quando eu descobri a doença eu estava fora da minha cidade e do meu estado, eu estava trabalhando no Rio e eu retornei para fazer o tratamento aqui. **S6**

Entretanto, os métodos de Terapia Renal Substitutiva (TRS) ou Tratamento Dialítico (TD) não substituem a função renal normal e exigem procedimentos em unidades de caráter ambulatorial, dotadas de recursos físicos e humanos que possibilitam o desenvolvimento adequado das atividades inerentes ao serviço. Segundo a Sociedade Brasileira Nefrologia (SBN), a hemodiálise correspondeu a 90% dos tratamentos em todo Brasil, no ano de 2008 e 89,6% no ano de 2009.

3.2.2 Os tratamentos

Os tratamentos de terapia renal substitutiva estão disponíveis em várias modalidades: a hemodiálise, o transplante renal e a diálise peritoneal, que se subdivide em: Diálise Peritoneal Intermitente (DPI), a Diálise Peritoneal Automática (DPA) e a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD).

Forte (2004 apud MENDONÇA, 2007) ressalta que nos três tipos de diálise peritoneal, o indivíduo e/ou a sua família recebem treinamento específico para a realização do procedimento em sua residência, que permite uma maior independência deles em relação ao tratamento em um Centro de Diálise.

Tanto na Diálise Peritoneal Intermitente (DPI), como na Diálise Peritoneal Automática (DPA), é instalado na região abdominal um cateter, com a função de acessar a musculatura do peritônio, estes músculos desenvolvem a função de filtrar os líquidos presentes no organismo. Assim, é injetado neste músculo peritoneal uma solução (preparada em uma bolsa específica que deve ficar pendurada a uma altura de aproximadamente 2 metros em relação ao usuário), aquecida noventa minutos antes do procedimento. Esta solução permanece no organismo (peritônio) por aproximadamente trinta minutos, sendo que é drenada pelo efeito da gravidade de quinze a vinte minutos, momento em que se repete a operação de infusão.

Via de regra, este procedimento é repetido em intervalos de 6 a 8 horas, diariamente, para tanto, o indivíduo necessita da ajuda de uma outra pessoa, normalmente um familiar, dispondo também de um cômodo específico com revestimento de acordo com critérios rigorosos de assepsia, necessários para evitar contaminação no local do cateter e, conseqüentemente, doenças infecciosas, que podem ser fatais nestas circunstâncias.

[...] eu não fiz diálise pela barriga porque eu tenho medo da infecção porque se pegar infecção a pessoa morre, é difícil a gente escapar por isso que eu não faço na barriga, prefiro tomar agulhada, sentir dor mais é mais seguro para mim pelo menos é o que eu acho. (S2)

[...] eu já fiz peritoneal, tive infecção, fiquei internado muito tempo, agora estou na hemodiálise, [...] (S6)

A Diálise Peritoneal Intermitente (DPI) requer também a instalação do cateter no músculo do peritônio, é realizada num período entre dez a vinte e quatro horas, diariamente, dependendo dos resultados do Teste de Equilíbrio Peritoneal (TEP). Ela pode ser realizada manualmente ou por meio de uma cicladora (máquina que controla as trocas), no hospital ou em casa, desde que haja uma rigorosa higiene do local, dos instrumentos utilizados e do indivíduo que executará e receberá o procedimento.

Já na Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD), o líquido infundido permanece por algumas horas no abdômen, sendo trocado de três a quatro vezes por dia nos sete dias da semana. O tempo de permanência, a concentração da solução e o número de trocas irão depender também do Teste de Equilíbrio Peritoneal (TEP). Esse processo é manual e pode ser realizado em casa ou no lugar em que o portador estiver no momento, entretanto, é muito importante estar atento a

higienização do local e das mãos de quem fará o procedimento, porque existe, também, o risco de peritonite, isto é, de contaminação do peritônio por bactérias. Depois de duas peritonites aconselha-se a mudança de tratamento (MENDONÇA, 2007).

Quanto a Hemodiálise, pode se dizer que o sentido da palavra revela a purificação do sangue, nosso objeto de estudo, trata-se de um “processo extracorpóreo de depuração do sangue, mediado pela membrana de um dialisador” (BARROS; MANFRO; THOMÉ, 2006, p. 528). Portanto, é uma técnica utilizada para retirada das impurezas do sangue quando os rins perdem sua função. Esse procedimento baseia-se na filtração do sangue através de uma máquina dialisadora, para que o sangue passe pela máquina é necessário a colocação de um cateter ou a confecção de uma fístula.

O cateter requer procedimento cirúrgico, pois este é fixado em uma das artérias jugular, subclavicular e/ou femural, é um procedimento normalmente de caráter de urgência para garantir o acesso com o fluxo necessário de sangue para a máquina de hemodiálise e seu retorno ao corpo.

A fístula é um procedimento constituído na junção de uma veia com uma artéria, realizado em geral no braço, para permitir que estas fiquem calibrosas e, desta forma, forneçam o fluxo de sangue adequado para ser filtrado. Tal procedimento requer um tempo de cicatrização chamado de “maturação”, em média de 4 a 6 semanas, acompanhado de exercício de fisioterapia no preparo deste acesso, essencial para a hemodiálise.

A hemodiálise é uma terapia renal substitutiva de nível ambulatorial, é em geral realizado 3 (três) vezes por semana, em sessões com duração média de 3 a 4 horas conforme o quadro de saúde do usuário. Este processo promoverá a filtração de toxinas e excesso de líquidos do sangue. Quanto maior o tempo em diálise, melhor será o controle da pressão arterial e a filtração das substâncias tóxicas, auxiliando na melhora/diminuição dos sintomas das doenças decorrentes da insuficiência renal e, por conseguinte, garantindo a sobrevivência do indivíduo.

[...] porque antes eu me sentia muito mal principalmente nesses último seis meses antes de começar e com a hemodiálise é melhorou muito [...]. **S1**

[...] quem é renal crônico se sente muito mal, muita fraqueza, muita sonolência, falta de ar, muita indisposição, inchaço aí então para melhorar o médico falou que teria que fazer hemodiálise, [...] **S4**

Os avanços tecnológicos evoluíram de forma bastante significativa no tratamento em hemodiálise, proporcionando ao usuário maior segurança durante o processo de diálise. Além de todo o progresso tecnológico que o tratamento tem adquirido nas últimas décadas, é notório que o usuário também vivencia uma mudança em seu modo de vida, como alterações em relação à alimentação e ingestão de líquidos com severas restrições. (CANZIANI, 2006 apud MENDONÇA, 2007). As mudanças quanto aos hábitos alimentares e de ingestão de líquidos também são relatadas pelos usuários.

Assim, as duas principais substâncias que necessitam ser controladas na dieta do usuário são: o potássio e o fósforo. O acúmulo de potássio pode gerar arritmias cardíacas. Já o fósforo acumulado leva a maior calcificação dos vasos sanguíneos, causando o acúmulo de gordura nas veias (aterosclerose) e consequências graves como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e infarto. (CARVALHO; AUGUSTO; SILVA, 2010).

Depois que eu comecei o tratamento eu tive que me adaptar a um modo de vida diferente, tipo pela quantidade de remédios que a gente toma, tem que se privar de algumas coisas, pelo regime alimentar que temos que fazer, então, antes de ter esse problema, eu comia de tudo, não tinha limites para beber líquido, a partir do momento que eu fiquei sabendo, desse problema renal, aí o médico me falou que eu ia ter várias restrições, principalmente no líquido, que eu tinha que diminuir, e na alimentação, qual o tipo de alimento que a gente não pode comer, então a gente tem que comer de tudo moderadamente, só certos tipos de alimentos tem que evitar, por que prejudica, ainda mais o tratamento e aumenta o fósforo, o cálcio, o potássio, então tem que ficar sempre de olho, naquilo que eu vou comer, e principalmente nos líquidos. (S5)

A alteração nos hábitos alimentares e a redução da ingestão de líquidos, também causaram interferências nas relações sociais,

Mudou, mudou tudo, tudo na minha vida, eu sempre gostava de fazer muitas coisas, às vezes até abusava, gostava até mesmo fazer uso de bebida alcoólica, se me reunir com os amigos para beber, agora com o tratamento do problema renal, eu não posso mais, não é permitido uma alimentação mais farta, rica em proteínas e a bebida muito menos. (S3)

Isso ocorre, porque nos alimentos existe um percentual de água que, em decorrência do mau funcionamento dos rins, o organismo não consegue ser eliminado corretamente, gerando assim, o acúmulo de líquido que será extraído pela diálise. A

água em excesso acumulada e o ganho de peso exigem um maior trabalho do coração, além do mais, em alguns usuários, o excesso de peso pode levar a picos de pressão alta. Muitas são as medicações que o usuário fará de uso contínuo. (CARVALHO; AUGUSTO; SILVA, 2010). Os usuários expressam que após o início do tratamento,

[...] eu preciso tomar remédios para hipertensão, os remédios dá uma controlada no tratamento assim uma doença tem que tomar [lasix] tem que tomar vários outros medicação [...]. (S4)

[...] você toma medicamento, você tem horário um certo [...]. (S6)

Contudo, em relação à dependência ao tratamento, muitas vezes, o centro de diálise é o local em que o usuário passa grande parte de seu tempo, desenvolve uma nova rede social na medida em que sente o acolhimento da equipe e se identifica com as outras pessoas que vivenciam a mesma situação, conforme ilustrado nas falas dos entrevistados,

[...] eu sou uma pessoa muito querida em qualquer ambiente da família, no trabalho aqui mesmo as pessoal fica doido porque eu gosto de brincar com todos [...]. (S1)

Aqui, tenho amigos, que conversam, um sempre ouve outro, que nem hoje mesmo a [...] foi fazer um transplante, eu fiquei muito feliz por ela, fiquei muito feliz mesmo [...] é bom demais, eu achei muito bom e se Deus ajude ela para que dê tudo certo na vida dela. (S2)

O Serviço de Diálise transforma-se em um espaço para exteriorizar suas percepções, dificuldades e medos em relação à doença. Desta forma, o assistente social, enquanto membro da equipe multidisciplinar contribui com suas ações na superação desta difícil fase (principalmente no início do tratamento). Intervém também, na relação do usuário com a equipe de saúde, sua integração em uma rede social, a posição social, incluindo o nível de educacional, a ocupação, a situação econômica e o local de moradia são fatores que podem influenciar fortemente na sua evolução clínica e na adesão ao tratamento.

Diante do aumento das doenças crônico-degenerativas (dentre elas a insuficiência renal crônica), conforme dados epidemiológicos registrados pelo Ministério da Saúde, e da necessidade de se estabelecer atenção ao paciente renal crônico em diálise, em 2004, foi instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Este instrumento ressalta que o usuário renal crônico tem o direito

de participar da escolha do tipo de diálise mais adequada ao estágio da enfermidade.

A decisão pelo método de tratamento inicia-se com uma análise do quadro clínico do usuário, onde o nefrologista avalia e, posteriormente, presta esclarecimentos sobre a doença e respectivas modalidades terapêuticas. Esta questão orientou a composição do roteiro de entrevista semi-estruturado, possibilitando a obtenção de informações acerca do tema em questão.

Eu recebi todas as informações e através de pesquisas também [...] eu até tinha decidido em fazer a diálise peritoneal pelo fato da decisão que eu tinha tomado desde o começo, eu tinha decidido trabalhar, essa para mim era a forma mais conveniente fazer em casa, [...] quando comecei a conhecer como que era, eu achei muito complicado ter que construir um cômodo, por causa disso, ter que azulejar esse cômodo, alguém da sua família precisa treinar, além de me ocupar achei que eu ia ocupar mais gente ainda e aí escolhi a hemodiálise, até que eu escolhi assim, eu ia começar, tinha que começar comecei pela hemodiálise e talvez com intenção de mudar depois, mais eu me dei muito bem com a hemodiálise como se diz não vamos mexer em time que está ganhando não tive problema nenhum. (S1)

O direito a informação é inerente ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso às informações sobre sua doença e os tipos de tratamento disponíveis são garantidos por meio da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (PNAPDR).

Bom no começo do tratamento eu soube que ia entrar na máquina, eu não sabia que tinha peritoneal não, eu vim saber depois de algum tempo que eu tava na máquina. Quem me falou do tratamento foram os médicos lá na sala, falaram mais com o tempo, depois que já estava fazendo hemodiálise na máquina e que tinha a possibilidade de fazer em casa que era bem melhor, mas também era muito arriscado por causa da infecção. Eu não fiz na barriga porque eu tenho medo da infecção, porque se pegar infecção a pessoa morre, é difícil a gente escapar por isso que eu não faço na barriga prefiro tomar agulhada sentir dor mais é mais seguro pra mim pelo menos é o que eu acho. (S2)

Não, ele já falou direto da hemodiálise, na época ele não explicou que existiam outros tipos de tratamento como a peritoneal, não só depois que eu fiquei sabendo, mas mesmo assim eu prefiro fazer aqui mesmo, peritoneal eu não aprovo não. (S5)

O relato do desconhecimento dos tratamentos disponíveis foi apontado por dois dos seis entrevistados, neste sentido o sujeito parece ser tratado como objeto,

sem autonomia, inclusive para conhecer sobre seu corpo, demonstrando a ausência de informações alusivas à prevenção da doença e os tratamentos terapêuticos disponibilizados aos sujeitos acometidos de insuficiência renal crônica.

Na época teve uma irmã que participou da decisão, mas eu não tive condições de poder estar junto com ela, para decidir se era dessa forma que iria ser ou não. (S3)

O momento de decisão é permeado de apreensão por parte do sujeito, quando a família em toda sua extensão participa deste momento gera uma grande contribuição para o fortalecimento da entrada neste novo modo de vida.

A decisão foi assim, o doutor me expôs assim, que desde o início que poderia ser que eu não precisasse entrar em diálise, mas também corria o risco de eu entrar em diálise durante a gestação e foi quando eu fiquei me sentindo muito mal, muita fraqueza, muitos males que apresenta a pessoa que é renal crônica, tipo muita sonolência, falta de ar, muita indisposição, inchaço, aí então a gente decidiu que realmente precisava entrar em hemodiálise, então quem decidiu fui eu, minha família, minha mãe, meu marido, minhas tias, então a gente chegou à conclusão que essa era melhor solução. (S4)

Entretanto, qualquer que seja a terapêutica dialítica utilizada, haverá algumas condições impostas ao usuário, como: utilização de um grande período de tempo diário; submissão a procedimentos invasivos como, a inserção do cateter ou fístula; possibilidade de perda da independência e da liberdade frente à evolução da doença e do tratamento. Recorre-se à fala dos sujeitos para conhecer como se dá a questão de dependência ao tratamento.

[...] se você vai se submeter a esse tratamento, como se diz, você não pode faltar, não tem opção hoje não, vou amanhã, não vou, foi seguindo dessa forma, como tinha dito, apesar de eu me preparar, a mudança ela gira em torno do meu horário, em torno da minha família, né, sempre alguém tem que mudar alguma coisa, sacrificar alguma coisa, em função do tratamento [...]. (S1)

[...] de repente eu me vejo presa, viajava todo final do ano, no início do ano, hoje eu não posso sair pra nada, então, quer dizer eu fico presa tenho um limite, eu fico limitada a tudo, então, não é fácil, é uma mudança, por exemplo, ter que deixar a minha filha com outras pessoas pra eu vir fazer o tratamento, independente se está chovendo ou se esta fazendo sol, eu tenho que vim, é um compromisso que eu não tenho como deixar para amanhã, ou eu vou de tarde, não, eu tenho um compromisso, que eu tenho o dia certo e na hora exata. (S4)

A dependência é evidenciada por todos os participantes como limitadora da autonomia e da liberdade, restringido e condicionando das mais variadas maneiras no trabalho, nas relações sociais e familiares, bem como no longo período de tempo que o tratamento exige.

Antes era um pouco diferente em termos de horários, eu podia viajar, trabalhar fora, passar dias longe de casa, então, assim era bem mais livre do que é hoje, hoje tem toda essa limitação, então seria só viagem mesmo, coisas que eu não posso fazer de longo tempo. [...] você tem um certo horário que tem que estar no instituto fazendo hemodiálise[...]. (S6)

Também, a doença e o tratamento em pode gerar incapacidades que afetam as relações sociais do indivíduo.

[...] mudou muito, você pode imaginar três anos sem sair de casa?, não saí para lugar nenhum, tem festa e tudo eu não animo para ir, não tem jeito, sei lá, as vezes eu vou dar uma saída eu me sinto cansado fraco não posso nem andar dez, vinte metros e eu já tô sem fôlego, eu tinha fôlego de atleta, antigamente eu corria fazia academia mas acabou pela metade ou mais, acabou [...] (S2)

[...] mas, infelizmente, a partir do momento que você tem uma doença que você está mais debilitada, você fica sem interagir mais na sociedade, aí que você reconhece os verdadeiros amigos, aqueles que diziam ser amigo infelizmente nem ligam, muitas vezes ligava para saber raramente, mas hoje em dia nem ligam mais, são poucos, eu posso assim contar no dedo quantos que estão assim presentes na minha vida hoje. (S4)

Segundo Santos (1997 apud MENDONÇA, 2007), o renal crônico sobrevive somente com a manutenção do tratamento dialítico, se não tiver a possibilidade de realizar o transplante renal, passando continuamente por várias situações de dor e de perdas, como a autonomia e as modificações físicas e sociais.

Portanto, esse processo requer do usuário uma nova postura diante das mudanças ocorridas, uma vez que sua sobrevivência depende de meios artificiais, no qual passa por várias situações de vulnerabilidade até que se adapte à nova realidade. Ele terá que se submeter a uma série de condicionamentos e restrições que incluem: a mudança de hábitos de vida, o enfrentamento da extensão e da complexidade dos problemas inerentes à vivência da doença crônica, trazendo uma série de implicações sociais, políticas, econômicas, emocionais e que interferem de modo significativo em sua qualidade de vida e de seus familiares (MENDONÇA, 2007).

Após o início do tratamento, as mudanças experimentadas na concretude da vida dos sujeitos;

[...] foram várias, [...] minha esposa fala, por exemplo, pede para seu pai te levar, (o filho) pai me leva em algum lugar, (e eu) não hoje eu não posso, foi isso que ocorreu hoje. Então de uma certa forma mudou tudo, porém, e todo mundo da família entendeu, acho que o apoio a família é essencial, todo mundo se submeteu a essas mudanças e vamos tocando. Eu não queria fazer hemodiálise, eu estava fugindo, eu tinha informação que eu ia precisar fazer e que ia ser muito difícil, porém quando eu comecei a fazer eu vi que não era assim um bicho de sete-cabeças, acredito também que devido ao fato que eu não tenho problema financeiro, eu não tenho problema na família, eu acho que isso ajudou muito, e aí fica só nesse problema aqui (hemodiálise). E o problema é meu, as pessoas da família devem que seguir a vida deles, está todo mundo trabalhando, estudando, eles não têm que se ocuparem com isso, aqui tem gente que tem que trazer, tem gente que tem levar, então eu acho que o fato de não ter outros problemas, acho que me ajuda muito. (S1)

Neste caso, o sujeito entrevistado descobriu a doença em um estágio de evolução em que foi possível preservar as funções parciais dos rins por período de aproximadamente 5 (cinco) anos, até a entrada no tratamento de hemodiálise, neste período, de acordo com o relato do mesmo, buscou conhecer sobre todo o processo que iria enfrentar, o que contribuiu para enfrentar o desconhecido “bicho de sete cabeças”. Nota-se que o início de um tratamento extremamente invasivo e de dependência, como a hemodiálise, quando precedido do devido preparo, possibilita ao sujeito melhor compreensão da realidade a ser enfrentada. Esta fase no sistema de saúde caberia, por assim dizer, à esfera da média complexidade, cooperando para sensibilizar e preparar o usuário que necessite se submeter a tratamento como a hemodiálise.

Destaca-se no relato do mesmo entrevistado, o outro lado do impacto, aquele em que o sujeito experimenta o alívio dos sintomas da doença, promovendo seu bem estar.

Bom eu fiquei sabendo que estava doente foi em 2005 e eu sabia que era uma doença irreversível que eu ia acabar fazendo hemodiálise, eu me tratei quatro anos e meio e nesse período de tratamento eu procurei saber tudo sobre hemodiálise, e acho que isso me ajudou muito, porque eu cheguei aqui bem preparado e vi que não era uma coisa de outro mundo, o pessoal que trabalha comigo e minha família até assustou e fala que eu gosto de tudo aqui. É porque antes eu me sentia muito mal, principalmente nesses último seis meses antes de começar e com a hemodiálise melhorou

muito, eu posso te falar que tirando o fato de ter que vir aqui três vezes por semana, quatro horas por dia, eu tenho vida normal, eu me sinto muito bem, e porque e antes não era bom, era muito complicado. (S1)

A situação financeira também foi citada por vários dos entrevistados e, diante de tal circunstância, o sujeito com baixa renda sofre mais o impacto financeiro, pois necessita do tratamento para sobreviver (dependência) e, sem previsão de término do mesmo, o recebimento do Auxílio-Doença implica em drástica redução salarial por não corresponder exatamente aos ganhos do segurado, gerando alterações no estilo de vida. Trata-se de um processo contraditório e ampliador da condição de vulnerabilidade, visto que a situação de saúde passa a requerer uma melhor condição econômica, necessária para a aquisição de bens, produtos e serviços anteriormente dispensáveis.

Ah, em termo, em termo de dinheiro é, era bem melhor eu conseguia comprar as coisas, conseguia dar o que meus filhos pediam, era uma situação mais ou menos, dava para viver, depois que adoeci aí pronto foi uma rasteira que me deram, foi aí que o negócio ficou feio mesmo [...], não tem dinheiro é muito pouco o que a gente ganha. (S2)

Já os que relatam não ter problemas financeiros, também não precisaram se afastar do emprego, pois exercem atividades intelectuais, que necessariamente não exigem esforço e força muscular dos braços e pernas. Dessa forma, parece que o impacto incide em menor grau, girando em torno da dependência da máquina e o horário que o tratamento requer, porém, mesmo assim atinge todo seu núcleo familiar, pois sua participação neste momento em família passa também por mudanças em seu modo de viver.

Ainda no contexto das mudanças promovidas pela IRC, existem aquelas que afetam o metabolismo do indivíduo, também responsável pela regulação dos hormônios da parte reprodutiva, o que gera a diminuição da libido e a impotência, independentemente de gênero. Esta situação também foi apresentada como uma mudança, de forma mais sutil no caso do gênero feminino e de forma mais intenso para o gênero masculino. Tal ocorre, no relato a seguir, principalmente em virtude de cultura regional, visto que o entrevistado nasceu na região do nordeste do Brasil e entende que as limitações da patologia afeta seu corpo, seu interior, sua virilidade e

seu ser, causando-lhe sofrimento intenso, conforme expressa a dilaceração do homem, agora na condição de se sentir “menos” homem.

Tem sexual também, muda tudo, tudo. Mudou porque antigamente eu saía e hoje estou a dois anos em casa que eu não saio para lugar nenhum [...] pode acreditar é só do mercado para casa, da hemodiálise para casa, às vezes vou levar a mulher no trabalho quando me sinto bem e só isso, acabou com a minha vida social. Porque eu não sinto ânimo, não sinto vontade. Seu vou sair, antigamente eu tomava cerveja, agora não posso tomar um copo de cerveja, aí eu já penso que vou ficar pesado, passar mal, acabou com a minha vida social de antigamente, também o apetite sexual que eu tinha antes caiu tudo pela metade. E agora é só quando, quando eu sinto vontade, e lá uma vez por semana, duas, às vezes, e que eu estou sempre cansado demais, é um negócio terrível. Eu me sinto terrível quanto a isso porque sei lá, a pessoa era de um jeito de repente estar desse jeito assim, eu me sinto até menos homem que os outros, pode apostar nisso eu me sinto mesmo, mas depois tive conversando com a minha esposa, a gente conversa bastante e ela é o meu apoio mesmo se não eu acho que não estaria nem vivo, se ela não me apoiasse o tanto que nem ela me apóia, ela é a minha coluna do meio, com certeza. (S2)

[...] eu saía, passeava, eu trabalhava, cuidava do meu filho, namorava e de repente eu me vejo presa [...] minha vida afetiva [...] mudou muito em relação, em relação ao meu esposo, meus filhos eles continuam me amando e eu continuo amando eles. (S4)

No gênero feminino a apresentação da discussão remete ao lado afetivo das relações familiares, estendendo-se aos filhos. As mudanças no processo saúde-doença, afetam a todos, indistintamente, havendo implicações sexuais e afetivas na vida do trabalhador em hemodiálise.

A família também é afetada neste processo e todos os entrevistados citaram a família como essencial no tratamento, como suporte, apoio ao sujeito no momento de dor, exercendo influência positivamente e impulsionando a superar os momentos de dor e a buscar forças para continuar nas terapias. Conforme já relatado, as mudanças exigem dos familiares também uma nova postura diante da realidade do tratamento em hemodiálise.

A força física, muscular também é afetada pela doença em si, todavia, a modalidade de tratamento que envolve a fístula arteriovenosa (FAV), procedimento utilizado para obter acesso vascular e essencial no tratamento em hemodiálise, provoca limitações de movimentos, pois, diante de esforço físico, existe a possibilidade de sobrecarregar a musculatura do braço, gerando correr hipotensão severa e perda da função da fístula (garantir o fluxo de sangue na pressão

necessária para a hemodiálise). O braço em que é realizado este procedimento, por não se exercitar mais com tanta frequência e vigor, acaba perdendo massa muscular; às vezes, apresenta inchaço (edema) e diferenças físicas, causando constrangimento, preconceito e situações em que os sujeitos sintam-se expostos perante os demais.

Este é também um dos impactos que os sujeitos relatam no campo das mudanças, em especial aqueles trabalhadores que exerciam funções que exigem a força muscular, atrelada à baixa escolaridade e à falta de qualificação profissional, provocam uma alteração significativa na vida destes sujeitos.

[...] fazia academia, mas acabou pela metade ou mais, acabou, quando eu tenho que fazer compras e eu não posso carregar uma sacola, eu me pergunto que tipo de homem é esse? O meu trabalho era pegar peso, pegava peso que as outras pessoas olhavam assim e diziam que não iam conseguir pegar [...] Há não tenho mais vida de trabalhador, eu não trabalho, antigamente eu trocava uma luz em casa e tudo que precisava, hoje eu não posso subir escada para trocar nada, que a mulher não deixa com medo de perder a fistula, a visão, com medo de cair, acidentar, fazer alguma coisa, entendeu! Lá em casa mesmo choveu bastante esse mês, e estava pingando, e eu não posso subir na telha [...] não tem vida do trabalhador não, é vida dependente, dependente da minha esposa, do INSS, dos outros. (S2)

A interrupção do trabalho parece ser um dos fatores que mais se destaca na fala dos sujeitos, aparece entrelaçada a todos os âmbitos da vida da classe trabalhadora, se expressa na família, nas relações sociais, comunitária, na esfera afetiva e sexual, profissional, formando um complexo dinâmico e dialético.

A forma como os sujeitos lidam com o recebimento do Auxílio-Doença e o afastamento do trabalho denota o preconceito, gerado pelas relações de desigualdade social, geram discriminação e se manifestam na realidade material, numa lógica concreta, como instrumento de manipulação e/ou dominação. Manifestam-se pelas diferentes concepções, comportamentos, gestos, mantendo, ainda, ligação com valores e normas morais.

[...] para te falar a verdade acho que eu tinha um pouco de preconceito antes, por não conhecer, o preconceito é justamente você não conhecer determinada situação, achar que a outra pessoa que faz a hemodiálise, que tem doença renal, por exemplo, é uma pessoa incapaz de qualquer outras coisas, incapaz de ter a vida normal, pessoa inativa, acham que a maioria sempre quer se afastar aposentar entendeu, depois que eu conheci essa situação [...] eu pensei não vou deixar isto acontecer comigo, foi onde eu sempre

quis seguir trabalhando, até porque o meu trabalho me permite o trabalho é leve [...] (S1)

Se fosse da vontade do INSS eles cortavam tudo, para ninguém receber nada. Eu não queria depender de receber deles (INSS), se eu pudesse ficar bom não estava recebendo auxílio-doença, eu quero ficar bom para trabalhar, ter a minha vida de volta. Esse negócio de ficar recebendo do INSS é negócio de preguiçoso, eu estou recebendo porque eu não posso trabalhar, se não, se eu tivesse que escolher eu queria trabalhar, dez mil vezes, que ficar recebendo como miséria dos outros. Deus me livre, prefiro trabalhar, se eu pudesse trabalhava, voltava a minha vida normal. Eu digo isso porque eu escutei uma menina aí que esta fazendo hemodiálise dizer que prefere receber do INSS, do quê ficar boa, não quer fazer transplante, porque quer ficar recebendo do INSS. Dizer isso eu não concordei nenhum minuto com ela sobre isso, a saúde é muito importante, ninguém morre por trabalhar não, pelo contrário só faz beneficiar a pessoa, ajudar entendeu. A pessoa vai ficar em casa que nem muitos recebendo do INSS, que vantagem tem isso? Não tem vantagem nenhuma para mim não, ela falou e eu não comentei nada com ela, para não brigar à toa, porque para mim uma pessoa dessa é preguiçosa, não quer trabalhar. Eu não, eu prefiro trabalhar seja no que for sempre trabalhei desde menino na roça. (S2)

O preconceito também se faz presente nas marcas corporais, isto porque o tratamento em hemodiálise também apresenta o chamado estigma. A origem deste termo, segundo Goffman (1998, p. 11), remete à antiguidade, tendo como significado “sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava”. Os sinais no corpo, como feridas, cortes, marcas de queimaduras, indicavam algo de ruim no indivíduo, que, assim, deveria ser evitado pelos demais. Na época do Cristianismo, estes sinais corporais indicavam marca de origem divina, como no caso de marcar lembrando formato de flores na pele; posteriormente, na medicina, as marcas representavam problemas físicos, anormalidades. Daí derivam outras atribuições dadas aos sujeitos, que passam a serem qualificados culturalmente relacionados aos estereótipos, discriminação, depreciação e preconceito.

Os estereótipos gerados nas interações sociais, para Lima (1997), se caracterizam por violentar os membros de determinado grupo, frequentemente ligados à forma negativa e depreciativa dos indivíduos. Os estereótipos podem ser utilizados na expressão valores e como forma de compreender determinada realidade e também de demonstração de poder e dominação entre grupos sociais. O estigma é parte integrante da construção da identidade do estigmatizado, ou seja, “a pessoa estigmatizada aprende e incorpora o ponto de vista dos normais, adquirindo,

portanto, as crenças da sociedade mais ampla em relação à identidade e uma idéia geral do que significa possuir um estigma particular” (GOFFMAN, 1988, p. 41).

A marca da hemodiálise é frequente na anastomose arteriovenosa (AAV), também conhecida como fistula arteriovenosa (FAV), em razão das várias e freqüentes punções no braço, local que pode apresentar o que no senso comum dos usuários denomina-se “caroço”; trata-se de flebite, inflamação das veias, com ou sem a instalação de trombo flebítico. Estas são marcas que os usuários procuram esconder, no caso dos homens é mais comum o uso de camisas de manga longa, sob a alegação de evitar questionamentos por parte de pessoas estranhas ao seu convívio, poupando a si mesmos de exposições constrangedoras.

[...] eu não quero ter esta fístula no braço porque meu braço foi ficando assim um mais grosso do que o outro [...] (S4)

Na doença renal crônica os sujeitos também demonstram comportamento de negação da doença e inconformismo, o que pode ser influenciar na adesão ao tratamento, e assim, possibilitando o agravamento da doença; esta situação é evidente nas falas dos sujeitos, considerando a faixa etária jovem, a situação se agrava ainda mais.

É muito difícil, é o que sempre falava: se a gente não tiver uma maneira de fazer com sacrifício menos desconfortável ou menos ruim, seja através de contar piada, música a gente colocou música, a gente canta aqui [...] o principal é se aceitar [...] eu estou doente hoje, é por pouco tempo é acho que é, acho que já está terminando, mas tem que se aceitar, se não aceitar, minha filha ,você vai lutar desculpa falar, contra o inferno você vai ficar ruim mesmo, porque eu vejo muito, cara [...] (S1)

Várias mudanças, várias mesmo, principalmente assim na hora d’eu vim para diálise aquela aceitação, até hoje eu não aceito, eu faço tratamento, mas eu não aceito, não aceito mesmo que eu tenho essa doença renal, eu faço tudo conforme a orientação médica, mas eu não conformo, não conformo com a situação que eu estou vivendo hoje, eu tinha uma vida assim extremamente saudável, eu saía, passeava, eu trabalhava [...] (S4)

Acaba ocorrendo por causa, que você toma medicamento você tem um certo horário você tem que estar no Instituto fazendo hemodiálise, mas nada sim que agrave a vida comum vida normal com algumas limitações mais que da para viver normal. (S6)

Outra opção de tratamento para o indivíduo com insuficiência renal crônica é o transplante renal, em que através de procedimento cirúrgico recebe-se um rim

(enxerto) saudável vindo de outra pessoa e/ou cadáver. Este novo e único rim deve substituir totalmente os dois que pararam de funcionar. O transplante pode ser realizado antes mesmo de o indivíduo iniciar o tratamento dialítico ou após o seu início. Nesse caso, é fundamental a realização de vários exames, entre eles, uma avaliação do estado físico e psíquico do receptor e se for o caso do doador (vivo), bem como o preparo para a cirurgia e o acompanhamento após o transplante.

A vantagem do transplante, conforme Amend Júnior e Vincenti (1985 apud MENDONÇA, 2007), se consubstancia na restauração de uma fisiologia e de uma química do organismo, quase normais e constantes sem a necessidade de diálise e restabelecido de uma dieta mais próxima da normal. A expectativa quanto ao transplante foi apontada pela maioria dos entrevistados como a esperança, momento de ansiedade, na espera pelo restabelecimento da vida. Do ponto de vista da presente pesquisa, este momento significa renascimento, reconstrução da vida material, ainda que sem dia, hora, mês ou ano determinado, é, pois, um momento de grande importância para a vida do trabalhador em hemodiálise.

[...] minha mãe, ela quer doar o rim, até os dois se puder, mãe é mãe..., e desde o começo ela se propôs a fazer a doação, ela está muito ansiosa até mais que eu mesmo, eu não tenho essa ansiedade toda e nem a pressa que ela tem, então nesse ponto a gente fica até preocupado, se amanhã depois surgir algum impedimento de que não vai ter jeito dela doar, ela vai ficar muito mais frustrada do que eu, já fez tudo já, está tudo pronto, já ela vai para São Paulo na primeira consulta, nos já fizemos os exames de compatibilidade, como se diz agora [...] **(S1)**

Após o transplante? Ah, aí sim minha vida vai mudar, acho que minha vida em geral vai mudar muito, a minha vida profissional, eu espero voltar a trabalhar, eu estou me programando para eu fazer um curso na área da informática, porque eu agora não posso trabalhar diretamente com o paciente na área hospitalar, então eu pretendo fazer um outro curso para eu me especializar e continuar na mesma profissão, porque é a profissão que eu sonhei para minha vida, é profissão que eu gosto. A minha vida pessoal também vai melhorar muito, vai melhorar a minha auto-estima eu não vou ter esta fístula no braço, então e a minha vida familiar também vai melhorar muito eu vou poder ficar mais presente com a minha família porque quando eu chego da hemodiálise eu fico muito cansada muito debilitada, então não vou ter mais isso vou estar presente, eu posso viajar eu posso me programar fazer as coisas como eu fazia antes [...]. **(S4)**

[...] eu estou fazendo exames para avaliação pré-transplante, as expectativas são as melhores possíveis, tem que ser assim para encarar de forma mais fácil o tratamento, até para dar tudo mais certo creio eu. **(S6)**

A possibilidade de transplante, muitas vezes, é vista pelo renal crônico como a única solução para se libertar da hemodiálise, contudo, ela pode lhe proporcionar, também, uma série de problemas. Visto que, após o transplante, podem ocorrer: a rejeição do rim pelo organismo; o risco de morte devido à baixa imunidade (que expõe o paciente a outras doenças ou complicações); riscos próprios do procedimento cirúrgico (quadros infecciosos, por exemplo). Entre outros problemas, existe ainda, a possibilidade de advir uma doença original no rim transplantado por meio de uma trombose arterial ou venosa e a rejeição crônica do transplante (SANTOS 1997 apud MENDONÇA, 2007).

É importante afirmar que o transplante renal não é a cura, mas sim, outro tratamento, que melhora parcialmente a qualidade de vida, liberando do tratamento dialítico. Entretanto, as alterações físicas oriundas da Insuficiência Renal Crônica (IRC) e respectivo tratamento, podem afetar o organismo em razão da rotina diária do indivíduo e, conseqüentemente, afetar também a sua capacidade de trabalhar. Assim, a realização do transplante renal não se consubstancia na solução final para a pessoa com IRC, mas inaugura um estágio de tratamento, com a diminuição dos cuidados necessários a que o indivíduo estava submetido.

O conceito ampliado de saúde não se limita somente ao bem estar físico, também se refere ao mental. Assim, o aspecto mental está ligado ao pensamento, ao espírito, às crenças, e, apesar de não constar nas perguntas norteadoras, permeou as falas dos entrevistados.

Eu acredito muito em Deus, eu sou evangélica então, eu acredito que Deus faz obras na vida da gente, então acredito que eu não vou precisar de fazer o transplante, que Deus vai me dar a cura, porque eu não nasci desse jeito, eu não nasci com problema renal, então eu tenho muita fé que Deus me dar cura. Mas senão acontecer de ser curada é porque é o desejo de Deus, e Ele vai abençoar que o transplante vai ocorrer perfeitamente, porque Ele é o médico dos médicos, Ele é o maior médico, e eu que vou ter uma vida normal, simplesmente normal. **(S4)**

A crença é um sentimento próprio da condição humana, é parte subjetiva do conhecimento, é aquilo em que se crê, que se acredita, que se confia, portanto, que se concebe como verdade. Assim, a crença em momento de sofrimento e dor, aparece como uma força interior no sentido de apoiar a crença da cura. Apesar da doença crônica, o sujeito estabelece por meio da crença a interação com uma força suprema, em que se confia a resolução das situações vivenciadas no cotidiano.

A fé minha seria assim, pra Deus nada é impossível. Mas para mim é, mas eu nunca tive fé em momento algum, os rins iam voltar a funcionar, a fé seria que iria me encaminhar pra um transplante e que principalmente daria certo para as duas partes, porque só para mim não resolvia, se tirar por exemplo um órgão de uma pessoa normal [...] e ela ficar bem mas não fica [...] para mim não resolveu também, então a minha fé sempre foi essa que não ia acontecer um milagre que [um dia] ia voltar a funcionar, a minha fé seria de dar certo o transplante e voltar com a vida mais normal, porque, como eu disse, não considero a minha vida fora do normal não, não posso reclamar não que está muito bom. **S1**

A crença surge como força interior, como motriz da vida, da energia, das diferentes formas de ver e crer no mundo.

Até porque tem gente que [...] a gente depois que eu fiquei doente eu passei a ver a vida de outra forma, [...] é mais a gente sempre tá naquela sabe, isso não acontece comigo ou nunca vai acontecer, comigo aconteceu, e, custou a cair a ficha agora que caiu [...] tive que vir porém como eu já disse antes deu vir aqui fazer vi que não era nada de mais, sigo a minha vida e uma promessa que eu tinha feito para mim antes de começar falei não deixo de fazer nada que eu faço hoje, porque acho que não acho justo a minha família pagar por eu não poder viajar, eu não poder ir numa pizzaria levar meus filhos[...] não deixei de fazer nada só não como carambola[...] o resto minha filha. **S1**

A doença crônica representa a entrada em um novo modo de vida, em que as limitações físicas, sociais e emocionais exigem do usuário readaptações constantes. A pessoa com insuficiência renal crônica tem sua vida alterada pelo processo saúde-doença e a necessidade de reorganizar-se social, familiar e profissionalmente exige uma nova postura e nova forma de administrar seu cotidiano, uma vez que a sua sobrevivência depende de meios artificiais, como a máquina ou o transplante. Assim sendo, o usuário terá que se submeter a uma série de mudanças de hábitos de vida, como pode ser observado nos relatos a seguir, nos quais os sujeitos relacionam as mudanças ocorridas com a instalação da doença.

Bom eu fiquei sabendo que eu tava doente foi em 2005 e eu sabia que era uma doença irreversível que eu ia acabar fazendo hemodiálise e eu me tratei quatro anos e meio e nesse período de tratamento eu procurei saber tudo sobre hemodiálise e a espera pelo transplante e acho que isso me ajudou muito porque eu cheguei aqui bem preparado e vi que não era uma coisa de outro mundo, o pessoal que trabalha comigo e minha família até assustou e fala que eu (gosto de tudo), mas é porque antes eu me sentia muito mal principalmente nesses último seis meses antes de começar e com a hemodiálise é melhorou muito, eu posso te falar

que tirando o fato de ter que vir aqui três vezes por semana quatro horas por dia eu tenho vida normal (eu me sinto muito bem) e antes (não era bom) era muito complicado. **S1**

Era um pouco diferente em termos de horários eu podia viajar trabalhar fora, passar dias longe de casa, então eu era bem mais livre do que sou hoje, hoje tem toda uma limitação, então seria só a viagem mesmo, coisa que eu não posso fazer ao longo tempo. **S6**

Nos casos acima, a mudança gira em torno do tempo dispensado ao tratamento, a dependência do tratamento para sobrevivência e a interferência no horário de trabalho, em ambos os casos os sujeitos continuaram a trabalhar no mercado formal e informal, respectivamente.

A mudança em relação à situação financeira termina por agravar as formas de sobrevivência, afetando toda a família, pois com o poder de compra diminuído, impõem-se restrições no estilo de vida. A situação de dependência, a perda da autonomia e a liberdade condicionada afetam as relações sociais, podendo resultar na falta de esperança e colocar o indivíduo diante do agravamento da doença, em função de como o mesmo administra internamente as condições impostas pela patologia.

A minha vida antes do tratamento era..., vou dizer que hoje eu ainda continuo vivendo, antes eu tinha mais chance de falar to indo, agora hoje o que eu vou falar, sei lá, é, mudou foi tudo, vou ser sincera que mudou foi tudo mesmo. Antes do tratamento eu era vista com outros olhos, porque hoje isso mudou, diminuiu o número de amigos, os colegas foram se afastando de mim. [...] Porque, eu sempre gostei de andar sozinha e arrumada sabe? Então, aonde eu chegava eu podia, porque eu tinha dinheiro para pagar e se tem colega e amigo, ah! Agora hoje não. **(S3)**

A doença renal crônica em tratamento de hemodiálise também pode levar ao sedentarismo, ao aumento do sobrepeso ou obesidade, levando à possibilidade de instalação de outras doenças; neste caso, o usuário busca outras atividades que não comprometem seu processo saúde-doença.

Antes eu trabalhava mais, eu trabalhava, eu fazia algumas atividades físicas, e, eu estou aqui agora, conforme apareceu o problema renal, então o trabalho ele teve que diminuir de acordo com minha capacidade, entendeu, é muito pouco o que eu posso praticar por causa da fistula, a gente não pode abusar, porque esporte mesmo é só caminhada, natação, mais outro tipos de esporte, tipo futebol, vôlei ou coisa assim, é que eu gostava muito, antes de ter esse problema renal, mas agora não, eu tenho que

fazer algo que me ajude tipo natação, tipo alguma coisa que não venha prejudicar o meu tratamento. (S5)

É de fundamental importância enfatizar que, todos esses tratamentos substituem parcialmente a função renal, aliviam os sintomas das doenças decorrentes da insuficiência renal e preservam a vida do usuário, no entanto, nenhum deles é curativo, isto é, não promovem o restabelecimento da saúde.

3.3 O Processo de Trabalho do Assistente Social no Serviço de Diálise⁴⁴

Na esfera privada, o trabalho do assistente social constitui um espaço ocupacional que possibilita: a identificação das tensões provenientes da ampliação da exploração da classe trabalhadora; a elaboração de estratégias de enfrentamento do processo de exploração da força de trabalho; a busca por respostas às situações que interferem no processo de produção, como absenteísmo, dependência química, acidentes de trabalho, dificuldades financeiras, gestão de benefícios assistenciais e outros.

Os projetos realizados através de organizações privadas têm em si uma característica particular, pois são elaborados com a finalidade de atingir uma determinada particularidade de certos grupos e segmentos sociais, reforçando a seletividade no atendimento, segundo critérios estabelecidos pelos mantenedores.

Portanto, o trabalho concreto, sob a concepção marxista, significa o trabalho que produz valores de uso voltados para as necessidades sociais de um dado segmento. E, em relação ao trabalho em Serviço Social, os resultados são diferenciados devido às complexidades de demandas e também pelo espaço sócio-ocupacional alterado de acordo com o campo de atuação do assistente social, altera-se, pois, o significado social do trabalho especializado em seu campo de atuação.

⁴⁴ A opção pelo termo Serviço de Diálise refere-se a distinção do Centro de Referência em Nefrologia, uma vez que o serviço de diálise é especializado em diálise que etimologicamente a palavra diálise em grego é “*dialysis*” que significa dissolução, separar, diz respeito neste caso ao serviço especializado na “separação” e retirada das impurezas metabólicas toxinas do sangue por meio do uso de tecnologias. Já o termo Nefrologia utilizado em algumas literatura refere-se a área da Medicina que estuda o funcionamento dos rins e suas doenças. (Aurélio, 1986). Portanto, entende-se que a distinção se faz necessária para não haver a generalização do uso das terminologias empregadas neste estudo (FERREIRA, 1986).

Com a privatização das políticas sociais percebe-se a mercantilização das necessidades sociais e, nesse contexto, os serviços sociais deixam de ser direitos, porquanto a pertinência e qualidade dos serviços oferecidos são aqueles que, através do consumo, renovam sua necessidade social. Assim, o “ter” substitui o “ser”, pois o dinheiro aparece em cena como meio de circulação, intermediando a compra e venda de serviços.

Com esse investimento nos serviços sociais, o capitalismo passa a imagem de preocupação com a sociedade e, com isso, são transformados os objetivos das classes e grupos sociais como um propósito de toda a sociedade. Esta é uma estratégia assumida pelo Estado que, atualmente, conta com a mídia como uma forte aliada, fortalecendo esses ideais para a sociedade.

Em relação dos desafios, constata-se uma multiplicidade destes no desvelar no exercício profissional das determinações sociais (conflitos e antagonismos da relação capital e trabalho, que engendram as relações sociais). Os referidos desafios se articulam num conjunto de condições definidoras do desenvolvimento de ações de resposta e condicionam as possibilidades de realização do processo de trabalho, influenciando os resultados esperados da atuação profissional e, assim, por parte do profissional, passa a exigir ações alternativas capazes de enfrentar a realidade. Os desafios promovem, ainda, novas exigências de qualificação, tais como: o domínio de conhecimentos; a ampliação e atualização do acervo teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político e a atuação voltada para o projeto ético-político da profissão.

A mediação no processo de trabalho do Assistente Social, entendida como o movimento de ligação entre as categorias que constituem a totalidade (singularidade, particularidade e universalidade), permeia as ações na perspectiva do método dialético e estabelece respostas que venham a romper com o imediatismo das respostas institucionalizadas. Significa, portanto, ir além das práticas tradicionais, construindo alternativas para superação da problemática vivenciada pelos usuários, através dos serviços sociais institucionais.

Nessa perspectiva, as mediações surgem como resposta às demandas da população, num terreno complexo, tenso e contraditório em que se situa a atividade profissional. Assim, a prática da mediação do Assistente Social poderá interagir neste cenário de enfrentamento das demandas apresentadas. Estas condições de trabalho e relações sociais articulam um conjunto de mediações que interferem nos

processos das ações e nos resultados individuais e coletivamente projetados, com respostas inscritas na história, resultado das inúmeras projeções de diferentes direções que sofrem as várias influências da realidade social.

Estas particularidades, no entanto, poderiam facilmente ser observadas em outros campos, já que não constituem especificidades do trabalho do Assistente Social. Portanto, este também é um dos desafios: o de apreender as particularidades no processo de trabalho do Assistente Social em suas diversas áreas, como base fundamental para propor ações de superação frente às especificidades da profissão.

As particularidades apontadas na análise remetem a uma construção dialética que, na contradição, se constrói considerando a totalidade dos processos sociais e a evolução ao qual são submetidos. Desta forma, ganha relevância na ação do assistente social a instrumentalidade como arsenal de conhecimento, promovendo as condições necessárias à compreensão da realidade social, para que possa realizar intervenções de acordo com as necessidades impostas pela população.

Portanto, a intencionalidade do projeto profissional e os resultados derivados de sua atuação não se efetivam de imediato. Para se decifrar este processo é necessário entender as mediações sociais que atravessam o campo de trabalho do Assistente Social e as determinações da realidade social, onde as implicações estabelecidas no espaço ocupacional revelam as condições e relações de trabalho do mesmo.

Assim, os desafios também englobam promover a participação da população usuária nos espaços públicos de controle social e na democratização política, campo de abrigo das experiências dos processos decisórios que envolvem os indivíduos, colocando-os diante do direito à democratização do poder.

Para tratar dos desafios, entende-se que a pesquisa deve ser utilizada como um dos instrumentos essenciais ao trabalho do assistente social, vez que tem a possibilidade de embasar ações inovadoras no atendimento voltado para as necessidades sociais dos segmentos subalternizados. Nesse sentido, torna-se necessário refletir sobre o desvelar da realidade do indivíduo, conhecendo o modo de vida e de trabalho no âmbito das expressões culturais dos segmentos populacionais atendidos e identificando dados sobre as expressões da questão social nos diferentes espaços ocupacionais. Assim, justifica-se a proposta como da

presente pesquisa sobre os impactos do tratamento em hemodiálise para classe trabalhadora.

O trabalho profissional é tido como uma relação singular entre o assistente social e o usuário de seus serviços, desvinculada da questão social e das políticas sociais. Esta visão deslocada e focalista da história tende a reduzir os conflitos gerados na relação capital-trabalho. Nesta perspectiva, a formação profissional deve privilegiar a construção de estratégias, técnicas e formação de habilidades com foco no fazer profissional; por tratar-se de uma profissão interventiva na realidade social, requer fundamentos teórico-metodológicos, direcionamento ético-político, a formação de habilidades, com capacidade para uma leitura crítica da realidade. Este caráter de análise da profissão contrapõe-se às concepções liberais conservadoras do exercício profissional.

No entanto, entende-se que superar o fazer meramente técnico significa munir-se de competência teórico-metodológica para reconhecer as razões que se tecem o trabalho profissional, os efeitos do seu trabalho e seu significado social. A preocupação consiste em afirmar a ótica da totalidade na apreensão da dinâmica da vida social e procurar identificar como o Serviço Social participa do processo de produção e reprodução das relações sociais.

As condições que peculiarizam o trabalho do assistente social são uma materialização concreta da dinâmica das relações sociais em vigor na sociedade. O trabalho profissional é necessariamente polarizado pela trama das relações e interesses das classes sociais, tendendo a ser admitido por aqueles grupos que detêm o poder. A partir dessa compreensão, torna-se possível estabelecer estratégias profissionais e políticas de fortalecimento do capital ou do trabalho, em que não se pode excluir esses atores do contexto do trabalho profissional.

O trabalho do Assistente Social no Serviço de Diálise ganha visibilidade diante da situação de epidemia da doença renal, conforme já discutida no decorrer deste trabalho. Porém, a discussão do trabalhador Assistente Social na área da saúde já se inscreve desde a legitimação e consolidação da profissão.

Assim, o processo sócio-histórico remete ao trabalho dos Assistentes Sociais nas instituições públicas e privadas, originada nos períodos industriais do Brasil na década de 1930. No entanto, ganha ênfase no setor da saúde a partir de 1945, em face das exigências e das necessidades de consolidação do capitalismo

no país, sendo este um dos setores que mais se amplia após a Segunda Guerra Mundial, absorvendo o trabalho do Assistente Social (BRAVO, MATOS, 2004).

Portanto, o objetivo neste estudo não é trazer a tona o resgate histórico do Serviço Social na área da saúde, mas de tratar da inserção do profissional Assistente Social nos serviços de diálise, que, após a regulamentação, tem sua inserção na equipe mínima deste espaço particular de trabalho.

A presente pesquisa se fundamenta na experiência vivenciada no decorrer do período de 03 (três) anos, permeados de desafios, pela Assistente Social pesquisadora no serviço privado de diálise. No entanto, não se tem aqui a pretensão de construir “receitas” da prática neste espaço ocupacional em particular, mas de refletir sobre a busca pela construção e reconstrução do modo de exercer o trabalho articulado com os demais sujeitos, em defesa da democratização dos direitos sociais, tendo como diretriz o Projeto Ético-Político profissional juntamente ao Projeto da Reforma Sanitária e ainda como base os princípios norteadores do Código de Ética Profissional do Assistente Social.

[...] as possibilidades estão dadas na realidade, mas não são automaticamente transformadas em alternativas profissionais. Cabe aos profissionais apropriarem-se dessas possibilidades e, como sujeitos, desenvolvê-las transformando-as em projetos e frentes de trabalho. (IAMAMOTO, 2000, p. 26.).

É relevante tratarmos do cenário social em que o Brasil se encontrava na década de 1990 para compreender as transformações ocorridas principalmente quanto à Reforma Sanitária, originada num movimento social que promoveu um avanço na área da saúde e consolidada com a promulgação da Constituição Federal de 1988, da Lei nº 8080, de 19 de novembro de 1980 e da Lei nº 8142, de 28 de Dezembro de 1990, visando a universalidade e a equidade no sistema de saúde.

O trabalho profissional do Assistente Social na área da Saúde encontra-se reconhecido através da Resolução CNS nº 218, de 06 de março de 1997, dirigindo-se ao atendimento das necessidades da população. Não obstante, empreendeu apresentar de que maneira se materializam esses elementos nas dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política no cotidiano do Assistente Social que trabalha com usuários em tratamento dialítico.

A inserção do profissional de Serviço Social no Serviço de Diálise, especificamente no âmbito privado tem sua fundamentação na Resolução nº 154, de

15 de junho de 2004, publicada em 31 de maio de 2006 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e na Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, instituída em 2004, através da Portaria nº 168/GM, que estabelecem a regulamentação para a atenção à saúde, instalando-se as exigências mínimas para o funcionamento (inclusive) dos serviços e os recursos humanos necessários ao atendimento dos usuários renais crônicos. (BRASIL, 2004).

Dessa forma, regulamentou-se a obrigatoriedade da presença de uma equipe profissional mínima, incluindo o Assistente Social, ampliando o campo de trabalho na área da saúde e tornando necessário aprimorar os conhecimentos na área específica. A presença do Assistente Social no processo de tratamento dialítico contribui com o acesso às informações sobre os direitos sociais direcionados para este público-alvo. Neste sentido, é importante a participação de profissionais de outras áreas para que se tenha um trabalho humanizado e com resolutividade, ou seja, desenvolver um trabalho integrado que articule a participação em equipe durante o processo de trabalho. Iamamoto (2000) enfatiza que o assistente social na área da saúde participa ao lado de vários outros profissionais: nutricionistas, enfermeiros, médicos, psicólogos, e outros, para alcançar os objetivos previstos em um projeto de atenção a saúde.

Nessa perspectiva, o assistente social trabalha em programas e projetos para os quais há repasse de recursos materiais - principalmente aqueles vinculados à área da saúde - dirigidos à população chamada de 'baixa renda', ou seja, aquela que vive em condições de vulnerabilidade social⁴⁵, com dificuldade de acessar a rede de serviços sócio-ambientais e manter de forma autônoma suas necessidades básicas. Ao recorrer ao assistente social, o usuário espera que o profissional seja capaz de construir uma resposta profissional que dê conta de sua necessidade, mesmo aquelas de caráter imediato como a ausência de alimentação, a dificuldade de acessar os serviços mais complexos na área da saúde pública, a busca por informação e orientação sobre a vida familiar. (TORRES, 2006, p. 42).

Portanto, a área da saúde é uma realidade passível de atuação profissional, cabendo aos assistentes sociais veicularem informações para que o usuário possa exercer a sua autonomia, isto é, a sua cidadania para que realmente se reconheça como sujeito que participa dos processos de construção de uma sociedade democrática.

⁴⁵ Vulnerabilidade social significa que os vínculos familiares estão fragilizados seja nos aspectos de afetividade, social, econômico e outros, porém não deixam de ter acesso aos direitos.

Essa realidade apresentada e vivenciada pelos usuários com insuficiência renal crônica demonstra que cada vez mais estes se distanciam de seus direitos, agravando ainda mais a situação de vulnerabilidade; tal ocorre, principalmente, pela ausência de informações sobre os direitos sociais materializados através das políticas sociais.

Dessa forma, socializar informações pertinentes e coerentes consiste em atribuição específica do assistente social, uma vez que o cotidiano do usuário com insuficiência renal crônica é totalmente transformado e essas implicações sociais ocorrem a partir do momento em que ocorre o diagnóstico da doença, já apresentadas no decorrer deste trabalho e com mais ênfase no subtítulo deste Capítulo “Insuficiência Renal Crônicas: causas e tratamentos”. No entanto, no trabalho do assistente social uma das dimensões que ganha relevância é o acolhimento, como elemento da humanização, que envolve o lado social e afetivo das relações entre os indivíduos. Desta forma, o profissional passa a fazer parte da realidade vivida pelos sujeitos e, assim, intervém estabelecendo vínculos tanto com usuário quanto com a sua família, pois esta também apresenta necessidade de atendimento.

Conforme destaca Bittencourt (2004), o Assistente Social atua na área da saúde em caráter educativo e pedagógico, no sentido de respeitar limites e adversidades culturais, bem como de trabalhar diretamente com as famílias destes usuários, possibilitando-lhes acesso aos direitos. O trabalho do assistente social tem fundamento no projeto ético-político da categoria profissional do Serviço Social e mantém compromisso com o usuário no processo de autonomia para transformar sua realidade e efetivar a cidadania mediante o conhecimento e ampliação dos direitos legalmente estabelecidos. O Assistente Social inserido na divisão social e técnica do trabalho, que interfere na (re) definição das múltiplas expressões da questão social, atua diretamente com os usuários em hemodiálise e seus familiares por meio das demandas encaminhadas e espontâneas, bem como na superação do desconhecimento da doença, disponibilizando as informações necessárias, respeitando os sujeitos em consonância com o projeto ético-político da categoria, promovendo a adesão ao tratamento, a garantia do acesso a saúde e a efetivação dos seus direitos de cidadania.

Nessa realidade, o Assistente Social é um profissional indispensável na atenção à saúde e, segundo a legislação, deverá compor a equipe mínima de

atendimento nos serviços de diálise, visto que o usuário deve ser compreendido como um ser humano em sua totalidade. Portanto, cabe ao Assistente Social desenvolver sua prática como membro da equipe multiprofissional de forma interdisciplinar⁴⁶, tornando o serviço mais humanizado, levando ao reconhecimento dos usuários como sujeitos de direito.

A concepção do processo saúde-doença ultrapassa o aspecto biológico e envolve o contexto social, político, econômico e cultural do indivíduo, incluindo sua família. Deve-se observar, no entanto, que construir esse pensamento do Serviço Social na área da saúde, impõe colocá-los no âmbito da discussão interdisciplinar permitindo dar concretude, direcionalidade e visibilidade à profissão. Essa discussão é imprescindível para impulsionar a transformação das práticas profissionais na área da saúde, como afirma Merhy (1997, p. 72):

Neste muitos anos de militância e acumulação de experiências vivenciadas na busca da mudança do modo de produzir saúde no Brasil, aprendemos que: ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto de trabalhadores de saúde, no sentido de modificar seu cotidiano, do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais, nas quais temos metido, não servirão para quase nada.

Assim, a atuação reveste-se do compromisso com a compreensão por parte da equipe da situação de cada usuário em sua singularidade e, também, inclui a contribuição para a adesão ao tratamento específico, agindo como medidor, intercedendo entre usuário, sua família e a equipe de trabalho.

Trabalhar com usuários com insuficiência renal crônica implica lidar com a dor, o sofrimento, perdas constantes, com o recomeçar a vida, portanto, é necessário pensar a prática social de forma interdisciplinar como uma possibilidade de promover qualidade de vida para esses sujeitos.

O Assistente Social no Serviço de Diálise desenvolve suas ações com vistas a garantir ao usuário o acesso integral ao tratamento em terapia renal substitutiva,

⁴⁶ [...] a interdisciplinaridade, favorecendo o alargamento e a flexibilização no âmbito do conhecimento, pode significar uma instigante disposição para os horizontes do saber. “[...] Penso a interdisciplinaridade, inicialmente, como postura profissional que permite se pôr a transitar o “espaço da diferença” com sentido de busca, de desenvolvimento da pluralidade de ângulos que um determinado objeto investigado é capaz de proporcionar, que uma determinada realidade é capaz de gerar, que diferentes formas de abordar o real podem trazer”. (RODRIGUES, 1998, p.156).

tanto nas estratégias de sobrevivência e no resgate da cidadania quanto na integração junto ao novo grupo de convivência.

Novas relações são estabelecidas em relação à dependência do tratamento, visto que, muitas vezes, o centro de diálise é o local em que o indivíduo doente passa grande parte de seu tempo, desenvolve uma nova rede social e, à medida que sente o acolhimento da equipe e se identifica com as outras pessoas que vivenciam a mesma situação, encontra espaço para exteriorizar suas percepções, dificuldades e medos em relação à doença. Dessa forma, o Assistente Social, enquanto membro da equipe multidisciplinar, deve contribuir na superação desta difícil fase – principalmente em seu período inicial. A relação do usuário com a equipe de saúde, sua integração em uma rede social, a posição social, incluindo o nível de educação, a ocupação, o *status* econômico e o local de moradia, são fatores que podem influenciar fortemente na sua evolução clínica e na adesão ao tratamento. O profissional de Serviço Social tem como campo privilegiado de trabalho a Questão Social e suas múltiplas expressões, conforme assinala Iamamoto (2008, p.160) “[...] Os assistentes sociais trabalham com as múltiplas dimensões da questão social tal como se expressam na vida dos indivíduos sociais, a partir das políticas sociais e das formas de organização da sociedade civil na luta por direitos.”

A realidade requer ações de mediação, na busca por inovadoras estratégias de (re)construção da proposta de trabalho, frente às necessidades da população usuária.

Compreender as perdas e/ou interrupções, como no caso da vida profissional do usuário em hemodiálise, implica a apreensão por parte do profissional que perpassa os campos sociais, econômico, político, cultural e familiar, pois, se o trabalho satisfaz suas necessidades, é através dele que o indivíduo vivencia suas experiências e estabelece relações sociais e reproduz as mesmas. A incapacidade laboral, temporária ou definitiva, gera consequências complexas a nível individual e coletivo para a vida desse trabalhador.

Contudo, o profissional intervém nesta realidade como forma de promover a autonomia e a emancipação dos usuários. Esta aproximação com o usuário é muito importante, pois estabelecer os vínculos com o usuário possibilita ao profissional conhecer de perto sua realidade e proporciona a apreensão e compreensão do que está inserido em seu trabalho e que se concretiza através dos instrumentais técnico-

operativos, do acolhimento, da escuta aos usuários e do compromisso, além de outros.

Refletir sobre a realidade dos sujeitos e sobre o trabalho do assistente social neste espaço sócio-ocupacional remete a compreender a relevância do Serviço Social no sentido de contribuir para a efetivação dos direitos sociais e, neste âmbito, o profissional fortalece a sua identidade profissional diante da concretização do projeto ético-político em seu cotidiano profissional, atuando de forma inovadora, crítica e propositiva para consolidar esses direitos previstos pela Constituição Federal de 1988, na Política Nacional de Atenção do Portador de Insuficiência Renal e nas demais legislações junto aos sujeitos e à equipe do serviço de diálise.

Contudo, a orientação teórica é fundamental, pois direcionará a visão de homem e de mundo ao estabelecer a articulação da teoria e prática, no sentido de fundamentar a atuação, evitando ação meramente pragmática. Assim, ao se deparar com a realidade, que contemporaneamente se torna desafiadora quanto ao acesso aos direitos, o profissional atuará pela consolidação dos direitos.

Atualmente, com a reestruturação produtiva⁴⁷, a população se torna cada vez mais submissa e alienada sob as forças do neoliberalismo⁴⁸, porém, observamos nesses últimos anos que a efetivação dos direitos sociais submete-se às ações burocratizadas, o que acaba distanciando esse usuário de seus direitos.

Nessa perspectiva, se desenvolveu a prática profissional no Instituto de Hemodiálise e Transplante Renal de Uberaba, concretizando o exercício profissional do Serviço Social na instituição junto à equipe multidisciplinar, com o objetivo de apreender a realidade sob a visão crítica e de compreender suas limitações e desafios.

Nesse período, a procura dos profissionais de outras áreas e usuários pelo assistente social ocorreu de forma gradativa e a confiança se estabeleceu na medida em que o trabalho foi se desenvolvendo diante das demandas emergentes, que não deixaram de fazer parte deste trabalho, propiciando, assim, o acesso dos usuários aos seus direitos.

⁴⁷ Reestruturação Produtiva são as transformações que ocorreram no mundo do trabalho, do consumismo e das legislações de trabalho caracterizando-se pela polivalência, terceirização da mão-de-obra, subcontratação, queda de padrão salarial, aumento de contratos de trabalho temporário e pelo desemprego estrutural.

⁴⁸ Neo significa novo e liberalismo é referente à ideologia que serve como base o capitalismo cujo seu princípio é o individualismo, liberdade da empresa privada sem a intervenção do Estado na economia.

Dessa forma, a experiência de conviver com os usuários no cotidiano e a forte demanda relacionada aos fenômenos sociais, requer o planejamento das ações. Iniciou-se a busca por conhecer a realidade dos usuários, na elaboração de um plano de ação e, posteriormente, um projeto de intervenção profissional. Paralelamente, com a abertura do campo de estágio, contribuiu muito para a formação continuada, de forma recíproca entre supervisor e supervisionados, comprovada pela troca constante entre indagações da prática experimentadas, oxigenando esta relação. Destaca-se que os estagiários participaram de todos os processos de trabalho, com iniciativas importantes, como a construção do histórico institucional do serviço social neste espaço e a colaboração na construção do perfil dos usuários do IHTRU.

A partir do planejamento das ações, estabeleceram-se os objetivos de trabalho do Assistente Social, sendo o objetivo geral promover a atenção e assistência integral e integrada de acesso aos Direitos Sociais aos sujeitos com insuficiência renal crônica, planejando e realizando um trabalho articulado com a equipe profissional da IHTRU; os objetivos específicos consistem em: conhecer a realidade do usuário e suas necessidades através da elaboração do perfil dos mesmos; promover a garantia aos direitos sociais; incentivar a prevenção ao agravamento da doença; realizar o atendimento sócio-familiar (prevenção); detectar as demandas emergentes e planejar ações de integralidade de acordo com as necessidades apresentadas.

Essas ações são concretizadas a partir do momento em que o profissional identifica as expressões da questão social no espaço de trabalho e através desta análise elabora o plano de ação para intervir na realidade dos usuários com insuficiência renal crônica; contudo, o profissional precisa estar respaldado em legislações para efetivar o trabalho e dentre elas destacamos as atribuições específicas do Assistente Social, conforme disposto no art. 5º,

- I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
- III - assessoria e consultoria [...] a empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
- IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- [...] VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social. (BRASIL, 1993).

Nesse aspecto, entende-se que o Assistente Social media situações de interesses entre instituição e usuário; no entanto, o que ocorre é que os instrumentais técnico-operativo, ético-político e teórico-metodológico direcionam o trabalho do assistente social e possibilitam ao mesmo veicular informações para que o sujeito tenha acesso aos direitos sociais.

Acontece que, uma vez inseridos nas relações de produção e reprodução do sistema capitalista, as instituições mantêm o interesse voltado para o lucro e estabelecem uma relação de indiferença com o usuário, conforme coloca Vergara (1998, p.4):

[...] No espaço institucional os usuários ficam fora do processo de superação, alienados, não participam das decisões e não são considerados no contexto institucional. Assistidos em suas demandas fragmentadas, através de encaminhamentos e informações pontuais, eles continuam na condição de sem acesso. E voltam vítimas do imediatismo, com as mesmas carências, formando um círculo vicioso em função das suas necessidades.

Assim o Assistente Social respaldado pelo Código de Ética de 1993, através da Lei de Regulamentação nº 8.662, de 1993, e o Projeto Ético-Político da categoria, direcionará sua prática profissional no sentido de tentar inibir as contradições advindas do capital.

Para tanto, o Assistente Social buscará superar a prática pragmatizada e imediatista, utilizando a mediação para fortalecer a sua relação com o usuário, possibilitando um trabalho de qualidade para que o sujeito se reconheça como cidadão e participe da construção de sua história na sociedade.

[...] mediação portanto é a categoria que dá direção e qualidade à prática marxista, resultado de um processo dinâmico e ativo desenvolvido, pela interação entre as pessoas, conceitos, preconceitos, instituições, enfim uma rede de associações em que o usuário é tido como sujeito engajado na construção de sua própria história (VERGARA, 1998, p.4).

Portanto, o Assistente Social buscará resgatar a cidadania destes sujeitos que tiveram os seus direitos violados, fortalecendo o seu comprometimento com o usuário, reforçando em seu trabalho a mediação junto aos gestores de saúde e investigando possibilidades para atender esses usuários que possuem particularidades devido à doença renal crônica, o que requer o acompanhamento

sistemático para controle das co-morbidades. Os usuários, apesar dos direitos legalmente garantidos, nem sempre conseguem dispor dos mesmos de imediato, com eficácia e tempestivamente para identificar e/ou evitar agravos no processo saúde-doença.

Os instrumentais técnico-operativos mais utilizados no desenvolvimento da atuação profissional no serviço em diálise são: acolhimento e escuta; acompanhamento; avaliação sócio-econômica; busca ativa no decorrer das sessões de hemodiálise no atendimento de demandas encaminhadas e espontâneas dos mesmos e da equipe de trabalho; encaminhamento; entrevista com os usuários e familiares; estudo de caso; levantamento dos recursos disponíveis em rede; orientações; parecer social; planejamento social (projetos sociais, de intervenção profissional); Procedimento Operacional Padrão (POP's) do Serviço Social; relatório social; visita domiciliar e institucional.

Em relação às demandas atendidas pelo Serviço Social no serviço de diálise, cabe salientar aquelas em que os sujeitos são portadores de insuficiência renal, portanto, passando também a ser considerados indivíduos com deficiência. Tal ocorre porque a patologia em questão se localiza em um órgão vital, que perde sua função; o sujeito, então, passa a ser considerado como pessoa com deficiência renal.

Nesse sentido, utiliza-se a definição de pessoa portadora de deficiência, consoante o estabelecido pela Constituição Federal de 1988, inciso IV, do artigo 84, associado ao disposto na Lei 7.853, de 24 de outubro de 1989, alterado pela Lei 8.828, de 12 de abril de 1990:

[...] pessoa portadora de deficiência aquele que apresenta, em caráter permanente, perdas, e anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades, dentro do padrão considerado normal para o ser humano [...]. (BRASIL, 1990).

A partir desse conceito e de acordo com a Constituição Federal de 1988, a pessoa com insuficiência renal é considerada pessoa com deficiência, ou seja, são-lhes atribuídos os mesmos direitos concernente aos sujeitos portadores de qualquer modalidade de deficiência. No contexto do Serviço Social e do preconizado pelos citados dispositivos, abordar-se-á a seguir as demandas dos usuários no serviço de diálise do Instituto de Hemodiálise e Transplante Renal de Uberaba (IHTRU).

Dentre as demandas rotineiras de trabalho do Assistente Social temos o transporte social e para a aquisição do mesmo, é realizado a inscrição do usuário. Este serviço é oferecido pelo município de Uberaba para aqueles que não possuem condições de locomoção que são expressas sob as seguintes formas: dificuldades físicas de deambulação e econômicas para custear transporte particular. Trata-se de uma demanda que exige constante mediação do Assistente Social entre a gestão municipal e os usuários, devido aos conflitos gerados pelos atrasos, ausência de transportes, dificuldade de interação entre usuário e os servidores municipais, além de alguns casos relativos à falta de preparo de servidores (motoristas) para oferecer atendimento humanizado que requerem os usuários com insuficiência renal crônica, como os idosos, paraplégicos, diabéticos, hipertensos e pós terapia renal, que podem apresentar debilidade, dificuldade e/ou lentidão para andar, náuseas e pico de hipotensão.

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é um serviço destinado para aqueles usuários cujos municípios não disponibilizam tratamento especializado para determinado tipo de doença, como é o caso de algumas pessoas acometidas da doença renal crônica. Destaca-se nesta demanda os casos de tratamento de hemodiálise oferecido para os usuários oriundos de cidades vizinhas e os usuários locais que têm encaminhamento para procedimentos realizados em Ribeirão Preto-SP⁴⁹.

Este tipo de tratamento foi instituído pela Portaria Nº 055/1999/SAS e tem como objetivo levar assistência médico-hospitalar a todos os brasileiros, especialmente àqueles que dependem da rede pública de saúde. Assim, o usuário tem direito, por meio do TFD, de solicitar junto à Secretaria de Saúde de sua cidade a concessão do benefício de custeio para o tratamento em outro domicílio, desde que não haja possibilidades de tratamento no município de origem. O benefício poderá ser concedido aos indivíduos que sejam doadores para transplante intervivos e se a doação for efetuada a uma pessoa internada em região diferente do doador. Este programa cobre os custos de tratamento ambulatorial, hospitalar ou cirúrgico, a alimentação e hospedagem de ambos enquanto durar o tratamento desde que esteja agendada a passagem de ida e volta para a o usuário e o acompanhante. O Assistente Social orienta quanto aos procedimentos como: a orientação pertinente

⁴⁹ Avaliação pré e pós-transplante renal (doador vivo) e transplante combinado (rim-pancreás), tratamento complementar de hiperparatireóide (problema ósseo causado com a insuficiência renal crônica).

aos trâmites e documentos necessários para otimizar este processo; o contato com os profissionais em rede obtendo as indicações do local (instituição/Estado) em que o usuário irá se tratar, a data agendada e horário, possibilitando ao paciente e ao familiar maior segurança no tratamento.

Esta situação de auxílio na organização sócio-econômica e familiar (auxílio ao Tratamento Fora de Domicílio) representam no universo da pesquisa, 22% dos usuários em atendimento no serviço de diálise do IHTRU.

Em relação ao Benefício da Previdência Social, o Assistente Social realiza o atendimento inicial, após avaliação sócio-econômica e caso o usuário tenha qualidade de segurado, é orientado quanto aos benefícios disponíveis na Previdência Social, como: Auxílio Doença, Aposentadoria (por Invalidez, Especial, por Tempo de Serviço, e Idade), através da Lei Complementar nº 8.213/91, de 24 de Julho de 1991 e Decreto nº 3.038/99 e o direito ao acréscimo de 25% sobre a Aposentadoria por Invalidez conforme Lei nº 8213/91, art. 45, de 24 de julho de 1991, para os casos em que o sujeito dependa de terceiro para sobreviver, logo, providencia-se junto à equipe do IHTRU (atestado do nefrologista) os documentos necessários ao processo de agendamento de perícia pelo INSS e, conseqüentemente, o recebimento do benefício.

Destaca-se que neste procedimento o Assistente Social promove a preparação e orientação dos usuários quanto à perícia médica, tal ocorre, principalmente, em função das queixas freqüentes dos mesmos por se sentirem expostos a situações humilhantes e discriminatórias.

O Benefício de Prestação Continuada ou Benefício Assistencial – com base na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742/93, art.2º após Avaliação Sócio-Econômica, o usuário é orientado quanto aos critérios estabelecidos para o acesso a este direito da Assistência Social. A partir de então, elabora-se o relatório social com parecer técnico endereçado ao Serviço Social da Previdência Social na localidade de domicílio do usuário e em anexo os documentos emitidos pela equipe, e pessoais do usuário com as cópias dos exames que comprovem a insuficiência renal.

A Hemodiálise em Trânsito e/ou Transferência em Hemodiálise de vaga definitiva, o Serviço Social veicula informações este direito garantido em legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), providencia relatórios e os documentos

necessários, atendendo as solicitações com indicação por parte do usuário da cidade onde irá necessitar de Hemodiálise em Trânsito e/ou Transferência.

O Serviço Social também é responsável pelo Passe Livre Interestadual e o Passe Livre Municipal que nesta hipótese, informando e orientando o usuário dos documentos necessários para o acesso ao direito estabelecido pela Lei Municipal nº 9822/05 e principalmente a comprovação da situação de pobreza com renda *per capita* igual ou inferior a um salário mínimo.

Com o Passe Livre Interestadual, com base na Lei 8.899/94 e no Decreto 3.691/2000, é garantido a gratuidade às pessoas com deficiência mentais, visuais renais crônicos, os obesos mórbidos e pessoas com deficiências múltiplas e a comprovação da situação de pobreza por meio do relatório e parecer social para o sistema de transporte coletivo interestadual.

Outro direito do usuário com insuficiência renal crônica é a medicação uma vez que o mesmo esteja cadastrado no Sistema Único de Saúde (SUS), disponível na Unidade de Saúde do SUS, no posto de saúde, no hospital público ou nas farmácias regionais. Entretanto, nem todo medicamento está disponível. O Ministério da Saúde estabelece as diretrizes gerais através de duas listas: a Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME) e o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, assim, o usuário é orientado quanto aos trâmites e documentação necessária à garantia do acesso aos medicamentos. Todavia, há ainda a possibilidade de o medicamento não ser disponibilizado pelo Estado, no caso de usuários domiciliados no município, encaminha-se para o Setor de Medicação de Alto Custo da prefeitura Municipal de Uberaba para abertura de processo administrativo e aquisição do mesmo. Na hipótese, de não haver a aquisição por parte do Município, torna-se necessário buscar a assistência Jurídica Gratuita por meio da Defensoria Pública.

Com base na Política Nacional de Habitação, a pessoa com deficiência tem o direito preferencial na fila de inscrição e na aquisição da Casa Própria Popular, na atualidade vinculada ao Programa Minha Casa, Minha Vida e ao Sistema Financeiro de Habitação (SFH), este criado pelo Governo Federal em 21 de agosto de 1964, pela Lei nº 4.380, com a finalidade de facilitar a aquisição da casa própria ao trabalhador, por meio de financiamentos a longo prazo e juros baixos.

Assim, em alguns casos os usuários acabam se tornando incapacitadas para o trabalho, e muitos recorrem a aposentadoria por invalidez em função da

enfermidade. Em razão de suas dificuldades para o exercício do trabalho, essas pessoas se enquadram no critério para obter a garantia do direito à quitação, desde que tenha adquirido a doença renal após o financiamento. Assim, o Assistente Social providencia o encaminhamento com parecer técnico, relatório do nefrologista e orienta para inscrição junto ao órgão responsável no município.

A Isenção de Imposto de Renda (IR), o usuário com deficiência renal crônica tem direito à isenção de imposto de renda⁵⁰ através da Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, referentes aos rendimentos de aposentadoria, reforma de militares e pensão, inclusive as complementações. São isentos de tributação inclusive até mesmo os rendimentos recebidos acumuladamente pelo usuário com deficiência renal crônica, devendo recorrer à Previdência Social para solicitar a isenção e há também o Requerimento de Isenção de Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), esta demanda ainda não tem garantia em legislação municipal, o Serviço Social orienta o usuário a procurar a Prefeitura Municipal, no Setor específico e requerer a isenção, munidos de todos os documentos que comprovem a doença, a relação com o usuário proprietário e a situação de pobreza.

Em relação ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), o Assistente Social contribui na orientação quanto às possibilidades de saque de dinheiro através do Judiciário com base na Lei 8.036/99, que, todavia, não trata expressamente do direito de saque do valor depositado diante da hipótese de insuficiência renal crônica. No entanto, há casos em que o direito ao saque foi judicialmente autorizado.

Os serviços em rede⁵¹ possibilita ao Serviço Social em promover a reabilitação profissional dos usuários interessados, mediante encaminhamento e acompanhamento social para Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia empréstimo de cadeira de rodas, andador e cursos profissionalizantes; referência e contra-referência junto às Equipes de Saúde da Família (ESF); encaminhamentos para rede de serviços, como Fisioterapia, Fonoaudiologia e atendimento psicológico no ITHRU.

⁵⁰ O imposto de renda incide sobre o rendimento bruto, que é constituído por todo os rendimentos do capital, do trabalho ou de ambos.

⁵¹ São aquelas que articulam o conjunto das organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente. (GUARÁ, et al, 2001, p.6).

O Serviço Social presta assessoria na gestão da Associação da Casa da Diálise⁵², sendo é responsável pelo cadastro e renovação das documentações (Plano de Trabalho, Relatório Anual Circunstanciado e outros) junto aos Conselhos de Municipal de Direitos da área da Assistência Social no âmbito Municipal, Estadual e Federal; registro do recebimento de recursos materiais e/ou financeiros e as providências quanto às respectivas prestações de contas aos parceiros; análise Sócio-Econômica com elaboração de parecer social para destinação dos recursos disponíveis junto aos usuários em tratamento de hemodiálise (cesta básica, cobertores, roupas, produtos de higiene/limpeza e outros); acompanhamento das Vistorias Técnicas do âmbito da Assistência Social; elaboração de Programas e Projetos Sociais de acordo com as necessidades e demandas apresentadas pelos usuários em hemodiálise; prestação de atendimento, acompanhamento e assessoria nas demais situações do âmbito social.

Todas essas ações são registradas mensalmente na ficha de evolução do usuário. Como os atendimentos, solicitações, observações e intervenções desenvolvidas no IHTRU.

Em relação às demandas implícitas, a atuação do Assistente Social ocorre através do planejamento e da articulação das ações com a equipe na perspectiva da implantação da avaliação pré-transplante renal, que tem por objetivo contribuir para o sucesso do tratamento proposto, mantendo um trabalho interdisciplinar e que busque minimizar as dificuldades sócio-econômicas e culturais apresentadas pelos usuários e seus familiares. Contempla-se nesta intervenção as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que norteiam a prática profissional, propiciando a apropriação de conhecimentos específicos sobre a insuficiência renal. Outra face do trabalho refere-se à perspectiva dos grupos sócio-educativos, cujo objetivo é de esclarecer aos usuários e seus familiares o processo saúde-doença, demonstrando as vias a adesão ao tratamento e a prevenção do agravamento da doença.

A partir destas demandas, sejam espontâneas ou implícitas, o assistente social precisa estar preparado quanto às dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-política que lhe possibilitem a compreensão e a análise da

⁵² A Associação Casa Diálise oferece atendimento sócio-assistenciais aos usuários em hemodiálise no IHTRU, com oferecimento de refeições, abrigo per noite, cestas básicas e assistência de acordo com a análise dos casos é mantida por doações e o Instituto de Hemodiálise e Transplante Renal.

realidade, exercendo a prática profissional no sentido de garantir ao usuário o acesso aos direitos sociais.

Contudo, a realidade atual demonstra que o princípio da igualdade preconizado pela Constituição Federal de 1988 está longe de ser efetivado, pois nas relações sociais a desigualdade é visível, principalmente, no que concerne à falta de acesso dos usuários aos benefícios, o que evidencia o descaso das autoridades mesmo diante da inserção destes usuários no contexto contraditório das relações sociais e de sua fragilidade sócio-econômica.

No que diz respeito à família, a sua participação em todo o processo do tratamento torna-se essencial, uma vez que o usuário se sentirá apoiado e seguro para dar continuidade ao tratamento. E nessa perspectiva, fortalecerá os vínculos afetivos, a compreensão da individualidade do ser social, seus determinantes estruturais diante das relações sociais e paralelamente promoverá ao Assistente Social reflexões acerca dos aspectos sociais que envolvem a vida do paciente.

Portanto, é importante ressaltar que o Assistente Social considere o resgate histórico do usuário que está em tratamento, e busque apreender a visão de homem e de mundo em sua totalidade. Partindo desta realidade, sabe-se que o usuário não terá mais a mesma vida de antes, pois dependerá de uma máquina para viver, gerando uma situação de dependência e é neste momento que o assistente social poderá contribuir por meio de intervenções quanto aos direitos sociais e ao tratamento humanizado.

A postura de trabalho do Assistente Social influencia muito na relação com o usuário, em especial no serviço de diálise, uma vez que o profissional se dirige até os usuários estabelecendo a dimensão afetiva e social, não se restringindo, portanto, à espera da busca por parte dos mesmos. Essa relação dinâmica e flexível resulta em uma maior proximidade e fortalecimento do vínculo, uma relação de igual para igual, baseada na confiança e no respeito das diferenças.

Como resultado tem-se as finalidades de promover condições de tratamento dos usuários em conformidade com o princípio da dignidade e com a qualidade de vida, na busca pela melhoria dos serviços prestados; concretizar a assistência integral ao usuário e sua família, aprimorando as técnicas e os processos de trabalho, fundamentais para mediar os conflitos do usuário e sua família; promover o acesso à informação e esclarecimento quanto ao processo saúde-doença e os direitos sociais; resguardar os princípios da ética profissional nos estudos de casos e

discussões apresentados aos demais membros da equipe de trabalho e nos aspectos sociais relevantes, proporcionando uma melhor condução nas intervenções profissionais.

CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

Este trabalho teve como objetivo conhecer o impacto do tratamento em hemodiálise na vida do trabalhador. Para tanto, buscou-se iniciar a discussão a partir da constituição da categoria do trabalho e das relações sociais originadas no sistema capitalista, percorrendo a trajetória das políticas sociais e de saúde com ênfase nas particularidades dos serviços de diálise. Desta forma, se tece as considerações aqui denominadas “parciais”, por tratar-se de tema complexo, onde as possibilidades de estudos são inúmeras e não se esgotam neste trabalho. Assim, este estudo se constitui em uma das formas de construção do conhecimento, em meio a diversidade de possibilidades que o instigante caminho da pesquisa na área da diálise se apresenta.

Inicia-se esta discussão a partir das perguntas norteadoras, acreditando na sua capacidade de promover uma melhor interlocução entre os objetivos propostos na presente dissertação.

Quanto às particularidades presentes no processo de saúde-doença da pessoa com insuficiência renal crônica em hemodiálise, deve-se entender a patologia como um distúrbio silencioso, com diagnóstico base de doença secundária (sendo denominadas como principais a hipertensão e diabetes, conforme já apresentado no decorrer deste trabalho) e que comporta agravantes multifatoriais, principalmente no que concerne à falta de diagnóstico precoce, como observado nos casos dos entrevistados. Tal realidade enfatiza a precariedade do diagnóstico da doença renal crônica, o que também revela que o nível básico da saúde, responsável pela prevenção, não consegue alcançar seus objetivos, no que tange aos fatores preponderantes para insuficiência renal crônica, e ainda revela, com base nas falas dos usuários, o desconhecimento das causas da doença, seu desenvolvimento e as conseqüências.

Destaca-se ainda que esta situação fica evidente quando, no desenvolvimento das campanhas do Dia Mundial do Rim⁵³, com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁵⁴, seus membros relataram a necessidade de investimentos para capacitação dos recursos humanos em saúde em todos os níveis

⁵³ Dia Mundial do Rim, “Campanha Previna-se” quanto as doenças dos rins comemorada todo a 2ª quinta-feira do mês de março, no Brasil desde 2003 é promovida pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), devido ao aumento dos problemas renais reconhecido como problema de saúde publica mundial pela Sociedade Internacional de Nefrologia. (SBN, 2009).

⁵⁴ Alteração de Programa de Saúde da Família (PSF) para Estratégia de Saúde da Família (ESF²) através da Portaria Nº 648, de 28 de Março e 2006, que institui a Política Nacional de Atenção Básica.

de atuação, e em especial no setor primário, onde se estabelecem os vínculos iniciais em saúde, como a prevenção, atenção e promoção.

O Assistente Social contribui por meio de uma visão diferenciada com abordagem do aspecto social, apresentando as demandas postas a esta profissão e o perfil sócio-econômico dos usuários do Instituto de Hemodiálise e Transplante Renal de Uberaba vivenciados durante todo o processo de tratamento. Neste contexto, o IHTRU realizou Encontro do Dia Mundial do Rim nos anos de 2009 e 2010, destinado aos profissionais da área básica de saúde (Médicos, Agentes Comunitários, Enfermeiros e representantes governamentais), no sentido de discutir sobre o enfrentamento das doenças dos rins nesses últimos anos.

Uma das particularidades do tratamento em relação a insuficiência renal crônica é que seu tratamento em diálise não é curativo, mas propicia a substituição das funções renais e promove a melhora dos sintomas decorrentes do processo saúde-doença e, dessa forma, preservam a vida do usuário. Nesse sentido, por meio da manutenção da vida, o usuário ganha tempo para tentar outra forma de tratamento que mais se aproxima da cura (ainda que não seja a solução para a doença): o transplante renal.

A discussão em torno da insuficiência renal crônica remete diretamente à diálise, conforme apresentado no decorrer desta pesquisa. A forma de tratamento mais utilizada é a hemodiálise, que se traduz para o sujeito doente como uma nova forma de viver, ou seja, passa a “viver a doença”, alterando seu cotidiano de forma concreta. Torna-se impossível o retorno a uma vida normal, de onde emerge a necessidade de adaptação de sua vida em torno do tratamento.

Assim, o tratamento em hemodiálise se difere dos demais em relação a algumas doenças crônicas, pois se trata de um método invasivo, com o uso de tecnologias (máquinas), que complementam as funções vitais e que instalam a dependência do serviço e de sua equipe especializada, além da dedicação obrigatória de grande parte de seu tempo, pois afinal a continuidade da vida impõe sujeição a tais circunstâncias.

Quanto aos objetivos da pesquisa referentes ao conhecimento e análise do impacto social decorrente do processo de hemodiálise na vida dos trabalhadores com insuficiência renal crônica, considera-se que os mesmos foram alcançados. A compreensão da Hemodiálise como um procedimento que resulta em mudanças significativas na vida do trabalhador, ao vincular sua sobrevivência a meios artificiais,

leva-o a situações que acabam por vulnerabilizar suas condições de vida e acarretam conseqüências sobre sua condição sócio-econômica.

As perdas e/ou interrupções na vida profissional implicam compreender os campos sociais, econômico, político, cultural do indivíduo, pois se o trabalho satisfaz as necessidades e é onde vivencia suas experiências de estabelecer relações sociais e reproduzi-las, a incapacidade, temporária ou definitiva, ocasiona danos pessoais e sociais complexos para a vida do trabalhador.

O impacto do tratamento em hemodiálise na vida do trabalhador se torna notório e a classe trabalhadora na atualidade, diante das condições laborais, fica sujeita aos determinantes e condicionantes da saúde. No mundo atual, todo seu tempo de “homem livre” é destinado ao trabalho; portanto, este ganha a centralidade na vida, sem, contudo, representar qualidade de “vida” para os trabalhadores. Os sujeitos são culpabilizados pelo adoecer e, assim, se atribui ao indivíduo a responsabilidade pela enfermidade, cabendo-lhe “domesticá-la, contê-la, controlá-la, viver com ela” (DEJOURS, 1992, p. 30).

Nesse contexto, conforme avanços no âmbito das políticas públicas de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) desenvolve ações essenciais ao atendimento da maioria da população e suas demandas. Todavia, o trabalho preventivo a algumas doenças, que incidem diretamente sobre a saúde do trabalhador, fica restrito aos cuidados dos sintomas, que acometem o corpo do sujeito. As patologias decorrentes do adoecer subjetivo, que também constitui parte do ser, como as emoções, *stress*, coação, situações de conflitos, assédio moral e outros, são desconsideradas e muitas vezes nem relatadas, devido à ideologia impregnada pela desumanização e individualização dos sujeitos.

Os estudos indicaram que doenças como a hipertensão e diabetes (principais patologias base da insuficiência renal crônica) têm seus sintomas agravados pelos aspectos subjetivos já citados, assim como o sedentarismo e a falta de alimentação balanceada, caracterizada por uma dieta balanceada com verduras, legumes, frutas e a redução da ingestão de sal, proteínas e gordura. Na atualidade o trabalhador, prioriza seu tempo para o trabalho e o cuidado com a saúde é sempre secundário, terciário, enfim, ocupando o final da lista de prioridades. Dessa maneira, o trabalhador termina por ignorar que a sobrevivência ocorre sobre condições desumanas e expõe seu corpo ao limite, sem a atenção necessária, facilitando a instalação de sintomas, que podem levar à irreparável perda da função renal.

Quanto aos impactos negativos, estes se tornaram evidentes e sentidos de forma intensa por todos os entrevistados em relação ao campo do trabalho, pois na maioria dos casos o trabalhador vê impedido de continuar o exercício profissional, o que lhe causa prejuízos, restrição financeira com conseqüências diretas na vida material, afetando (em todos os casos) conforme os relatos todo o grupo familiar, provocando mudanças significativas na vida social e prejudicando a adesão ao tratamento. Apenas um dos entrevistados não teve redução salarial, porém, também experimentou mudanças no cotidiano profissional, quanto ao cumprimento de sua jornada de trabalho, ou seja, a carga horária intercalada com o tratamento em hemodiálise.

Na maioria dos casos que compõem o universo desta pesquisa, os sujeitos se encontram em situação de pobreza, em que as condições sócio-econômicas os levam a depender de recursos sociais, como o transporte social, o que exige maior disponibilidade de tempo para o deslocamento residência-tratamento-residência. Tal condição ocorre em virtude de se tratar de transporte de atendimento coletivo aos doentes renais crônicos em hemodiálise, cujo itinerário compreende vários bairros da cidade.

No compromisso firmado entre a pesquisadora e os usuários, cabe ressaltar alguns apontamentos necessários e apreendidos no cotidiano do exercício profissional e na observação participante, mas que não se fizeram presentes na falas dos sujeitos pesquisados.

Observou-se, em vários casos, relatos alusivos à tensão no dia da hemodiálise, quando os sujeitos apresentam comportamento tenso, irritação, pois trata-se do dia que terão que se submeter ao tratamento e no qual se concretiza sua condição de doente crônico. São comuns incertezas e inseguranças, acompanhadas de questionamentos relatados em sala de espera/recepção como: “será que vou passar mal na máquina”, “hoje não sei vou voltar para casa”, “mais um dia”, “há dor das agulhadas”, “espero não sofrer muito hoje”. Apesar de o tratamento fazer parte do cotidiano, os sujeitos vivem num paradoxo que ao sair do serviço de diálise, distanciam-se da realidade imposta pela patologia e, ao retornarem, vivenciam as invariáveis características deste contexto.

Durante a terapia renal substitutiva (TRS) o indivíduo ainda fica sujeito a dicotomia, por um lado o alívio dos sintomas como: inchaço, dor de cabeça, hipertensão e etc., e de outro o convívio com a dor, o sofrimento, devido ao processo

de homeostase⁵⁵, do qual podem originar-se crises de câimbras intensas, picos de hipotensão (pressão baixa), sudorese (suor intenso) e, também, em alguns casos, após o término da sessão de hemodiálise alguns indivíduos podem apresentar náuseas, hipotensão severa, fraqueza, e, conseqüentemente, dificuldade de deambulação. Aqueles sem acompanhantes, podem ainda sentirem-se fragilizados e vulneráveis, diante de todas estas circunstâncias, resultando na alteração do estado emocional e no agravamento dos sintomas das doenças secundárias.

A restrição alimentar e severa de líquidos tem papel fundamental no tratamento da pessoa com insuficiência renal crônica submetida a hemodiálise. A necessária reeducação alimentar é responsável por importante parcela do tratamento, onde o trabalho de orientação e esclarecimento em equipe é essencial, em decorrência do significado do alimento nas diversas culturas, representando a fertilidade, fartura da colheita, união, família e a vida.

Dessa forma, se tem sua situação do âmbito cultural, em que o alimento tem uma função além daquela de satisfazer as necessidades biológicas, mas também aquela de reunir grupos, familiares, amigos e outros. No entanto, o sujeito encontra-se em sua nova circunstância: condicionado na dimensão alimentar, numa sociedade capitalista que exerce influência direta ao consumismo, gerando novas necessidades, como o incentivo ao uso de bebidas alcoólicas, representativas de interação social e de aceitação em alguns grupos. Nesta perspectiva os indivíduos se vêm tolhido e excluído socialmente destes grupos, promovendo significativa mudança no âmbito da convivência social.

A relação de vínculo que se estabelece no cotidiano do serviço de diálise entre o usuário e a equipe também foi observada, constatando-se a confiança no trabalho desenvolvido, pois o indivíduo, como retratado anteriormente, realiza o procedimento aproximadamente 03 (três) vezes por semana, passando a conviver e estabelecer novas relações no ambiente de tratamento, que por um lado lhe proporciona estreitamento dos vínculos sócio-afetivos e, por outro, possibilita também maior liberdade para expressar suas inseguranças, angústias, tristezas e desafetos. Na observação participante foram vários os casos de queixas de todas as esferas, tais como: o lanche, a refeição, o barulho, o comportamento dos colegas, o transporte, dentre outros. Enfim, o sujeito desenvolve mecanismos que parecem transfigurar

⁵⁵ Alteração do metabolismo responsável pelo equilíbrio bioquímico do organismo.

seus sentimentos, num misto de angústia, intolerância, dor e de outro lado, de alívio e esperança pela possibilidade do transplante.

Dos sujeitos entrevistados, tornou-se evidente a diferença na forma de conviverem com a doença a partir de sua realidade; sendo observado, numa escala de comparação de experiências, que os posicionamentos de como estes lidam com a doença ocupa diferentes pólos. Neste sentido, pode-se inferir que o abismo criado entre estas diferenças está intimamente ligado ao processo de instrução, pois aqueles sujeitos com mais anos de estudos lidam, de forma diferente com a doença, aderindo melhor ao tratamento.

A afirmativa se baseia no fato de que os indivíduos, com maior nível de escolaridade, nesta pesquisa apresentam diferentes condições sociais, econômica, política e culturais, que influenciam sua forma de ver o homem e o mundo, exercendo influencia na construção de seu conhecimento sobre o processo de saúde-doença, destarte, ainda que tal ocorra após a instalação da doença crônica.

Assim, a escolarização pode exercer um papel importante como percussora do papel educativo da emancipação humana, de libertar e transformar.

Esse aspecto se consubstancia em um dos pontos relevantes da pesquisa, uma vez que chamou a atenção a influência do nível de escolaridade, pois o único sujeito entrevistado com grau de instrução de nível superior, também apresentava qualificação profissional e, conseqüentemente, melhor remuneração salarial em relação aos demais.. No entanto, quanto à sua relação com o trabalho, se assemelha aos demais trabalhadores, pois, como estes, está sujeito à exploração e às contradições da relação capital-trabalho.

A escolaridade aqui destacada reflete o processo de internalização do sistema capitalista, onde a escola faz parte desta estrutura, desenvolvida com foco na preparação e qualificação da mão de obra e do controle, que se contrapõe ao processo de educação para a vida, que fomenta a tomada de consciência, de liberdade e, assim, de transformação. Torna-se importante refletir sobre a educação escolarizada, onde grande parte da população, representados neste trabalho pelos entrevistados, não tem oportunidades iguais, levando à fragilização das condições de vida e trabalho da classe trabalhadora.

Acredita-se que a diferença relativa à maneira de lidar com a doença e seu tratamento, não se trata de uma mera coincidência, e, sim, de uma manifestação da desigualdade presente no contexto social, econômico, político e cultural vigente no

país, resultante do neoliberalismo e, na atualidade, da influência da globalização do sistema capitalista.

Destarte, o local que o sujeito ocupa na classe social depende em grande parte de suas condições econômicas. O acesso às oportunidades é privilegiado e está ligado à distinção entre as classes. Portanto, aqueles sujeitos com menos anos de estudos e menor renda apresentam situação de vulnerabilidade, e, neste caso, constituem os grupos, que vivem, desprovidos das condições materiais necessárias a saúde.

Essas carências levam a observar que, a maioria dos entrevistados desconhece fatores importantes do processo saúde-doença, tais como: a falta de informações adequadas a doença, principalmente no nível preventivo. Somente um dos entrevistados demonstrou conhecimentos em relação à patologia em questão. Outro fator que merece destaque se refere à concepção do processo saúde-doença, sendo perceptível que ainda vigora aquela relacionada a uma única causa, desconsiderando demais elementos que constituem o mesmo.

Na perspectiva da totalidade, os apontamentos realizados remetem à violência estrutural como principal causa da realidade imposta aos renais crônicos. Num cenário atual de transformações em nível mundial, estas fortalecem o Estado neoliberal, ao repassar para o mercado o papel de regulador das relações econômicas. Portanto, as relações de trabalho seguem a tendência do mercado, onde o trabalhador sofre os impactos da flexibilização dos direitos trabalhistas, das condições trabalho e por outro lado se tem o investimento do Estado na valorização do capital financeiro.

Tais alterações refletem a política pública de privatizações, trazendo como conseqüências o agravamento das refrações da questão social sob novos aspectos, matéria de trabalho do profissional Assistente Social.

Como anteriormente assinalado, o Assistente Social tem nas múltiplas expressões da questão social seu objeto de intervenção, materializado na realidade das relações sociais produzidas no paradigma capitalista e nas ações desenvolvidas em instituições dos setores público e privado. Um dos desafios postos à profissão na atualidade é o de desvendar a realidade na qual ocorre sua intervenção, dada à complexidade que compõe o tecido social e que requer constante estudo na sua construção e reconstrução no cotidiano.

Os reflexos da questão social influenciam diretamente o trabalho do assistente social, “[...] que chamado a implementar e viabilizar direitos sociais e os meios de exercê-los, vê-se tolhido em suas ações, que dependem de recursos, condições e meios de trabalho cada vez mais escassos para operar as políticas sociais” (IAMAMOTO, 2008, p.149). Há um crescente aumento das necessidades sociais da população que recorrem aos serviços públicos para terem atendidos seus direitos legalmente garantidos; todavia, as ações estatais priorizam investimentos em grupos específicos, instalando-se no meio social uma gama de violências, como a fome, a miséria, a exclusão social, a falta de acesso à educação.

Assim, o Estado alia-se à ideologia e esta reforça no indivíduo (novas) necessidades, que só podem ser satisfeitas com o poder do capital, ainda que as mesmas se configurem como direito. Neste processo o indivíduo é objeto de exploração de mais valia, de alienação e sua condição de sujeito social é prejudicada, impossibilitando-o de exercer a cidadania legitimada pela participação democrática na perspectiva da transformação social.

Ao estabelecer os nexos com essa violência, deve-se considerar sua complexidade, pois são muitos e diversificados os fios da teia social que envolve este fenômeno, que se interligam, interagem, (re)alimentam-se e se fortalecem. Neste aspecto, a violência pode se apresentar sob múltiplas formas e diferentes apreensões, próprias das interações e características particulares dos indivíduos/coletividade, no âmbito político, social, econômico, cultural e histórico, resultante da dinâmica social, por vezes naturalizada e tradicionalmente aceita. A insuficiência renal crônica encontra-se em meio aos resultados desta forma de violência, uma vez que sua origem se gesta,

[...] nas estruturas sociais, econômicas e políticas, assim como num movimento entre condições objetivas e subjetividades, como algo que é externo a sociedade, porém, permeia todas as camadas que constituem a sociedade sob o signo das mais diversas manifestações (MINAYO; SOUZA apud MINAYO, 2002, p.14).

No convívio da classe trabalhadora com o denominado estado (modo de ser ou estar) de violência, os indivíduos, grupos ou populações ficam expostos a situações de sobrevivência, nas quais suas necessidades básicas não são providas, excluindo-lhes direitos inerentes ao ser humano. Portanto, a violência estrutural expressa indicadores que repercutem na saúde, entendida em sentido amplo, como

“[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, posse da terra e acesso a serviços de saúde”. (BRASIL, 1990).

Neste estudo, a violência estrutural expressa algumas de suas manifestações que determinam as condições de saúde da população, observáveis nas diferenças de distribuição de renda (de que resulta a desigualdade social, iniquidade de saúde) e evidenciadas pela falta de recursos dos indivíduos, pela ausência de investimentos em infra-estrutura, como saneamento básico, habitação, transporte, educação, serviços de promoção e atenção à saúde, dentre outros.

Assim, a violência estrutural se manifesta no descaso das autoridades, nos cortes dos orçamentos das políticas públicas de saúde, nos investimentos priorizando a medicina curativa em detrimento da preventiva, no reduzido número de profissionais de saúde para atendimento das necessidades da população, na dificuldade de acesso aos serviços (em relação à falta de recursos materiais, humanos, a burocracia, a localização), na falta de implementação de programas específicos de atenção à promoção da saúde. Estas situações afligem a população, ocasionando prejuízos às condições de vida, além de exercer grande peso sobre a dinâmica da sociedade.

Outro ponto que se destacou neste estudo, refere-se às desigualdades das condições de vida e da forma como a classe trabalhadora desenvolveu suas relações sociais, onde se fragilizam os vínculos que compõem a rede de apoio social, fundamentais para a promoção e atenção a saúde. Neste contexto, os comportamentos são entendidos como aqueles de responsabilidade do indivíduo, porém, não se deve desconsiderar a influência dos fatores determinantes, a exemplo: ausência de informações essenciais à saúde, o apelo ao consumo, as dificuldades de acesso a alimentação balanceada, o incentivo a prática de hábitos saudáveis, como o lazer, atividades esportivas, além da exposição (direta e indireta) aos riscos das condições de trabalho e os ambientais, também causadores de danos a saúde. Em função das condições de vida e trabalho, da exclusão social e da falta de acesso aos serviços essenciais (saúde, educação, alimentação), os indivíduos em situação de pobreza apresentam maior exposição aos riscos à saúde.

Neste ponto, se apresenta considerações acerca de como este impacto da classe trabalhadora em tratamento em hemodiálise reflete-se nas demandas do Serviço Social. A temática na perspectiva da expansão do serviço de diálise no país

necessita de continuidade dos estudos, uma vez que a partir da Resolução RDC 154/2004, o Assistente Social deverá compor a equipe mínima de trabalho desta modalidade de tratamento. Nesta realidade, o profissional membro da equipe multidisciplinar, torna-se indispensável na atenção à saúde e especificamente no atendimento prestado nos serviços de diálise, levando-se em consideração que o usuário deve ser compreendido como um ser humano em sua totalidade.

A partir da citada Resolução 154, de 15 de junho de 2004, e da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (PNAPDR), se tem ampliado o espaço de trabalho profissional, vinculado à crescente quantidade de pessoas acometidas pela insuficiência renal crônica, quadro que apresenta aumento do número de trabalhadores em idade produtiva, conforme dados apresentados no decorrer desta Dissertação, sendo este lócus passível de requerer a permanente pesquisa, sem se desconsiderar suas particularidades.

O estudo foi desenvolvido na expectativa de atribuir visibilidade às situações sociais vivenciadas no processo saúde-doença da pessoa com insuficiência renal em tratamento de hemodiálise, decifrando a realidade social desses sujeitos, ampliando o conhecimento no campo de trabalho e suas particularidades, contribuindo para as elaborações de ações propositivas e de fortalecimento da garantia dos direitos dos usuários, embasadas no compromisso ético-político da categoria profissional dos Assistentes Sociais.

Desse modo, o estabelecimento PNAPDR e da Resolução - RDC nº 154/04 são importantes instrumentos para nortear as ações destinadas aos renais crônicos. Destaca-se que se trata de estratégia proposta recentemente, o que requer sua implantação em alguns aspectos e em outros a implementação de intervenção. E, tal como ocorre nas demais políticas destinadas à população, sua efetivação depende de vários fatores, onde a participação dos usuários poderá exercer o papel de protagonismo. Ainda que sua efetividade possa ocorrer parcialmente, pois se sabe que esta natureza de estratégia não tem finalidade de erradicar o fenômeno, mas somente minimizá-lo enquanto resposta do Estado às demandas apresentadas pela classe trabalhadora.

Dessa forma, a PNAPDR e a Resolução - RDC nº 154/04 estabelecem o mínimo e se fundamenta base política neoliberal, contendo prerrogativas que ainda necessitam de análise e inclusão de seus atores na participação de sua formulação e controle.

Ao se enfatizar o exame do processo preventivo e de atenção à saúde, verificou-se, mais uma vez, que a doença gera mais lucro do que a prevenção, e esta, sob o prisma do sistema capitalista, não atende aos interesses do mercado e da acumulação de capital.

Em relação ao desconhecimento da doença, o relato unânime dos sujeitos entrevistados comprova a falta de informação, de acesso à prevenção da doença renal, de divulgação sobre aspectos da doença e seus agravamentos. Nota-se que tratar da saúde, significa, ainda, cuidar da doença, dos sintomas, buscando alívio para os mesmos, a partir da utilização de uma gama de medicamentos, fato este que contribui para a expansão do mercado capitalista dos laboratórios farmacêuticos.

Diante do quadro geral do capital e seu apelo ao consumismo, o Assistente Social deverá contribuir para o acesso as informações de prevenção ao agravamento da doença, uma vez que, no caso deste estudo, o profissional está inserido no nível de alta complexidade da saúde. Outra possibilidade vislumbrada poderia ocorrer pela mobilização e participação dos usuários, familiares e demais sujeitos, em campanhas de prevenção de forma sistemática, a exemplo atividades como o Dia Mundial do Rim, conforme previamente apresentado.

Em detrimento do fator tempo, cada vez mais necessário a mais valia, nota-se que na atualidade se investe mais nas doenças do que na saúde, ou seja, na prevenção. Sob este ponto de vista, o homem passa a um ser comparado a um órgão doente, que requer tratamento inicialmente dos sintomas e queixas apresentadas; por outro lado, em relação à doença renal, não se tem notado investimentos para se propiciar um processo de saúde de forma integral e integralizada, voltado para a prevenção das doenças. Ou seja, as ações governamentais continuam vinculadas ao paradigma da medicina curativa.

Quanto aos relacionamentos interpessoais vivenciados no cotidiano do serviço de diálise, a realidade gira em torno da vivência objetiva da doença, em torno da hemodiálise como num ciclo vicioso, os sujeitos distanciam-se de outras dimensões da vida (âmbitos social, político e cultural), contribuindo para uma atmosfera institucional tensa, majorada pela presença da dor e do sofrimento causado pela doença. Neste sentido, pode-se promover a capacitação continuada da equipe de trabalho, incluindo ações interdisciplinares e em grupo, que atendam

as necessidades dos usuários e estabeleçam um ambiente de acolhimento e de integração entre os atores envolvidos no tratamento.

As relações estabelecidas junto à rede social comunitária, interações dos pacientes com vizinhos, amigos, colegas e outros, também foram relatadas pela maioria. Nota-se que na sociedade em que somente o homem produtivo tem valor, aquele que experimenta a doença, mesmo que em sua forma crônica, sofre fragilização de suas relações pessoais, sociais e na sua condição de trabalhador. Ao interromper suas atividades laborais, o indivíduo se distancia dos colegas e do grupo de trabalho e passa a viver um estado de isolamento no contexto social.

O apoio familiar é essencial, podendo contribuir muito para os cuidados necessários ao tratamento dos renais crônicos, considerando que este pode apresentar uma tendência ao comportamento isolado diante do fato de a doença lhe consumir a força física e intelectual, sendo o sofrimento notório. Esta realidade demonstra a importância do trabalho voltada à promoção do restabelecimento e do fortalecimento dos vínculos familiares e sociais, por meio de atendimento familiar e/ou em grupo.

A forma como o sujeito se reconhece no processo saúde-doença foi apresentada em diferentes arranjos, considerando que em nossa sociedade existe uma diversidade cultural; e quando se trata do “estar doente”, notou-se que para uma significativa parcela dos usuários do serviço de hemodiálise, a descoberta da doença significa o fim da vida. Mesmo que o sujeito acometido por doença crônica tenha uma pré-existência de maior risco de morte, esta fase pode assinalar uma nova experiência de vida, de integração e de estabelecimento de nova rede social. Neste novo núcleo de interação, compartilham-se as experiências de viver com a doença crônica, indicando a importância da participação do usuário em seu tratamento de forma mais ampla e integral.

Notou-se também que, apesar do sujeito estar em tratamento de hemodiálise, existe a dificuldade de aceitação e reconhecimento do caráter incurável da doença por parte dos usuários, conforme apresentado nos relatos. A falta de reconhecimento do tratamento como uma terapia, cujo objetivo é promover melhor condição de sobrevivência e não de cura, se fez presente como um dos obstáculos da dimensão cultural, envolvendo os valores e costumes dos pacientes. A aceitação de sua condição torna-se essencial e poderá contribuir para a adesão do tratamento e, assim, minimizar o agravamento da mesma.

Torna-se necessário ainda refletir sobre as informações disponibilizadas aos sujeitos. Nos relatos comprova-se que estas são repassadas pelo médico, onde ainda se faz presente a hegemonia da medicina na área da saúde, mesmo com a Resolução CNS nº218, de 06 de março de 1997, que reconhece como profissionais de saúde 13 (treze) profissões de nível superior. Assim, considera-se que as demais profissões reúnem competências e habilidades que podem contribuir com seus saberes para a atenção e promoção em saúde, uma vez que o sujeito deve ser tratado como um ser integral.

Quanto à capacidade de adaptação ao processo de saúde-doença, merecem destaque as observações referentes à população idosa, que, inclusive, compõe o grupo de maior longevidade (mais tempo de tratamento) na terapia renal substitutiva no cenário da pesquisa. Os usuários jovens, em fase produtiva, na faixa etária priorizada nesta pesquisa, apresentam menor capacidade de adaptação e de adesão ao tratamento, maior incidência de complicações decorrentes das comorbidades, menor tempo de tratamento evoluindo a óbito em grande número dos casos. Esta afirmativa se baseou no desenvolvimento do trabalho da pesquisadora enquanto Assistente Social da equipe do serviço de diálise.

Aspectos de âmbito espiritual também foram notados, conforme relatos dos entrevistados e observações no decorrer do exercício profissional, fazendo-se presente o apelo que foge da condição concreta da doença renal, em que os sujeitos estabelecem uma dimensão paralela àquela da realidade, na busca por um milagre, pela cura, em que a sua esperança alimenta a crença em um Deus, que irá lhe restabelecer a saúde. Acredita-se que o ser humano não se constitui somente de matéria e que forças imateriais influenciam diretamente suas ações objetivas e podem propiciar força motriz para a continuidade do tratamento.

Considerar estes elementos é reconhecer o direito previsto na Constituição Federal de 1988, a liberdade de crença, sem discriminação. No entanto, também se faz necessárias intervenções de orientação e esclarecimento em relação à doença e seu tratamento, como meio de exercer o compromisso profissional com a classe trabalhadora, reconhecendo as dificuldades da vivência experimentada na terapia renal substitutiva em hemodiálise, numa rotina de desafios constantes entre a saúde e a doença.

O impacto do objeto de estudo deste trabalho é experimentado em todas as dimensões pelos sujeitos, inclusive na sexual, na esfera da intimidade. Em dois

relatos masculinos, os indivíduos estão em idade produtiva e reprodutiva, vivenciando as consequências da doença e do tratamento de forma bastante intensa por se sentirem diminuídos em sua masculinidade; isto ocorre em função da predominância da cultura “machista”. Numa relação de gênero permeada pelo poder do “macho”, este se sente exposto, prejudicado em sua virilidade e na condição de procriador. O impacto na vida sexual também constou de um relato feminino, ainda que forma mais sutil. Novamente, o trabalho em equipe interdisciplinar poderá prover o acolhimento, orientação e esclarecimento quanto a doença, as consequências e tratamentos destinados à vida sexual.

Os resultados do impacto do tratamento em hemodiálise da classe trabalhadora transformam-se em demandas para o Serviço Social, como será abordado nestas considerações a seguir.

O desconhecimento da doença e seu tratamento é comum aos sujeitos, mesmo após receberem orientações, pois muitas vezes não conseguem apreender as informações. Para superar o distanciamento entre informação e ação, torna-se necessário o conhecimento da realidade do indivíduo, num processo de mediação; a exemplo de obstáculo a ser superado, pode-se citar o analfabetismo, havendo, dentre os entrevistados, um caso em que tal condição impedia o reconhecimento dos medicamentos necessários, dos horários em que deveriam ser administrados e das dietas prescritas.

Assim, torna-se importante mobilizar a ampliação dos espaços de discussão sobre a condição de pessoa com insuficiência renal em tratamento de hemodiálise, bem como a informação acerca da possibilidade e dos mecanismos de exercício de cidadania e a garantia dos direitos sociais, o que requer do profissional a capacidade de mediação no acesso aos direitos, inclusive em relação à equipe, aos familiares e ao próprio usuário.

A dinâmica do cotidiano profissional do Assistente Social requer recursos para o atendimento social, situação que encontra amparo na legislação da categoria profissional, porém, exige articulação de proposta de mediação com os gestores, para viabilizar as ações de qualidade junto aos usuários e o acesso aos direitos sociais. Outras ações necessárias se consubstanciam na implantação do trabalho em equipe interdisciplinar junto aos usuários em seu domicílio de residência para a avaliação de pré-transplante renal e na mobilização de campanha para sensibilização à doação de órgãos. A carga horária, todavia, apresenta-se

insuficiente para atendimento das demandas apresentadas, devendo romper com o mero atendimento institucional das exigências mínimas dos órgãos de fiscalização.

A dimensão educativa no âmbito da prevenção, inclusive junto a família poderá ser implementada por meio de atendimento integral e integrado na articulação junto á equipe multidisciplinar e embasada por estudos de casos e o parecer do Assistente Social sobre as refrações da questão social vivenciadas pelos usuários, seus familiares e pela equipe. Cabe ainda ressaltar outra possibilidade: adoção de ações de prevenção como referência na capacitação continuada de equipes em todos os demais níveis de atenção e promoção em saúde.

O trabalho voltado para o acolhimento e orientação da adesão ao tratamento e na prevenção ao agravamento da doença é essencial às relações humanas, devendo considerar o vínculo sócio-afetivo que se estabelece neste trabalho.

O impacto é uma palavra que retrata a situação vivenciada pela classe trabalhadora no processo saúde-doença, a partir do início de uma nova forma de viver direcionada à busca de uma melhor qualidade de vida e à aceitação da nova realidade imposta pela patologia renal.

Diante do exposto, ressaltamos a importância do trabalho profissional do Assistente Social no serviço de diálise, visando o fortalecimento dos princípios do SUS, contribuindo para a humanização do atendimento e para a ampliação dos espaços de protagonismo dos usuários. A ação profissional do Assistente Social se configura, portanto, como uma ação importante por analisar os aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo saúde-doença, buscando formas de enfrentamento individual e coletivo intervindo na busca da realização dos direitos sociais.

Como forma sistematizada de intervenção, o profissional poderá, partindo de sua concepção política, operacionalizar os elementos que darão suporte teórico para a sua práxis, no sentido de criar possibilidades aos usuários para compreenderem a relação homem/mundo, tornando-se capazes de desvelar as determinações da realidade imediata em que os problemas, percebidos como síntese de múltiplos fatores, necessitam ser objeto de intervenção e consolidação do Projeto Ético Político da Profissional do Assistente Social.

REFERÊNCIAS

ABREU, H. B. As novas configurações da sociedade contemporânea. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e políticas social: o significado sócio-histórico das transformações da sociedade contemporânea. Módulo 01, Brasília-DF: CEAD, 1999.

ADAGRO. Agencia de Defesa e Fiscalização de Pernambuco. Educação ambiental. Disponível em: <www.pe.gov.br>. Acesso em: 29 maio 2009.

ALMEIDA, E. S. (Org). **Distritos sanitários**: concepção e organização. São Paulo: Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 1).

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2006.

ASHLEY, P. A.; QUEIROZ, A; SOUZA, A. A. et al. **Ética e responsabilidade social nos negócios**. São Paulo: Saraiva, 2002.

BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social**: fundamentos ontológicos. São Paulo: Cortez, 2001.

BARROS, E, MANFRO, R.; THOMÉ, F. et al. **Nefrologia**: rotinas, diagnósticos e tratamentos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BASTOS, R. M. R; BASTOS, M. G; TEIXEIRA, M. T. B. A doença renal crônica e os desafios da atenção primária à saúde na sua detecção precoce. **Revista de APS – Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora: UFJF, v.10, n.1, p. 46-55, jan./jun. 2007 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_APS_v10n1.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2010.

BECKER, D. F. **Desenvolvimento sustentável**: necessidade e/ou possibilidade? Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001.

BRANDÃO, A. A. Liberalismo, neoliberalismo e políticas sociais. **Serviço Social Sociedade**, São Paulo, n. 36, p. 84-100, ago. 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília-DF: CONASS, 2003.

_____. Lei n. 8080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília-DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208080-1990>. Acesso em: 12 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde**: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. 2. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. normas e manuais técnicos) (Cadernos de atenção básica, n. 21).

BRASIL. Ministério da Saúde. **O painel de indicadores do SUS nº 7**. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_7_final.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS**. Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e manuais técnicos).

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado, 1988.

_____. Decreto-lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. CRESS-MG – 6ª Região (Org.) **Lei orgânica da assistência social: coletânea de leis**. Belo Horizonte-MG, 2005.

_____. Decreto nº 2.268, de 01 de julho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília-DF, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional ao portador de doença renal**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº154, de 15 de junho de 2004. Dispõe o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília-DF: Senado; 2004.

_____. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília-DF, 19 set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2008.

_____. Pacto pela saúde. Portaria GM 699, de 22 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília-DF: Ministério da Saúde: 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em: 20 maio 2008.

_____. **Resolução nº. 218 de 06 de março de 1997**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília-DF, 1997.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf>. Acesso em: 24 maio 2008.

_____. Resolução nº. 383/99 de 29 de março de 1999. **Caracteriza o assistente social como profissional da saúde**. Brasília-DF: Conselho Federal de Serviço Social, 1999.

_____. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2007. (Série Pactos pela saúde 2006; v. 4). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf>. Acesso em: 24 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. **Painel de indicadores do SUS**, Ano I n. 1, ago. 2006.

_____. Lei Orgânica da Saúde: Lei 8080/90 de 19/set/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília-DF, 19 set. 1990.

_____. **Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal**, de nº 1.168, de 15 de junho de 2004. Disponível em: <http://www.cp.utfpr.edu.br/armando/adm/arquivos/pefp/revisao_literatura.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2008.

BEHRING, Elaine R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo, Cortez, 2003.

_____; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.

BERTANI, I. F. **Filtrando a vida**: um estudo com jovens doentes renais em situação de hemodiálise. Franca. 2002. 105 f. Tese (Livre Docência em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social. Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Franca, 2002.

BITTENCOURT, Z.Z.L. Considerações sobre a doença renal e o transplante de órgãos. **Cadernos de Serviço Social**, Campinas: Faculdade de Serviço Social, Ano XIII, n. 24, p. 19-33, 2004.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro, Campus, 1992.

BOFF, L. **Tempo de transcendência**: o ser humano como um projeto infinito. 2. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983.

BRAVO, M. I.; MATOS, M. C. de S. Reforma sanitária e projeto éticopolítico do Serviço Social: elementos para o debate. In: _____ (Org). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2004.

BRESCIANI, M. S. M. **Londres e Paris no século XIX**: o espetáculo da pobreza. São Paulo, Brasiliense, 1985.

BUENO, F. da S. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD, 1996.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CARVALHO, A. E. A.; AUGUSTO, A. L. D. S.; SILVA, J. L. **Manual educativo para o paciente em hemodiálise**. Instituto de Hemodiálise e Transplante Renal de Uberaba. Uberaba, 2010.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: _____; WANDERLEY, L. W.; BELFIORE-WANDERLEY, M. (Org). **Desigualdade e questão social**. São Paulo, EDUC, 1997.

CERQUEIRA FILHO, G. **A “questão social” no Brasil**: crítica do discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982. (Retratos do Brasil, v. 162)

CHERCHIGLIA, M. L.; ANDRADE, E. I. G.; BELISÁRIO, S. A. et al. **Gênese de uma política pública de ações de alto custo e complexidade**: as terapias renais substitutivas no Brasil. Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde GPES/UFMG. 2006. Disponível em:
<[http://www.nescon.medicina.ufmg.br/pdf/\[2006\]genese_politica_publica_acoes_alto_custo_complexidade.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/pdf/[2006]genese_politica_publica_acoes_alto_custo_complexidade.pdf)>. Acesso em: 24 fev. 2010.

COHN, A. E. P. **Saúde no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1999.

COSTA, O.T.F. **O direito do trabalho na sociedade moderna**. São Paulo: LTr, 1998.

DAUGIRDAS, J. **Manual de diálise**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1988.

GUARÁ, I. M.F. R. et al. **Gestão municipal dos serviços de atenção à criança e ao adolescente**. São Paulo: IEE/PUC- SP; Brasília-DF: SAS/MPAS, 2001.

GUIMARÃES, D. T. **Dicionário de termos médicos e de enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2002.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 2001.

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

_____. **Serviço social em tempo de capital fetiche** – capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. A questão social no capitalismo. **Praia Vermelha**, Rio de Janeiro: UFRJ, n. 8, p. 31-35, jan.-jun. 2003.

_____. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____.; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 13. ed. São Paulo: Cortez; Lima (Peru): Celats, 2000.

IPEA. **Brasil**: o estado de uma nação. mercado de trabalho, emprego e informalidade. 2004. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/Destaques/brasil2/Resumo_MercadodeTrabalho.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2008.

IRWIN, A.; SCALI, E. **Ação sobre os determinantes sociais da saúde**: aprendendo com experiências anteriores. 2005. Disponível em:<
[ttp://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-1_Marmott-A%C3%87%C3%83O%20SOBRE%20OS%20DETERMINANTES%20SOCIAIS%20DA%20SA%C3%9ADE.pdf](http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-1_Marmott-A%C3%87%C3%83O%20SOBRE%20OS%20DETERMINANTES%20SOCIAIS%20DA%20SA%C3%9ADE.pdf)>. Acesso em: 11 maio 2010.

JACOBI, P. Transformações do estado contemporâneo e educação. In: BRUNO, L. **Educação e trabalho no capitalismo contemporâneo**: leituras selecionadas. São Paulo: Atlas, 1996.

LEISINGER, K.; SCHIMITT, K. **Ética empresarial**: responsabilidade negocial e gerenciamento moderno. Trad. Carlos Almeida Pereira. Petrópolis: Vozes, 2001.

LESBAUSPIN, I. **Poder local x exclusão social**: a experiência das prefeituras democráticas no Brasil. Petrópolis, Vozes. 2000.

LESSA, S. O processo de produção/reprodução social: trabalho e sociabilidade. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: reprodução social, trabalho e Serviço Social. Módulo 2. Brasília-DF: CFESS, 2000.

LIMA, M. M. Considerações em torno do conceito de estereótipo: uma dupla abordagem. **Revista da Universidade de Aveiro** – Letras, Portugal: Universidade de Aveiro, n. 14, p. 169-181, 1997.

LOURENÇO, E. A. S. **Na trilha da saúde do trabalhador**: a experiência de Franca/SP. 2009. 426 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2009.

LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social**: os princípios ontológicos fundamentais de Marx. Trad. Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Ciências Humanas, 1979.

_____. **Introdução a uma estética marxista**: sobre a categoria da particularidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

MARTINS, José de Souza. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural. 1985. Livro I. Tomo I.

_____. **Manuscritos econômicos filosóficos**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MARQUES, G. F. **Manual de normas e rotinas**. Instituto de Hemodiálise e Transplante Renal de Uberaba. Uberaba, 2005.

MENDONÇA, D. P. **Qualidade de vida dos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise**. 2007. 164 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2007. Disponível em: <<http://tede.biblioteca.ucg.br>>. Acesso em: 14 set. 2009.

MERHY, EE. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). Agir em saúde. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. (Saúde em debate n. 108 – Série didática n. 6).

MESTRINER, M.L. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. São Paulo Cortez, 2001.

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2005.

MIASMAS. Disponível em: <<http://www.battello.med.br/port/trabalhos/miasmas.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Como ter acesso à assistência no SUS?** Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/content/faq.mmp#o_que_e_sus>. Acesso em: 23 jun. 2010.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br/Censo2010>. Acesso em: 05 Fev. 2010.

_____. **População economicamente ativa**. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme/pmemet2.sh tm. Acesso em: 08 ago. 2010.

MONTAÑO, C. **A natureza do serviço social**: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução. São Paulo: Cortez, 2007.

MOREIRA, L. F. S. O conceito ampliado de Saúde como base para o estabelecimento de uma política intersectorial. **Jornal da Ciência**, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.jornaldaciencia.org.br/Detalhe.jsp?id=47860>>. Acesso em: 20 abr. 2010.

QUERINO, R. A.; FELICIANO, R. A. F. **Saúde e sociedade**: políticas públicas e organização sanitária brasileira. Uberaba: Universidade de Uberaba, 2005. v. 2. PAIM, J.S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAIROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde no Brasil**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PAULO NETTO, J. Transformações societárias e serviço social – notas para uma análise prospectiva da profissão. **Serviço Social Sociedade**, São Paulo, ano 18, n. 50, p. 87-132, abr. 1996.

PEREIRA, P. A. P. **A assistência social na perspectiva dos direitos**: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil. Brasília-DF: Thesaurus, 1996.

RIELLA, Miguel. **Crise na saúde atinge doentes renais**. SINDIFARMA JP. Sindicatos dos Farmacêuticos. 2008. Disponível em: <www.sindifarmajp.com.br/noticias.php>. Acesso em: 20 abr. 2008.

REIS, R. S. A influência dos determinantes sociais na saúde da criança. **Libertas**, Juiz de Fora, v.1, n.1, p.18 - 43, dez. 2006. Disponível em: <http://www.ufjf.br/revistalibertas/files/2010/01/artigo02_1.pdf>. Acesso em: 10 out. 2009.

RIBEIRO, R. C. H. M.; FERRARI, R.; BERTOLIN, D. C. et al. O perfil sócio-demográfico e as principais complicações intradialíticas entre pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Arquivo Ciência Saúde**, 2009 out-dez, p.175-180. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br>> Acesso em: 19 abr. 2010.

RODRIGUES, M. L. O serviço social e a perspectiva interdisciplinar. In: MARTINELLI, M. L. et al. (Org). **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez/EDUC, 1998.

RODRIGUEZ NETO, E. **A reforma sanitária e o sistema único de saúde**: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

ROMÃO JÚNIOR, J. E. Os 60 anos da hemodiálise no Brasil: da criação do rim artificial à consolidação do tratamento em solo nacional. **Nefro SP**: órgão da sociedade de nefrologia do estado de São Paulo, São Paulo, ano V, n. 16 jul. –set. 2009. Disponível em: <<http://www.sonesp.org.br/nefrosp/pdf/090909.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2009.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

RUIZ, J. A. **Metodologia científica**: guia para eficiência nos estudos. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SCHRAMN, F. R.; ESCOSTEGUY, C. C. Bioética e avaliação tecnológica em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 951-961, out./dec. 2000.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde**. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007.

SBN. **Censo 2007**. Disponível em <<http://www.sbn.org.br/censo>> Acesso em: 18 jan. 2008.

_____. **Censo 2008**. Disponível em <<http://www.sbn.org.br/censo>> Acesso em: 13 abr. 2009.

_____. **Censo 2009**. Disponível em <<http://www.sbn.org.br/censo>> Acesso em: 10 jul. 2010.

SOUTO, D.F. **Saúde no trabalho**: uma revolução em andamento. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2003.

TAVARES, M. A. **Os fios (in)visíveis da produção capitalista**: informalidade e precarização do trabalho. São Paulo: Cortez, 2004.

TORRES, M. M. Atribuições privativas presentes no exercício profissional do assistente social: uma contribuição para o debate. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 1, n. 2, p. 42-69, jun. 2007. Disponível em:<http://revistalibertas.ufjf.br/artigos/volume1n2/03_mabel.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2010.

VASCONCELOS, A.M.S. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

VÁZQUEZ, A.S. **Filosofia da práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VELOSO, F. A.; VILLELA, A.; GIAMBIAGI, F. Determinantes do "milagre" econômico brasileiro (1968-1973): uma análise empírica. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 maio 2010.

VERGARA, M. B. O significado da categoria mediação no serviço social. In: SEMINÁRIO NACIONAL: Estado e Política Sociais no Brasil, 1, 1998. Disponível em: <<http://cao-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/.../98evarvegara.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Trabalho e sua importância
- Condição econômica
- Vida antes do tratamento
- Descoberta da doença
- Informações sobre a insuficiência renal crônica e doenças anteriores
- Decisão do (tipo) tratamento
- Formação e Ocupação Profissional
- Mudanças após início do tratamento em hemodiálise
- Papel do trabalhador na atualidade
- Família e tratamento em hemodiálise

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



CAMPUS DE FRANCA

NOME DO PARTICIPANTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____. IDADE: _____ SEXO: M () F ()

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO: _____ Nº _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ FONE: _____

Eu, _____,

declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa: **O Impacto Social da Hemodiálise para Classe Trabalhadora** a pesquisa será conduzido por Márcia Cristina Freitas Silva, do curso Pós-Graduação em Serviço Social (Mestrado), orientada pela Profª. Drª Íris Fenner Bertani, pertencente ao quadro da Unesp Campus Franca/SP. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação de Dissertação de Mestrado observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discrição. Tenho um tipo de doença denominada insuficiência renal crônica e estou sendo convidado(a) a participar do estudo: **O Impacto Social da Hemodiálise para Classe Trabalhadora**. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a minha participação é importante. O objetivo deste estudo é conhecer os problemas sociais apresentados no tratamento de hemodiálise e caso concorde em participar, precisarei responder algumas perguntas sobre o tratamento em hemodiálise. Não será feito nenhum procedimento que traga risco à minha vida ou a integridade moral.

Fui esclarecido sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação no momento que achar necessário.

Uberaba, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do participante.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Obs.: Endereço e telefone de contato das pesquisadoras:

RESPONSÁVEL: MÁRCIA CRISTINA FREITAS SILVA

Rua Albânia, Nº 824 – Boa Vista – Uberaba/MG – CEP: 38070-400

fone: (34) 3338-9388 cel.: (34) 8832-4290 e-mail: mcfsas@yahoo.com.br

ORIENTADORA: PROFª DRª ÍRIS FENNER BERTANI

Av Eufrásia Monteiro Petrágia Nº 900 - Jardim Dr. Antonio Petrágia – Franca/SP – CEP 14409-160

fone: (016) 3706-8897 -Documento assinado em duas vias.

ANEXOS

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do FHDSS da UNESP



Memorando CEP/Franca N.º 007/2009

Para: Márcia Cristina Freitas Silva

De: **Ubaldo Silveira**
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Data: 24/06/2009.

Projeto de Pesquisa CEP: 007/2009

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos por meio deste informar que o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de História, Direito e Serviço Social, UNESP – CEP/UNESP/FRANCA *analisou e aprovou sem restrições*, o Projeto intitulado “As implicações sociais decorrentes do processo de hemodiálise na vida da pessoa com insuficiência renal”, tendo como pesquisadora Márcia Cristina Freitas Silva, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em reunião ocorrida na data de 24/06/2009, registrado sobre o CEP: 007/2009.

Temos ciência de que os estudos serão conduzidos de acordo com normas que regem as pesquisas envolvendo seres humanos.

Solicitamos que sejam encaminhados os relatórios parciais e finais, bem como envie-nos possíveis emendas e novos termos de consentimentos livre e esclarecido, notifique qualquer evento adverso sério ocorrido durante a realização do presente projeto de pesquisa para que possamos fazer o devido acompanhamento.

Sem mais para a oportunidade,

Atenciosamente.

Prof. Dr. Ubaldo Silveira

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
UNESP – Campus de Franca