

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

JULIANA MARTINS

**“UMA ANDORINHA SÓ NÃO FAZ VERÃO”: O TRABALHO DO ASSISTENTE
SOCIAL NA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA**

PORTO ALEGRE

2016

JULIANA MARTINS

**“UMA ANDORINHA SÓ NÃO FAZ VERÃO”: O TRABALHO DO ASSISTENTE
SOCIAL NA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado ao Instituto de Psicologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jussara Maria Rosa
Mendes

PORTO ALEGRE

2016

Martins, Juliana

"UMA ANDORINHA SÓ NÃO FAZ VERÃO": o trabalho do assistente social na atenção integral às pessoas com doença renal crônica / Juliana Martins. -- 2016.
87 f.

Orientadora: Jussara Maria Rosa Mendes.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Serviço Social. 2. Atenção Integral. 3. Doença Renal Crônica. I. Rosa Mendes, Jussara Maria, orient.
II. Título.

JULIANA MARTINS

“UMA ANDORINHA SÓ NÃO FAZ VERÃO”: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Aprovado em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Jussara Maria Rosa Mendes

Orientadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dra. Alzira Maria Baptista Lewgoy

Examinadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Ao Flavio, meu companheiro de vida, que acreditou em mim antes de eu mesma acreditar, que apostou neste sonho comigo e caminhou ao meu lado desde então, que me apoiou em todos os momentos, me acalmou nas horas de desespero e segurou minha mão todas as noites, como se a união fizesse a força. E neste caso, acredito que tenha feito realmente! Muito obrigada!

Aos meus pais, Clau e Marco, que sempre me deram muito amor e carinho, me educaram e me ensinaram que “os momentos difíceis servem para nos fortalecer”. Obrigada por estarem ao meu lado também nessa etapa da minha vida, me apoiando em todos os sentidos. Amo vocês!

Aos meus irmãos Bruna e Henrique, por compartilhar a vida, pelo incentivo e pelo apoio nessa jornada.

Aos meus sogros, Rosângela e Jurandir, por me apoiarem desde o início, por me acolherem e por me respeitarem.

À minha querida orientadora Prof.^a Jussara Maria Rosa Mendes, por ter aceitado o desafio de me orientar, por ter acreditado neste projeto, por trazer leveza a este processo, pelas discussões com as quais eu aprendo muito. Agradeço pela escuta, pelo olhar atento e pelo carinho dispendido nesta caminhada que transcende a realização deste trabalho.

À estimada Prof.^a Dolores Sanches Wunsch, minha orientadora de pesquisa, por me acompanhar nesta caminhada, pela sensibilidade, pela confiança, pela atenção, pelo carinho, pelo respeito e pela cumplicidade durante meu processo de formação.

À adorável Prof.^a Alzira Maria Baptista Lewgoy, minha primeira orientadora. Agradeço pela oportunidade de compor a pesquisa como bolsista, o que me permitiu descobrir o mundo acadêmico e me apaixonar por ele. Agradeço pelos ensinamentos, pelo carinho e pelo afeto.

Ao estimado Prof. Sergio, meu orientador de monitoria, quem me ensinou a estudar ouvindo música clássica. Agradeço pela atenção dispendida em todos os momentos que necessitei.

Aos demais professores do Curso de Serviço Social, por terem contribuído para a minha formação.

À Neusa Gomes de Campos, minha supervisora de campo, que oportunizou a realização do meu estágio. Agradeço pela atenção e pela confiança! A todos os trabalhadores da Unidade de Nefrologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Obrigada pela acolhida!

Às assistentes sociais dos serviços de diálise que me acompanharam durante a realização do Estágio Curricular Obrigatório e aceitaram participar da pesquisa. Agradeço pelos momentos de troca!

À Francyele Melgarejo, Carmem Giongo, Isadora Netto, Ana Guex, Graziela Dourado, Andressa Feijó e Ana Sá, pessoas lindas que o destino permitiu que eu encontrasse para construir amizades tão especiais, cada uma com seu jeito, mas nunca iguais. Com certeza a presença de vocês tornou essa caminhada mais leve e prazerosa. Obrigada!

Aos colegas do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Trabalhador (NEST) pelas discussões teóricas e pelo cuidado.

Agradeço a todos e todas que fizeram e fazem parte da minha vida, dentro e fora da Universidade e que de alguma forma contribuem para a construção da minha história.

*“A missanga, todas as veem.
Ninguém nota o fio que, em colar
vistoso, vai compondo as
missangas”*

Mia Couto.

RESUMO

O estudo discorre sobre a contribuição dos assistentes sociais na efetivação da atenção integral às pessoas com doença renal crônica em terapia renal substitutiva, visando trazer subsídios para o fortalecimento da rede de atenção à saúde. Entende-se que o processo de saúde-doença é uma expressão da questão social, reflexo do modo de produção vigente na sociedade e, portanto, este estudo orienta-se pelo método materialismo-dialético-histórico, o qual permite a compreensão da realidade e suas contradições, do seu contexto sócio-histórico além do entendimento de que esta realidade está em constante transformação. Para a efetivação deste estudo, realizou-se uma pesquisa qualitativa em sete serviços de diálise de Porto Alegre e na região metropolitana. Os dados utilizados para análise originam-se das entrevistas realizadas com as assistentes sociais que trabalham nesses serviços e da revisão bibliográfica sobre a temática e legislações que discorrem sobre a temática. Dessa forma o presente trabalho versa sobre a construção histórica da política de saúde, a partir da sua vinculação com a política de previdência até sua desvinculação com o processo da Reforma Sanitária, com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), quando passa a ser concebida como direito universal. Ademais, reflete sobre alguns avanços e desafios a serem enfrentados passados 25 anos após sua implementação. Nesse sentido, problematiza o princípio da integralidade preconizado pela Política de Saúde e a sua fundamental importância para a efetivação da rede de atenção integral a partir da articulação interdisciplinar e intersetorial. Considerando a atenção integral às pessoas com doença renal crônica o foco da pesquisa, apresenta-se essa doença, a sua magnitude epidemiológica na população brasileira e a legislação que subsidia a implantação das redes de atenção integral aos pacientes. Além disso, o estudo analisa o trabalho do assistente social na política de saúde e na efetivação das redes de atenção integral às pessoas com doença renal crônica e busca compreender como se configuram as redes de atenção integral. Conclui-se que há uma gama de fatores que incidem na efetivação da rede de atenção integral às pessoas em terapia renal substitutiva, entre os quais podemos destacar a questão do trabalho e a sua precarização nos serviços de saúde, a fragmentação da assistência à saúde, a desarticulação das políticas sociais e o financiamento do SUS. Esses fatores refletem-se na tensão existente entre o que é preconizado pela política de saúde e sua efetivação embasada no projeto sanitário.

Palavras-Chave: Serviço Social. Atenção Integral. Doença Renal Crônica.

ABSTRACT

The study discusses the contribution of the social workers in the execution of comprehensive health care with people with chronic kidney disease in renal replacement therapy, aiming to provide support to strengthen the health care network. We understand that the process health-disease is an expression of the social issue, a reflection of society's current production model and, therefore, this research is oriented by the materialism-dialectical-historical method, which allows the understanding of reality and its contradictions, its socio-historical context, as well as the understanding that this reality is constantly changing. In order to develop this study, a qualitative research took place in seven dialysis service centers in Porto Alegre and its metropolitan area. Data used for analysis came from interviews with social workers who work in these centers and from a literature review on the subject, and on the legislation that deals with this topic. Thus, this study deliberates about the historical development of the health policy, from its connection with the social security policy to its disassociation with the process of Health Care Reform, with the construction of the Brazilian Unified Health System (SUS), when it starts to be conceived as a universal right. Moreover, this study considers some advances and challenges to be faced 25 years after it has been implemented. In this sense, it brings into question the principle of comprehensive care indicated by the health policy and its fundamental importance for the realization of the comprehensive health care network from the interdisciplinary and intersectoral coordination. As the focus of this research is the comprehensive health care to people with chronic kidney disease, it presents this disease, its epidemiological magnitude in the Brazilian population and the legislation that supports the implementation of comprehensive health care network for patients. The research also analyzes the job of the social worker considering the health policy and the context of the execution of comprehensive health care networks for people with chronic kidney disease, besides it tries to understand what the shape of the comprehensive health care networks is. We conclude that there are many factors that affect the execution of the comprehensive health care network for people in renal replacement therapy, for example, the issues of work and its precariousness in health services, the disintegration of health care, the dismantling of social policies, and SUS financing. These factors are reflected in the tension between what is recommended by health policy and its implementation grounded in public health project.

Keywords: Social work. Comprehensive health care. Chronic kidney disease.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Número de pessoas vinculadas em Terapia Renal Substitutiva nos serviços de diálise	46
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
COSEM/RS	Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DRC	Doença Renal Crônica
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IRC	Insuficiência Renal Crônica
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	15
2.1	DETERMINANTES SOCIAIS, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS	24
3	A INTEGRALIDADE COMO ESSÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO INTEGRAL	26
3.1	DOENÇA RENAL CRÔNICA E A ATENÇÃO INTEGRAL.....	30
4	O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE SAÚDE	35
4.1	O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: TECENDO A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL	39
4.1.1	O Trabalho nos Serviços de Diálise	40
4.1.2	Passando de porta em porta: atenção integral às pessoas com Doença Renal Crônica em Terapia Renal Substitutiva.....	49
4.1.3	Contradições e dilemas da gestão dos serviços: o público e o privado na Nefrologia	53
4.1.4	Rede de atenção integral às pessoas em Terapia Renal Substitutiva: de qual rede falamos?	57
5	CONCLUSÕES	61
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICE A - Projeto de pesquisa – Trabalho de Conclusão de Curso I	68
	APÊNDICE B - Parecer da Comissão de Pesquisa de Psicologia	80
	APÊNDICE C - Instrumento de pesquisa	82
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	83

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso busca compartilhar o conhecimento adquirido durante o percurso acadêmico no Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) atrelado à experiência vivenciada no estágio curricular obrigatório. Esse estágio aconteceu durante três semestres (2014/1, 2014/2 e 2015/1) na Unidade de Nefrologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), onde foi possível a proposição e realização de um projeto de intervenção. No referido projeto discutiu-se a atenção integral às pessoas com doença renal crônica (DRC) em terapia renal substitutiva (TRS) e formas de promoção dessa integralidade através da articulação entre o Serviço Social da Nefrologia do HCPA e o Serviço Social dos Serviços de Diálise para os quais as pessoas que iniciavam o tratamento eram referenciadas.

A doença renal crônica apresenta grande relevância epidemiológica na sociedade brasileira, tendo em vista que seus fatores de ocorrência estão vinculados à hipertensão e diabetes que também são doenças crônicas de elevada magnitude no país. A incidência de pessoas que necessitam de algum tipo de terapia renal substitutiva aumenta gradativamente ao longo dos anos e a grande maioria delas realiza o tratamento através de hemodiálise e é atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A implementação do Sistema Único de Saúde, pautado no projeto sanitário proposto pela Reforma Sanitária, exige novas configurações na organização e gestão da política e do trabalho realizado pelos profissionais da saúde na perspectiva de atendimento das necessidades de saúde da população na sua totalidade. Assim, ela incide no processo saúde-doença, tendo em vista o conceito ampliado de saúde, as diretrizes e princípios propostos pela política de saúde, em especial o da integralidade, que transversaliza as políticas sociais. Dessa forma, não se pode dissociar dessa discussão os assistentes sociais, que atuam inseridos nessa política à luz de um projeto ético-político, o qual se posiciona a favor da universalização de bens e serviços a partir de uma perspectiva de equidade e justiça social.

A motivação deste estudo surge, portanto, como uma extensão das reflexões realizadas durante o período de estágio curricular obrigatório em Serviço Social, como proposta de intervenção de estágio, acerca da atenção integral a essas pessoas que necessitam realizar algum tipo de terapia renal substitutiva como meio de manutenção da vida e, também, a partir das inquietações suscitadas no decorrer dos encontros com as assistentes sociais dos serviços de diálise. Esses momentos ocorreram bimestralmente, durante o período de estágio, acerca do trabalho desenvolvido por essas profissionais nessas instituições na tentativa de

compreender como se configura a atenção integral às pessoas com doença renal crônica em TRS. Considera-se que esses encontros proporcionaram abertura para discussões e foram um espaço de elaboração de estratégias de trabalho, de enfrentamento de questões que impedem o acesso das pessoas aos seus direitos nos mais diversos âmbitos, além de terem sido momentos de fortalecimento da categoria. Logo, objetiva-se, com este trabalho, discorrer sobre a contribuição do trabalho do assistente social para que se efetive a atenção integral às pessoas com doença renal crônica em terapia renal substitutiva, a fim de trazer subsídios para o fortalecimento da rede de atenção. Este estudo orienta-se pelo método materialismo-dialético-histórico, o qual permite a compreensão da realidade e suas contradições, considerando-se o contexto sócio-histórico e o entendimento de que esta realidade está em constante transformação. Para a efetivação do trabalho, realizou-se uma pesquisa qualitativa na qual foram utilizados dados advindos de fontes primárias e secundárias. Estes dados foram analisados através da técnica de triangulação dos dados advindos de diversas fontes de informação para a explicação dessa realidade. As fontes primárias originam-se das entrevistas realizadas com as assistentes sociais que trabalham nos serviços de diálise e as fontes secundárias foram constituídas de revisão bibliográfica sobre a temática e de legislações sobre o tema.

A amostra dos sujeitos foi composta pelas assistentes sociais trabalhadoras de sete serviços de diálise localizados em Porto Alegre e região metropolitana, seguindo o mesmo recorte do projeto de intervenção do estágio curricular obrigatório do qual elas também foram participantes. Optamos pelos serviços de diálise para os quais as pessoas que iniciavam a TRS no HCPA eram referenciadas e que, além disso, possuíam assistente social na equipe de trabalho.

Os dados obtidos foram tratados através da análise de conteúdo. Esta técnica divide-se em pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, os quais foram sistematizados de maneira descritiva. O resultado desse estudo será devolvido na forma de artigo escrito e publicado em periódico e também será enviada uma cópia do presente trabalho aos serviços de diálise que compuseram a amostra.

Diante disso, este trabalho apresentará, primeiramente, uma breve contextualização histórica da construção da política de saúde no Brasil, da maneira como ela se constituiu a partir do início da industrialização no país e de como o Estado interveio nesse campo objetivando a manutenção e a ampliação do capitalismo vigente. Nesse sentido, constituiu-se a partir de uma lógica privatista e, passados longos anos, após todo o processo de redemocratização e de luta dos movimentos sociais e da classe trabalhadora, passa a

configurar-se como direito universal através da implementação do Sistema Único de Saúde. Faz 26 anos desde sua implantação e percebe-se que o SUS acarretou grandes avanços na política de saúde brasileira, mas muitos também são os desafios que os usuários e trabalhadores da saúde enfrentam nesse contexto neoliberal na busca da garantia do acesso à saúde de forma universal, igualitária e integral.

Posteriormente o trabalho discorre sobre a importância do princípio da integralidade para que se efetive a atenção integral à população, sendo que esta está diretamente associada à interdisciplinaridade e à intersetorialidade para a construção e efetivação das redes de atenção integral à saúde. Nesse momento apresenta-se a questão da doença renal crônica e a sua magnitude no país, corroborando a importância da organização e implantação de redes de atenção integral às pessoas com doença renal crônica. Este debate é construído a partir de uma perspectiva de prevenção da doença, de promoção da saúde e, também, de atenção ao tratamento e dos fatores que incidem nesse processo saúde-doença.

No terceiro capítulo é abordada a questão do trabalho do assistente social na interface com a saúde, reflete-se como o modo de produção vigente influencia nos contextos macro e micro, desde a organização da sociedade, da formulação das políticas até a organização do trabalho. A partir disso, ponderam-se as estratégias de ações que vão ao encontro da defesa do projeto sanitário e do projeto ético-político profissional, bem como de enfrentamento da ofensiva neoliberal que vem se alastrando nas últimas décadas.

Nesse contexto insere-se o trabalho do assistente social dentro dos serviços de diálise, os quais enfrentam inúmeros desafios para sua efetivação na perspectiva da integralidade e para a construção das redes de atenção integral às pessoas com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. Pois se evidencia, através do estudo realizado, que há diversos fatores que determinam e condicionam a assistência à saúde dessas pessoas, dificultando a efetivação da atenção à saúde na perspectiva emancipatória, participativa, igualitária e integral que se confirma no projeto de saúde preconizado pela Reforma Sanitária.

Dessa forma, as conclusões são elaboradas a partir dos dados obtidos com a realização da pesquisa e sistematizados no decorrer do trabalho, o que permitiu a reflexão sobre a categoria trabalho, a saúde e a tensão existente entre o projeto de saúde privatista e o projeto de saúde sanitário. Além disso, foi possível problematizar a configuração das redes de atenção integral às pessoas com doença renal crônica em terapia renal substitutiva.

2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Refletir sobre a construção sócio-histórica da Política de Saúde no Brasil requer que nos remetamos ao final do século XIX, quando o advento da industrialização provoca algumas transformações econômicas e políticas nos países centrais e traz novas preocupações com relação às práticas de saúde. Até então a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal e, nesse momento, ela passa a ser pensada pelo Estado tendo em vista o interesse político e econômico, garantindo a manutenção “[...] da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais” (BRAVO, 2009, p. 89), através da regulamentação da prática profissional e de algumas campanhas sanitárias com o objetivo de limpar as cidades.

O Brasil, no final do século XIX, possuía hegemonicamente uma economia cafeeira exportadora e o avanço do processo de industrialização culminou na necessidade de aumento da mão de obra ocasionando um grande movimento de imigração do campo para a cidade e, conseqüentemente, um aumento populacional nas cidades, que possuíam infraestrutura deficitária e não estavam preparadas para tal fenômeno. O sistema de esgoto, por exemplo, era inexistente e a população vivia em péssimas condições de higiene o que, por sua vez, resultou na proliferação de diversas doenças, como hepatite, febre amarela e lepra, aumentando a mortalidade dos trabalhadores e da população em geral. No início do século XX, algumas práticas de saúde surgem, como as campanhas, a notificação de doenças e a vacinação obrigatória.

Visando manter a produção e a reprodução da riqueza socialmente produzida, nesse momento, a saúde passa a ser tratada como “questão social”, uma vez que repercute na divisão sociotécnica do trabalho incidindo sobre os trabalhadores. Assim, o Estado passa a intervir na saúde atribuindo a esta característica de política social, através da Lei Carlos Chagas de 1921, reorganizando os serviços de saúde pública e ampliando os serviços de saúde. Nesse período também se incorpora a assistência à saúde do trabalhador, conquista da organização do movimento operário que reivindicava alguns direitos, através da Lei Elói Chaves em 1923. Essa lei permitiu a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para cada categoria de trabalhadores, as quais eram organizadas pelas empresas, portanto tinham natureza privada, eram financiadas pelos empregadores e trabalhadores e deveriam atender aos interesses de ambos (BOSCHETTI, 2008). As CAPs ofereciam alguns benefícios,

proporcionais às contribuições, para seus trabalhadores. Entre eles, estavam a assistência médica, a aposentadoria por invalidez e velhice e o auxílio funeral. (BRAVO, 2009).

Apesar de evidenciarmos um avanço, nesse período a saúde era assegurada apenas aos trabalhadores que contribuía com as suas devidas CAPs, assumindo assim o caráter de saúde-previdenciária. Para o restante da população, a assistência à saúde era prestada através de entidades filantrópicas, Santas Casas de Misericórdia e secretarias de saúde dos estados, que atendiam crianças e mães e doenças contagiosas. Dessa forma a política de saúde passa a ser organizada a partir de dois pilares: o da medicina previdenciária e o da saúde pública. (BRAVO, 2009).

Na década de 30, surgem duas instituições que marcam o percurso da política de saúde no Brasil: o Ministério da Educação e Saúde Pública e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. O primeiro tinha a missão de desenvolver ações de saúde de caráter preventivo, enquanto o segundo era responsável pela medicina previdenciária individual (BAPTISTA, 2007), delineando assim, um incipiente sistema de proteção social para o país. As CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que passam a abarcar um maior número de trabalhadores uma vez que incorporam mais categorias de trabalho. Uma das principais diferenças entre essas duas estruturas pauta-se na natureza jurídica, pois enquanto as CAPs eram privadas, os IAPs surgem como órgãos públicos, financiados também pelo Estado (BOSCHETTI, 2008). Estrategicamente esse modelo atende algumas reivindicações do movimento operário, atingindo um maior número de trabalhadores, mas efetivamente não amplia a cobertura no sentido de oferecer uma maior gama de benefícios para eles, marcando um período que Bravo (2009) chama de *orientação contencionista*, uma vez que a previdência se preocupou mais com o aumento do valor de seu caixa do que com o pagamento de benefícios aos seus segurados. A autora ainda destaca que essa legislação assinala as diferenças entre a previdência e a assistência social.

As ações adotadas pelo Ministério da Educação e Saúde Pública, através do Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social ficaram centradas nas campanhas sanitárias, na preocupação com as ações para as áreas de endemias rurais (tendo em vista os fluxos migratórios decorrentes da industrialização) e na criação de serviços de combate às endemias. (BRAVO, 2009).

Nesse momento histórico, a maneira como o sistema de proteção social brasileiro estava sendo configurado apontava para o desenvolvimento de uma cidadania regulada, uma vez que a política social incorpora apenas os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal, e excluía um enorme contingente populacional, como as empregadas domésticas, os

trabalhadores rurais, os desempregados, as mulheres e as crianças. Evidencia-se, portanto, que o enfrentamento às refrações da questão social¹ pelo Estado, no que tange ao acesso à saúde, travestia-se de ações que de fato corroboravam a manutenção da ordem vigente. Refletindo que de fato expressavam não para o enfrentamento das desigualdades sociais, tendo em vista que a assistência à saúde era garantida apenas para os trabalhadores formais e as ações de saúde pública se focalizavam em campanhas sanitárias de combate às endemias. Dessa forma, tais ações de fato expressavam não para o enfrentamento das desigualdades sociais e nem para a garantia de acesso a assistência à saúde pela população de uma forma universal. Ou seja, “o importante então, já não é sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva.” (FIGUEIREDO, 2012, p. 24).

Na década de 50, já existiam estruturas hospitalares organizadas pelas corporativas médicas, ligadas aos interesses do capital, indicando uma tendência à privatização através do surgimento das empresas médicas. A assistência à saúde tornou-se mais cara e o hospital passou a ser a principal referência de saúde da população; delineou-se, a partir de então, o modelo de saúde baseado no hospital (BAPTISTA, 2007). Porém, a assistência médica continuava sendo oferecida majoritariamente pelos IAPs e a venda de serviços médicos a terceiros não se fazia expressiva nesse contexto. (BRAVO, 2009).

A ditadura trouxe mudanças não apenas nos cenários econômico e político brasileiro, mas na configuração das políticas sociais existentes. A assistência foi ampliada e modernizada pelo Estado, porém com um caráter extremamente burocratizado a fim de aumentar a regulação do Estado sobre a sociedade civil e diminuir as tensões sociais tendo em vista a garantia da legitimidade do regime ditatorial e a manutenção da acumulação do capital.

Com relação à previdência, os IAPs sofrem uma fusão, unificando-se em 1966, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), incorporando uma gama de trabalhadores que não eram segurados anteriormente como, por exemplo, os trabalhadores rurais e autônomos. A instituição do INPS teve como características principais a exclusão dos trabalhadores na gestão previdenciária, aumentando, dessa forma, a intervenção Estatal na sociedade civil. No que tange à saúde, a medicalização foi instituída tanto na medicina previdenciária quanto na saúde pública, delineando o modelo de saúde enfatizado na prática

¹A questão social é “apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade...sendo desigualdade, é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a elas resistem e se opõem.” (IAMAMOTO, 2015, p. 27 e 28).

médica curativa, individualizada, o que corroborou o crescimento dos setores privados, tanto hospitais como indústrias farmacêuticas. Nesse sentido, o Estado passa a intervir na previdência, organizando a prática médica a favor do grande capital, orientando-a para a lucratividade desse setor. (BRAVO, 2009).

Na década de 70, diante da configuração do setor de saúde, o modelo médico empresarial se fortalece, pois continua se favorecendo das políticas de investimento na área social, com a ampliação dos convênios com o setor privado, evidenciando um desinvestimento do Estado na saúde pública (BAPTISTA, 2007). Porém há fortes tensões dos movimentos populares reivindicando a ampliação dos serviços, da cobertura e da melhoria da qualidade dos mesmos. Assim, nos anos de 1974 a 1979, o objetivo das políticas sociais era o enfrentamento da questão social com maior efetividade atendendo as demandas advindas das reivindicações populares. (BRAVO, 2009).

Na década de 1980, o processo de redemocratização do país, traz consigo inúmeras transformações econômicas, sociais e políticas. Nesse período de transição democrática, conhecido como a “década perdida”, o Brasil experimentou uma grande crise econômica demonstrando a deslegitimação do governo e o aumento da inflação, o que desencadeou a elevação do desemprego e, conseqüentemente, agravou as desigualdades sociais (MENDES, 2013). Porém também foi um momento de efervescência dos movimentos populares e sociais e de lutas pela democracia e esse contexto, para a saúde, favoreceu a emergência do movimento sanitário. Nesse momento, denota-se a movimento dialético de oposição e luta em que a saúde deixa de ser compreendida como uma “questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas [...] uma questão social e política a ser abordada no espaço público” (PAIM et al., 2011, p. 18), o que demonstra a sua vinculação com o projeto democrático.

Novos sujeitos da sociedade civil e organizações passam a participar das discussões e da luta pela ampliação da saúde. Bravo (2009) destaca que dentre esses novos sujeitos sociais e estratégias, alguns devem ser destacados nessa conjuntura, que são:

- a) os profissionais da saúde, representados por suas entidades, que transcenderam seu corporativismo e se uniram na defesa da melhoria da saúde e do fortalecimento do setor público;
- b) o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) que atuou na disseminação e expansão do debate sobre a questão da saúde;
- c) os partidos políticos de oposição que começaram a inserir a saúde como temática dos seus programas, oportunizando o debate sobre o assunto no Congresso;

d) os movimentos sociais que realizaram eventos articulando-se à sociedade civil.

A construção de um novo projeto para a saúde no país estava pautada na universalização do acesso, concepção da saúde como direito social e dever do Estado. Consistia na reestruturação do setor tendo como objetivo a saúde individual e coletiva através da estruturação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDES), a descentralização das decisões para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização das decisões através da participação da população nos novos mecanismos de gestão, como os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2009).

Até aquele momento o Brasil ainda não havia implementado uma política que superasse a noção da cidadania regulada, desvinculada ao processo produtivo e que apenas reconhecesse o sujeito como cidadão (BAPTISTA, 2007). Assim, em 1986, a realização da VIII Conferência da Saúde foi um marco para a questão da Saúde no Brasil, não só pela ampla adesão de participantes, mas por instituir na sociedade o debate da saúde. Bravo (2009) destaca que as discussões partiram de fóruns formados pelos intelectuais da academia e também pelas entidades representativas da população, como os movimentos sociais, sindicatos e partidos políticos. A autora destaca que “a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (BRAVO, 2009, p. 96). A Reforma Sanitária, no relatório final da VIII Conferência de Saúde, é definida assim:

As modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está se convencionando chamar de Reforma Sanitária. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 2).

Dessa forma, a Reforma Sanitária se traduz em uma transformação do aparato legal e constitui-se como avanço para a saúde da população brasileira. Isso porque amplia o conceito de saúde, foca na prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, universaliza o acesso atingindo todas as camadas da população e traz o Estado como responsável pela saúde.

As mudanças esculpidas com o processo da Reforma Sanitária culminaram com a criação, em 1987, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDES) e com o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Segundo Bravo (2009), o SUS é organizado baseado nos seguintes aspectos:

a) universalização do direito à saúde;

- b) as ações de saúde passam a ser regulamentadas, fiscalizadas e controladas pelo poder público;
- c) todos os serviços públicos de saúde passam a ser organizados a partir de uma rede hierarquizada, regionalizada com atendimento integral e participação da comunidade;
- d) no sistema de saúde, o setor privado passa a ser complementar, sendo proibida a destinação de recursos públicos para essas instituições. Poderá haver parceiras público/privadas para prestação de serviços acordadas através de contratos garantindo ao Estado o direito de intervir quando os acordos não estiverem sendo cumpridos;
- e) proibição de comercialização de sangue e derivados.

As prerrogativas defendidas por esse movimento foram incorporadas à Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, a qual foi proclamada em um contexto que Paim et al. (2011) define como sendo

[...] de instabilidade econômica, durante a qual os movimentos sociais se retraíam, a ideologia neoliberal proliferava e os trabalhadores perdiam poder de compra. Simultaneamente a essa reforma, as empresas de saúde se reorganizavam para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do governo e consolidando os investimentos no setor privado. (PAIM et al., 2011, p. 19).

Contrapondo o neoliberalismo que se instalava no país, pela primeira vez na história o Brasil rompe com a concepção assistencialista de formulação e execução das políticas sociais, incorporando a noção de direito e ampliando o acesso da população aos seus direitos. Superasse, assim, o conceito da cidadania regulada, com o qual apenas os trabalhadores vinculados à previdência tinham acesso aos direitos sociais. Evidencia-se, então, o avanço na conceituação da cidadania que ultrapassa a relação entre o Estado e a relação direta com o trabalho, ou seja, ela passa a ser concebida a partir da vinculação entre o Estado através dos seus programas e políticas sociais e os cidadãos.

O Brasil estrutura ineditamente um modelo de proteção social mais abrangente através do acesso a direitos sociais garantidos pelo Estado, com a instituição do conceito de Seguridade Social. São constituintes da Seguridade Social as Políticas de Previdência Social, de Assistência Social e de Saúde; a crítica que se realiza, nesse sentido, é a de que apesar do grande avanço da Seguridade Social, o acesso só é universal na política de saúde, uma vez que a assistência garante os mínimos sociais para quem dela necessita e a previdência continua com seu caráter contributivo. Percebemos, portanto, que apesar do avanço da

concepção de cidadania, como prevista pela Constituição Cidadã, ela não se encontra plenamente implementada, exigindo desafios cotidianos dos assistentes sociais e de outros trabalhadores que atuam nesta política.

Nesse mesmo período inicia-se, porém, a Política de Ajuste Neoliberal ceifando alguns avanços conquistados. Esse modelo visa à superação do estilo de administração pública burocrática e incorpora um modelo gerencial, transformando o Estado em promotor e regulador de políticas públicas, transferindo para o setor privado atribuições que antes eram suas. Essa hegemonia neoliberal foi responsável pelo aumento das desigualdades sociais, ocasionado pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego, precarização do trabalho, desinvestimento na educação e desmantelamento da previdência social (BRAVO, 2009). Assume-se um estado de “crise” sobre o qual o espírito de solidariedade da sociedade é evocado a intervir.

No que tange à Política de Saúde, Bravo (2009) aponta que a ofensiva neoliberal tem sido responsável pelo desmonte da proposta construída na década de 80, através do desinvestimento na saúde e na ênfase da saúde vinculada ao mercado e às parcerias com a sociedade civil, corroborando o modelo gerencial vigente de desresponsabilização do Estado. Nesse sentido, o projeto de Reforma do Estado, proposto a partir da instituição do neoliberalismo, tinha a intenção de dividir o SUS em dois, o hospitalar e o básico; para tanto nesse período o SUS foi impossibilitado de avançar devido a medidas que objetivavam o seu sucateamento para justificar a necessidade de um projeto de saúde vinculado ao mercado de trabalho. As principais ações tomadas nesse sentido foram o desrespeito aos princípios da equidade e da integralidade, as ações voltadas para a assistência médico-hospitalar e a não unificação do orçamento das três esferas de gestão. (BRAVO, 2009).

Assim, dois projetos de saúde tencionam no país, que são:

- a) o Projeto da Reforma Sanitária: em defesa do Sistema Único de Saúde, da intervenção e da garantia pelo Estado, como responsável pelas políticas sociais, ao acesso universal à saúde para toda a população;
- b) o Projeto privatista vinculado ao mercado: respaldado pela Política de Ajuste Fiscal, baseando-se na desresponsabilização do Estado, visa “garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado.” (BRAVO, 2009, p. 101).

A tensão entre esses dois projetos perdura até os dias atuais, ultrapassando cinco gerações de governo (Fernando Collor – 1990 a 1992, Itamar Franco – 1992 a 1994, Fernando Henrique Cardoso – 1995 a 2002, Luís Inácio Lula da Silva – 2003 a 2010, Dilma Rousseff,

2011 – atual). O SUS completou 25 anos desde a sua implantação em 1990 e podemos afirmar que ainda estamos longe do SUS ideal. Entretanto, evidenciam-se alguns avanços conquistados ao longo desses anos e muitos desafios a serem superados. Entre os avanços, Siqueira (2013) destaca a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com a atribuição de regular o mercado privado da saúde. Enfatiza ainda a criação de programas de distribuição de fármacos, a redução da mortalidade infantil, o aumento da expectativa de vida, a ampla cobertura vacinal para as crianças, o controle do tabagismo, o funcionamento do projeto de atenção aos hipertensos e diabéticos e o aumento do acesso da população às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

Mendes (2013, p. 27) salienta o caráter universal da política “[...] cobrindo indistintamente todos os brasileiros com serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, de sangue, de transplantes de órgãos e outros.”. Chama atenção também para a inclusão social proporcionada pela política que institui o que considera uma “cidadania sanitária”, fazendo desaparecer a figura do “indigente sanitário”. Ademais, ressalta o grande número de instituições de saúde que compõem o SUS e a gama de serviços ofertados por elas e destaca alguns programas como o Sistema Nacional de Imunizações, Programa de Controle do HIV/AIDS e o Sistema Nacional de Transplante de Órgãos.

No que tange aos desafios, Bravo (2009), Mendes (2013), Paim et al. (2011), Santos (2013) e Siqueira (2013) complementam-se quando destacam a questão do subfinanciamento federal tendo como consequência a restrição da infraestrutura pelo desinvestimento em equipamentos diagnósticos e terapêuticos e em tecnologia nos serviços públicos nos três níveis de atenção, o que resulta no desinvestimento na Atenção Primária e ocasiona uma diminuição na oferta de serviços para a população. Santos (2013) aponta ainda, que os níveis de atenção são atingidos de maneira desigual, sendo a Atenção Primária a mais impactada, seguida pela Atenção de Média Complexidade e, por fim, com muito menos impacto, a Atenção de Alta Complexidade. Os autores salientam também a baixa remuneração dos profissionais, a limitação do quadro de trabalhadores e a precarização das relações e da gestão do trabalho, corroborando as práticas de terceirização dos trabalhadores. Bravo (2009) ressalta que o desfinanciamento com o setor saúde, a incorporação das práticas focalistas e suas consequências reforçam a manutenção do Projeto de Saúde privatista vinculado ao mercado. Mendes (2013, p. 31) enfatiza que “[...] a segmentação do sistema de saúde brasileiro [...] poderá fazer de nosso sistema público de saúde, no longo prazo, um sistema de assistência à

saúde para as classes mais baixas e um resseguro para procedimentos de alto custo para as classes médias e os ricos”.

Santos (2013) evidencia como desafios a burocratização dos processos que envolvem o setor saúde, como, por exemplo: as licitações de compra de material e a colocação de profissionais, caracterizando os serviços como ineficientes e gerando danos à população atendida, a superação do auxílio crescente aos mercados privados de planos de saúde realizados com recursos federais através da diminuição de recolhimento de impostos tributários das empresas, indústrias farmacêuticas e consumidores na saúde, além do cofinanciamento de planos privados aos servidores federais, que tem como consequência o que o autor denomina de “privatização por fora do SUS” (SANTOS, 2013, p. 276). Reforçando a ideia de privatização denota-se também que muitos serviços que deveriam ser de responsabilidade do setor público, acabam sendo entregues para as gestões privadas, como é o caso da entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) na gestão dos hospitais universitários.

Siqueira (2013) aponta para a instituição de Atenção Terciária (Alta Complexidade) focalizada no setor privado, o que dificulta os processos de referência e contrarreferência, enquanto Paim et al. (2011) ressaltam a necessidade de instituir um modelo intersetorial da saúde integrando os serviços de saúde através das redes de atenção. Mendes (2013) ratifica essa percepção e ressalta que a estruturação e o fortalecimento das redes de atenção à saúde

[...] são a resposta adequada à situação de saúde vigente em nosso país e implicam organizar, de forma integrada, sob coordenação da APS, os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares secundários e terciários, os sistemas de apoio (sistema de assistência farmacêutica, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e sistema de informação), os sistemas logísticos (sistema de regulação da atenção, registro eletrônico em saúde e sistema de transporte em saúde) e o sistema de governança. (MENDES, 2013, p. 33)

Dessa forma, fica evidenciado que embora o SUS apresente muitos desafios, são inegáveis os avanços atingidos ao longo desses 26 anos, nessa luta pela implantação do Projeto de Saúde vinculado à Reforma Sanitária. Porém, ainda temos um longo caminho pela frente que deverá ser construído a partir de uma “[...] nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações público-privadas” (PAIM et al., 2011, p. 28). Para tanto, se faz necessário avançar em propostas concretas que, conforme Bravo (2009), estão baseadas na definição de uma política de redistribuição de renda de cunho social, na defesa da proteção universal realizada através da seguridade social, na defesa rigorosa dos princípios e diretrizes do SUS, na recuperação dos princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social e na

recusa da terceirização da gestão dos serviços de saúde e de contratação de recursos humanos, avançando para o desenvolvimento de uma política de recursos humanos a fim de eliminar os vínculos de trabalho precarizados.

2.1 DETERMINANTES SOCIAIS, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

A implantação do SUS foi uma conquista histórica marcada pela luta de diversos setores da sociedade pela garantia da saúde como direito universal. Nesse sentido, o SUS é organizado a partir de alguns princípios e diretrizes que subsidiam o seu funcionamento os quais devem ser compreendidos com base na luta histórica que foi culminada no Movimento da Reforma Sanitária de superação da concepção de saúde como um serviço prestado mediante algum tipo de contribuição. Também deve ser entendida alicerçada no contexto político, econômico e social que transversaliza a sua história.

Dessa forma, a Constituição Federal de 1988 traz no seu artigo 196 a saúde como um direito de todos e dever do Estado, por meio de políticas que visem ações de proteção, promoção e recuperação da saúde e o acesso de todos os cidadãos. Além disso, em seu artigo 198 ela estabelece as diretrizes para a organização dessas ações (BRASIL, 1988). Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) dispõe sobre os princípios e diretrizes a serem seguidos no desenvolvimento das ações de saúde visando à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a).

Nesse momento, a saúde passou a ser compreendida como a expressão da organização social e econômica do país, que tem como determinantes e condicionantes do processo saúde/doença a moradia, a alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, o lazer, a atividade física, o transporte e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990a).

Assim, compreender a relação entre os determinantes sociais e a saúde, segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), requer entender a maneira como a sociedade está organizada nos seus âmbitos político, econômica e social, de que forma o modo de produção influencia nessa organização e como isso reflete nos fatores que incidem na situação dos indivíduos e das comunidades em geral, sendo essa uma relação que não é simples de identificar e explicar, não sendo somente uma relação de causa de efeito.

Logo, os princípios e diretrizes do SUS, segundo Matta (2007, p. 61), “[...] são produto resultante de um processo político e que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão, esferas de governo do país [...]”. Ressalta-se que esses princípios e

diretrizes reforçam a proposta do projeto sanitário, da concepção de saúde entendida como direito a partir de seu conceito ampliado em detrimento das práticas neoliberais que estão sendo postas pelo projeto privatista de fragmentação e desmantelamento do SUS.

Os princípios evidenciam o fundamento, aquilo que sustenta o nosso sistema de saúde, e o que orienta as ações e políticas de saúde do nosso país. Podemos elencar três deles que expressam a orientação da política de saúde, a forma como defendemos e idealizamos a saúde como direito, que são: o princípio da Universalidade, da Equidade e da Integralidade. Enquanto isso, as diretrizes dizem respeito aos meios e normas de atingirmos os objetivos propostos pelo SUS, devendo ser articuladas aos princípios. É a forma como devemos organizar o SUS, através da descentralização, regionalização e hierarquização e participação da comunidade.

O princípio da Universalidade, conforme já citado anteriormente, coloca a saúde no patamar de direito. Direito à saúde por todos os cidadãos. Matta (2007) ressalta que devido à história da assistência à saúde no Brasil, quando o acesso aos serviços de saúde era vinculado à contribuição para a previdência, muitos associam a universalidade com a gratuidade do acesso. Ressalta-se, no entanto, que a universalidade está vinculada à concepção de direito social relacionada à luta coletiva pelo SUS e, portanto, todos os cidadãos têm o direito de acessar essa política mediante nenhum tipo de pagamento, uma vez que a política de saúde é responsabilidade do Estado e, logo, financiada por ele, através da arrecadação de impostos.

Para que se atinja a universalidade do acesso à saúde, é necessário que todos os cidadãos tenham as mesmas condições de acesso a ela. Assim, o princípio da equidade também se baseia na igualdade e é “[...] fruto de um dos maiores e históricos problemas da nação: as iniquidades sociais e econômicas. Essas iniquidades levam à desigualdade no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde” (MATTA, 2007, p. 69). Dessa forma, implica-se diminuir as desigualdades sociais e injustiças que dificultam o acesso aos serviços de parte da população, reconhecendo a pluralidade e a diversidade dos sujeitos e das suas necessidades.

A integralidade pode ser definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde curativos, preventivos e de promoção, que envolve os indivíduos e o coletivo, os modos de organização e de gestão da saúde visando o atendimento das necessidades e melhoria das condições de vida da população. (PINHEIRO, 2009).

Assim entendemos que é essencial a articulação entre os determinantes sociais, seus princípios e diretrizes propostos pela política de saúde para a efetivação do acesso à saúde tendo em vista sua concepção ampliada.

3 A INTEGRALIDADE COMO ESSÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO INTEGRAL

A integralidade é considerada um princípio e também uma diretriz do Sistema Único de Saúde. Portanto, da mesma forma que orienta e fundamenta as ações de saúde também se constitui como uma forma de atingir os objetivos do SUS referentes à implantação do modelo de saúde que visa a atenção integral.

O conceito de integralidade também advém do movimento da Reforma Sanitária, visando superar o modelo de atenção clínico (voltado para o tratamento e cura da doença) para ampliar a concepção do processo de saúde-doença, através da incorporação de um modelo de prevenção, promoção e proteção à saúde vinculado aos determinantes sociais, tendo como objeto as necessidades de saúde da população e materializando, dessa forma, as ações de saúde como direito da população.

Assim, em uma definição ampliada, a integralidade visa a melhoria da qualidade de vida da população, levando em consideração os fatores que incidem nos ambientes em que as pessoas vivem e nos quais se dá os processos produtivos, o acesso a todas as tecnologias que embasam a promoção, prevenção e proteção à saúde, visando à melhora da mesma e o prolongamento da vida, os vínculos entre os sujeitos e a equipe e/ou profissional de saúde e a contribuição para o desenvolvimento da autonomia da vida dos sujeitos, através da participação e do acesso à informação. (PAIM, 2004).

A integralidade pressupõe que os usuários tenham atendidas todas as suas necessidades em qualquer nível de atenção à saúde. Admite a concepção de saúde ampliada, atentando para os fatores que incidem no processo saúde e doença, dando prioridade para as ações de prevenção sem prejuízo das ações assistenciais. Nogueira e Mito (2009, p. 224) evidenciam que o atendimento integral “[...] traduz a radicalidade da proposta face ao modelo de atenção à saúde, implantado até então no Brasil, baseado, de modo inequívoco, na medicina curativa e na atenção à doença”. Supera, dessa forma, o modelo de atenção biomédico implicando ações intersetoriais e interdisciplinares para a articulação de ações de promoção, prevenção e proteção da saúde.

Portanto, a integralidade é legitimada e idealizada pelos profissionais de saúde, que a reconhecem como um valor a ser defendido e sustentado nos processos de trabalho, no desenvolvimento das ações e práticas de atenção à saúde a partir de algumas premissas adotadas nos serviços de saúde, dando prioridade para as ações de promoção e prevenção e, ao mesmo tempo, articulando essas ações com as de recuperação, cura e reabilitação. Além

disso, faz-se necessário que essa atenção se materialize nos três níveis de complexidade do sistema, o qual compreende a Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, atendendo aos sujeitos para além do indivíduo, mas também sua família.

Consequentemente, ações desse tipo são necessárias nos diversos serviços de saúde e devem ser realizadas através de uma equipe multiprofissional que articula os diferentes saberes, realizando ações interdisciplinares. Além disso, requer a articulação entre esses serviços de saúde e diversos outros serviços e instituições intersetoriais que também compõem a rede de atenção integral dos sujeitos. Evidencia-se, assim, que a interdisciplinaridade e a intersetorialidade são fundamentais para a garantia da integralidade.

A interdisciplinaridade busca integrar os diferentes saberes e especialidades, intervindo em um objeto comum a todos os profissionais envolvidos. Lewgoy (2016, p. 155) destaca ser um “[...] espaço onde se criam estratégias de resistência à fragmentação dos saberes e onde, ao mesmo tempo, manifesta-se a nostalgia de um saber unificado”. Assim, também se constrói em um processo de trabalho que se articula e se transforma em ações no enfrentamento de problemas e questões que estão postos na sociedade. É preciso assumir a complexidade da realidade para desvendar os múltiplos fatores que incidem no problema e, portanto, é necessário haver coesão entre a equipe de trabalho, flexibilidade e negociação para compor o resultado, uma vez que atravessam-se múltiplas perspectivas teórico-metodológicas, conceituais e ideológicas.

Partindo-se da premissa da necessidade de reconhecimento da complexidade da realidade social em sua totalidade, o que requer a suplantação de abordagens setorializadas e fragmentadas para a superação e atendimento das necessidades sociais, a intersetorialidade é construída a partir da interface entre setores e instituições governamentais e também não governamentais tendo em vista a superação dos fatores que incidem no processo saúde-doença. Pastor e Brevilheri (2016, p. 158) afirmam que

[...] a intersetorialidade pressupõe o reconhecimento das especificidades de cada setor e a necessidade de criação de espaços de comunicação, de diálogo e de negociação de respostas partilhadas, construídas a partir do saber e das experiências que trazem distintos setores.

Para tal, é imperativa a articulação entre os diversos setores e serviços que compõem as diferentes políticas sociais tendo em vista a garantia da saúde como direito e além disso, a proteção social na perspectiva de atendimento integral dos sujeitos.

Fundamentando-se nessa perspectiva de integralidade, o Sistema de Único de Saúde

brasileiro está constituído por uma gama de serviços que se articulam em torno de um objetivo em comum, o que pressupõe ações cooperativas e interdependentes entre os diferentes pontos de atenção, tendo em vista o atendimento integral da população.

Em 2010, o governo promoveu a instituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, que buscam garantir a integralidade do cuidado a partir da promoção da integração de ações e serviços de saúde com a efetivação de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada e através da melhoria dos Serviços em termos de acesso, equidade, eficiência e eficácia. Essas Redes de Atenção à Saúde requerem relações horizontais entre os serviços que compõe o Sistema de Saúde, atenção contínua, cuidado multiprofissional e compartilhamento de objetivos e compromissos, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação entre os pontos de atenção e sendo as ações centradas nas necessidades em saúde.

As redes de atenção à saúde estão organizadas, segundo Mendes (2010), a partir da interação de três elementos:

- a) população e região de saúde: a população e suas necessidades de saúde devem ser identificadas, a região de saúde deve estar bem definida e estrategicamente distribuída garantindo o atendimento da população;
- b) estrutura operacional: composta pelos diferentes pontos de serviços que são constituídos pela Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança da rede de atenção;
- c) modelo de atenção à saúde: articula a relação entre a população e a sua estratificação por riscos, levando em consideração o processo saúde-doença, as situações demográficas e epidemiológicas e os determinantes sociais de uma determinada sociedade.

Apesar dos avanços do SUS nos últimos anos, Malta e Merhy (2010) enfatizam que, ainda hoje, a saúde é produzida a partir de um *modelo prescritivo* que apenas executa o procedimento, a ação em saúde é realizada de maneira pontual (desconsiderando todos os fatores que determinam o processo saúde doença), a atenção é centrada no cuidado médico e há fragilidade entre a continuidade da atenção nos diversos pontos de atenção.

Dessa forma, as ações assistenciais e preventivas ainda são oferecidas de maneira fragmentada pelo sistema e têm sido insuficientes para sanar as necessidades de saúde da população brasileira, tendo em vista que o país apresenta diferentes contextos regionais, sociais e econômicos nos quais essas necessidades se expressam de maneiras diversificadas.

Logo, torna-se imprescindível para a atenção integral à saúde a articulação de ações

macro e micropolíticas que incidam nas necessidades reais de saúde dos sujeitos utilizando, para tanto, as tecnologias disponíveis, a rede de serviços que deve ser construída conforme essas necessidades, o acesso aos recursos e a atuação nos determinantes sociais. Dessa forma, considera-se que as necessidades de saúde se apresentam de forma distinta aos serviços de saúde, não sendo possível encaixar o sujeito em um “cardápio de ofertas” (Oliveira, 2010, p. 38) proposto nesses serviços.

Em uma perspectiva macro, essa concepção compreende a necessidade do desenvolvimento de processos de trabalho que reforcem a perspectiva de acesso da população aos serviços e de atendimento das necessidades dessa população. Há uma demanda, nesse sentido, por ações intersetoriais entre os serviços das diferentes políticas sociais além de uma gestão pactuada com relação aos fluxos entre os serviços e a circulação das pessoas entre eles, pensando-se que esses serviços devem ser organizados centrados nas pessoas.

Assim, Mendes (2010) ressalta ser fundamental para a organização dos sistemas de atenção a consideração dos aspectos demográficos e epidemiológicos para a análise da situação de saúde dos brasileiros. Do ponto de vista demográfico, o Brasil vive uma fase de mudança na pirâmide etária. A taxa de fecundidade caiu, diminuiu o número de nascimentos e, ao mesmo tempo, tem-se uma melhora na qualidade de vida da população, resultando em um maior número de idosos no contingente populacional.

Do ponto de vista epidemiológico, observa-se um aumento das doenças crônicas no país. Em um estudo realizado por Mendes (2010) evidenciou-se que, em 2005, das primeiras quinze causas de internações pelo SUS, nove tiveram como motivo as doenças crônicas. Constitui desafio para a organização do sistema de saúde, portanto, o enfrentamento das doenças crônicas e os seus fatores de risco como a obesidade, o tabagismo, o sobrepeso, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada.

Entre as doenças crônicas, incluem-se também a doença renal crônica que tem como principais causas a hipertensão e a diabetes. Hoje a doença renal crônica é considerada um problema de saúde pública tendo em vista sua prevalência e incidência na sociedade brasileira. Portanto, é imprescindível a organização das redes de atenção à saúde que atentem para esse problema, considerando este ser o resultado de diversos fatores que são reflexos do processo saúde-doença da população.

3.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA E A ATENÇÃO INTEGRAL

A Doença Renal Crônica é definida por Romão Junior (2004) como uma lesão irreversível nos rins. A classificação para o estágio clínico da doença é obtida através de exame laboratorial. São cinco classificações de estágios da doença e na fase mais avançada, chamada de *fase terminal de Insuficiência Renal Crônica (IRC)*, os rins não conseguem mais manter a normalidade.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), a insuficiência renal surge quando os rins perdem a capacidade de realizar suas funções. Ela se apresenta de duas formas:

- a) insuficiência renal aguda: quando os rins perdem suas funções de maneira súbita por um determinado período e depois retornam normalmente;
- b) insuficiência renal crônica: ocorre quando os rins perdem sua função de maneira lenta e irreversível. Nesta última, os rins perdem a capacidade de filtrar as toxinas do corpo e é necessário iniciar um tratamento que substitua sua função.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o tratamento conservador, a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal são os possíveis tratamentos, detalhados a seguir:

- a) tratamento conservador: é realizado através de orientações, medicamentos e dieta a fim de preservar a função dos rins que já tem perda crônica e evitar ao máximo o início da diálise.
- b) hemodiálise: é a terapia renal substitutiva (TRS) mais frequente e tem como objetivo filtrar o sangue. Nessa modalidade, o paciente é conectado a uma máquina, na qual seu sangue é filtrado, retiram-se todas as toxinas e água que estão em excesso no corpo. Geralmente esse procedimento é realizado em Serviços de Hemodiálise, três vezes por semana, com duração de 4 horas cada sessão;
- c) diálise peritoneal: também consiste na substituição da função renal e é realizada através do peritônio, que é uma membrana que reveste toda a barriga. Um líquido é inserido dentro da membrana através de um cateter e permanece durante um determinado tempo recomendado pelo médico. Quando sai, leva consigo todas as toxinas e o excesso de água. Essa modalidade é realizada em casa, após treinamento do paciente e de seus familiares;
- d) transplante renal: também é um tratamento e consiste na inserção, através de cirurgia, de um rim em bom estado no paciente com insuficiência renal crônica.

Esse órgão pode ser advindo de um doador falecido ou vivo. Junto ao transplante deve ser utilizada uma medicação para evitar a rejeição desse novo órgão.

De acordo com o Censo de Diálise de 2013, a faixa etária com maior número de pacientes renais crônicos é entre os 19 e 60 anos, sendo que a ocorrência de pessoas com insuficiência renal vem aumentando gradativamente ao longo dos anos. De 2000 para 2013, por exemplo, o número de pessoas com essa insuficiência cresceu em 138%, de 42.695 para 100.397, sendo que dessas pessoas 84% são atendidas pelo SUS. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2013).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), divulgados através da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, mostram que cerca de 2.081.000 adultos (acima de 18 anos) foram diagnosticados com insuficiência renal no Brasil. O levantamento publicado em 2014 estima que 104 mil pacientes sejam mantidos em serviços de diálise na rede pública de saúde, a qual possui, em média, aproximadamente 700 serviços cadastrados, sendo que 92% deles fazem hemodiálise e 8% fazem diálise peritoneal.

Os dados obtidos através do Ministério da Saúde referentes ao estado do Rio Grande do Sul datam de 2012, quando a população somava aproximadamente 10 milhões de pessoas, sendo que havia 7.005 pacientes em diálise. No período, a prevalência de pessoas em diálise era de 65,04 pacientes para 100.000 habitantes. (BRASIL, 2012)

Em 2004 foi instituída a Política de Atenção Integral ao Portador de Doença Renal (Portaria n. 1168/GM, 2004), que visa “prevenir a doença mediante promoção da saúde, diminuição do número de casos e minimização dos agravos da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, que são patologias prevalentes e determinantes da doença renal na população”. (BRASIL, 2004).

Essa política é instituída a partir de três componentes fundamentais, que são:

- a) Atenção Básica: que tem como prerrogativa realizar ações de caráter individual e coletivo voltadas para a prevenção da saúde e redução dos danos, bem como controle da hipertensão e diabetes, que são as principais causadoras da doença renal;
- b) Média Complexidade: realizar atenção diagnóstica e terapêutica, além de efetuar a referência e contrarreferência das pessoas com hipertensão, diabetes e doenças renais;
- c) Alta Complexidade: garantir acesso, assegurar a qualidade do processo de diálise visando alcançar impacto positivo na sobrevida, morbidade e qualidade de vida. Assegurar a equidade no acesso à lista de espera do transplante. Essas ações são

organizadas de forma articuladas entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 2004).

A pessoa com doença renal crônica tem o seu tratamento perpassado pelos três níveis de complexidade do sistema de saúde, pois na Atenção Básica fala-se com os usuários, em uma perspectiva de prevenção, sobre estratégias de enfrentamento para a diminuição dos fatores de risco prevalentes e vinculação desses pacientes com centros especializados (Média Complexidade e Alta Complexidade) para confirmação diagnóstica e efetivo tratamento.

Assim, ao lado do atendimento de Média e Alta Complexidade do paciente que já desenvolveu a doença renal crônica, é necessário o aperfeiçoamento da Atenção Primária, a fim de que o surgimento de novos pacientes crônicos possa ser reduzido, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros. (BRASIL, 2007, p. 75).

Nesse sentido, é necessário e fundamental pensar a saúde a partir da atenção integral e intersetorial visando à promoção da saúde e compreendendo a particularidade de cada sujeito na sua totalidade. Para tanto, destaca-se a importância da Atenção Básica na prevenção das doenças crônicas, pois por estar mais próxima dos usuários, do território, dos modos de viver, tem maior possibilidade de identificar os determinantes e condicionantes que produzem e reproduzem os modos de vida e os fatores que influenciam no aparecimento das doenças crônicas. Dessa forma, também tem maior possibilidade de pensar ações e estratégias que objetivem a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Em 2014 o Ministério da Saúde lança um documento intitulado *Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no Sistema Único de Saúde*, que tem como objetivo “[...] oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa sob o risco ou com diagnóstico de DRC, abrangendo a estratificação de risco, estratégias de prevenção, diagnóstico e o seu manejo clínico.” (BRASIL, 2014a, p. 8).

No entanto essas diretrizes estão centradas no cuidado médico, de enfermagem e nutrição a esses pacientes, alinhado com o modelo de atenção vigente hoje, que pensa o processo saúde-doença como a não doença, um modelo centrado no tratamento das doenças e não nas necessidades de saúde da população. Dessa forma, desconsideram-se os determinantes sociais que incidem nesse processo e desconsideram-se outras profissões que fazem parte desse processo de trabalho na intervenção do processo saúde-doença, como os profissionais de serviço social, a psicologia e os agentes comunitários, por exemplo. Isso fragiliza o processo de superação do modelo de saúde vigente para a implantação e o fortalecimento do modelo de saúde proposto pela Reforma Sanitária, de atenção integral.

No mesmo ano também é lançada a Portaria n. 389, de março de 2014, que define

critérios para a organização de uma linha de cuidado integral aos pacientes com doença renal crônica através de diretrizes que preconizam o foco de atenção nas necessidades de saúde dessa população e, portanto, a importância da Atenção Básica, e a garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico considerando os fatores de risco que levam ao desenvolvimento das doenças renais crônicas. Logo, atenta-se para a garantia de ações às pessoas com DRC em todos os pontos da linha de cuidado, pela comunicação entre esses pontos promovendo o cuidado compartilhado. Além disso, preconiza-se a intersetorialidade, a ampla participação e o controle social. (BRASIL, 2014b).

A linha de cuidado às pessoas com doença renal crônica é organizada a partir da definição das atribuições da Atenção Básica e da tipificação da atenção especializada ambulatorial em:

- a) Unidade Especializada em DRC: responsável pela Atenção de Média Complexidade deve realizar o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC em estágios mais avançados, mas que não estão em TRS, e deve realizar o matriciamento das equipes da Atenção Básica;
- b) Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia: responsável pela Alta Complexidade, deve ofertar pelo menos um tipo de TRS às pessoas com DRC;
- c) Unidade Especializada em DRC com TRS: é responsável pela Média e Alta Complexidade e tem a atribuição de matricular as equipes da Atenção Básica, realizar acompanhamento multiprofissional e ofertar pelo menos uma modalidade de TRS para as pessoas com DRC. (BRASIL, 2014b)

Essa portaria também define que as unidades especializadas e de assistência de Alta Complexidade devem ter uma equipe multiprofissional mínima para o atendimento das pessoas com DRC, que deve ser formada por médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social. No caso da assistência de Alta Complexidade, incluem-se ainda mais um médico nefrologista que responda pelos procedimentos e intercorrências, enfermeiro especializado em nefrologia, técnicos de enfermagem, funcionário para limpeza e funcionário responsável pelo tratamento de água da diálise.

Nesse sentido, evidencia-se que existe, na perspectiva macro política, a tentativa de implementação de uma linha de cuidado integral seguindo os moldes das Redes de Atenção, visando o atendimento integral das pessoas com doença renal crônica em terapia renal substitutiva (tanto que na portaria foi determinada a presença de uma equipe mínima com a presença do psicólogo, nutricionista e assistente social). No entanto, a atenção integral a essas pessoas ainda enfrenta desafios na sua implementação, uma vez que a formulação da

documentação que direciona o trabalho assim como a própria portaria e as diretrizes para o cuidado da pessoa com doença renal crônica citada acima estão pautadas no modelo médico vigente, pois definem apenas os procedimentos de cuidado do corpo, desconsiderando os aspectos sociais que impactam nesse processo saúde-doença e desvalorizando os determinantes sociais que contemplam o conceito ampliado de saúde.

Assim, denotamos um movimento contraditório na formulação e implementação da atenção integral às pessoas com doença renal crônica, tendo em vista esse desencontro entre o que é preconizado pela política de saúde (a partir do conceito ampliado de saúde e do princípio da integralidade) e as diretrizes para a construção da atenção integral a essas pessoas. Isso contribui para a construção de uma lacuna entre as diretrizes do trabalho a ser desenvolvido pelos assistentes sociais que compõem as equipes dos serviços de saúde que atendem às pessoas com DRC e a sua articulação com o restante desses profissionais que, conforme os documentos, são responsáveis pelo “cuidado do corpo” das pessoas com DRC em TRS.

Evidenciamos, nesse paradigma, que os assistentes sociais enfrentam um grande desafio para compor, junto a outros profissionais desses serviços que formam a rede de atenção a essas pessoas, a garantia de sua implementação.

4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Discorrer sobre o Serviço Social no âmbito da política de saúde requer refletirmos sobre o trabalho enquanto categoria central do método materialismo-dialético-histórico, o qual subsidia o projeto ético-político da profissão.

O trabalho, na perspectiva marxista, é fundante do ser social uma vez que é a partir dele que o homem, através da capacidade teleológica, transforma a natureza a fim de satisfazer as suas necessidades. Ele também é um processo de objetivação do homem, uma vez que satisfaz suas necessidades, e de subjetivação, pois quando transforma a natureza acaba transformando a si mesmo.

Para além do desenvolvimento do Ser Social, o trabalho significa também um processo histórico construído coletivamente. É um processo de sociabilidade entre os seres sociais através da constituição das relações sociais entre eles, o que permite o desenvolvimento das sociedades e de todo o seu complexo estrutural. Wunsch e Mendes (2014) afirmam que a categoria trabalho não se limita apenas à atividade laboral, o atravessa em sua totalidade.

O trabalho se efetiva através de um processo de trabalho no qual o homem utiliza sua força de trabalho e instrumentos e incide sobre um objeto com o objetivo de transformá-lo para um determinado fim; essa transformação resultará no produto. Esse trabalho possui dois ângulos de perspectiva: o trabalho concreto que cria um valor de uso para a satisfação das necessidades e o trabalho abstrato que constitui valor de troca por implicar um dispêndio da força de trabalho. (WÜNSCH; MENDES, 2014).

Todo trabalho reflete um modo de produção e uma forma de reproduzir materialmente a riqueza social. Além disso, todo processo de produção é também um processo de reprodução social, pois o processo produtivo pressupõe a força de trabalho e os meios de produção que irão reproduzir a riqueza social a fim de sanar as necessidades sociais. Porém, outras necessidades irão surgir, o que irá incidir em um novo processo produtivo, criando assim um ciclo de produção e (re)produção da riqueza social.

O modo de produção vigente hoje é o capitalismo, no qual a produção deixa de ser apenas para atender as necessidades dos homens e passa a atender as necessidades do capital a partir da produção da mais-valia, resultando no processo de acumulação do capital. O capitalismo pressupõe a divisão social do trabalho, a propriedade privada da riqueza socialmente produzida (pela classe burguesa) e a exploração da força de trabalho (da classe

trabalhadora). Ou seja, a produção da riqueza se realiza de forma coletiva, porém a apropriação da mesma se dá de forma privada.

Essa relação contraditória entre o proletariado (classe trabalhadora) e a burguesia está no cerne da questão social entendida por Yamamoto e Carvalho (2000, p. 77) a partir 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”. Nesse contexto, a classe operária irá se colocar como resistência e enfrentamento das desigualdades que surgem a partir dessa relação entre capital *versus* trabalho. O Estado então passa a intervir não apenas para minimizar o conflito de classes, mas também para buscar o consenso da sociedade visando à manutenção do *status quo*. Nesse momento histórico foram criadas as condições para o surgimento do Serviço Social.

O Serviço Social surge como uma profissão que é solicitada a participar da reprodução social da vida material, com um caráter meramente educativo, moralizante e de ajustamento dos indivíduos. A “prática” do Serviço Social baseava-se, fundamentalmente, na mediação entre o Estado e a classe trabalhadora para a manutenção da ideologia vigente.

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

As lutas democráticas refletiram em todos os âmbitos políticos e sociais no país, focaremos, neste trabalho, no setor saúde, que avança a partir do Movimento de Reforma Sanitária, quando Bravo (2013, p. 177) afirma que a “preocupação central foi assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado Democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais [...]”. Evidencia-se, assim, uma articulação entre o projeto ético-político profissional e o projeto de Reforma Sanitária.

Cabe ressaltar que no cenário contemporâneo, com o processo de globalização, a crise financeira e as inovações tecnológicas requerem que o trabalho assuma novas configurações, tomando formas cada vez mais precarizadas, flexibilizadas, que exigem cada vez mais do profissional, para que seja polivalente, contribuindo para que o trabalho torne-se cada vez mais coisificado. Esse contexto atual também facilita o aumento da concentração de renda e, conseqüentemente, as desigualdades sociais. (WÜNSCH; MENDES, 2014).

Dessa forma, há uma reconfiguração nessas desigualdades sociais, que se apresentam

como fatores econômicos, sociais, culturais e de saúde e que requisitam novas estratégias de intervenção para responder às manifestações da questão social.

Nesse sentido, o assistente social, que tem como prerrogativa de trabalho executar, formular e implementar as políticas sociais, além de atuar na gestão das mesmas, cria, a partir das suas competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, condições para intervir nas desigualdades postas na realidade e transformá-las. Assim, ele contribui para que a saúde seja também uma discussão política além de técnica, para a criação de estratégias de superação do processo saúde-doença, entendido como uma expressão da questão social. É requisitado ao assistente social que ele trabalhe na democratização do acesso aos serviços de saúde, nas estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade, no trabalho interdisciplinar, na ênfase nas abordagens grupais e no acesso democrático às informações e estímulo à participação popular visando o acesso universal e igualitário dos cidadãos à saúde como um direito conquistado pela população e garantido pelo Estado, segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010).

Importante ressaltar que, na década de 90, com a ofensiva neoliberal, dois projetos políticos de saúde entram em disputa: o projeto privatista e o projeto do SUS proposto pela Reforma Sanitária. Evidencia-se, ao longo dos anos, um amplo movimento de fortalecimento do projeto privatista com a focalização e o desfinanciamento do SUS. O Serviço Social não está alheio às tensões entre esses dois projetos, apesar de vincular-se ao último. Impõem-se, dessa forma, alguns desafios ao exercício da profissão em defesa do projeto da Reforma Sanitária. A primeira seria a de superação de que o trabalho do assistente social inserido na divisão sócio-técnica do trabalho aconteceria apenas na atuação direta com o usuário, colocando-se apenas como executor final das políticas sociais. A segunda seria o descolamento da sua atuação profissional do entendimento da concepção ampliada de Saúde através dos determinantes sociais para um entendimento mais individualizado, entendendo-a apenas como a não presença de doença. Por fim, a terceira seria a fragmentação da atuação profissional a partir da fragmentação em especialidades, espelhando-se no modelo médico vigente. (CFESS, 2010).

Também devemos estar atentos a algumas estratégias do capital e de algumas teorias pós-modernas para não distorcemos a análise da questão social que hoje se transfigura refletindo as mudanças societárias ocorridas nos últimos anos, como a globalização, as transformações no mundo do trabalho e a ofensiva neoliberal, por exemplo. Uma delas é a fragmentação da questão social, individualizando-a e descolando-a da sociedade de classes, culpabilizando o indivíduo pela sua condição de saúde. A outra seria a falta de análise entre as

contradições entre os programas sociais e as instituições, colaborando para a falta de reflexão de possibilidades de intervenção (CFESS, 2010). Corroboramos, dessa forma, a afirmação de que o Serviço Social na saúde deve atuar em sintonia com o Projeto de Reforma Sanitária articulado ao seu Projeto Ético-Político Profissional, pautado no Código de Ética, na Lei de Regulamentação da Profissão e nas Diretrizes Curriculares, tendo como pressupostos o direito à saúde e a ampliação do acesso à saúde pelos usuários.

Nos serviços de saúde, segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010), o assistente social atua em quatro grandes eixos, que são:

- a) *atendimento direto ao usuário*: realizado nos espaços de atuação desde a Baixa Complexidade até a Alta Complexidade e que envolve as ações interdisciplinares, assistenciais e socioeducativas;
- b) *mobilização, participação e controle social*: trabalhando junto com os usuários, famílias e trabalhadores para que se percebam como sujeitos políticos e insiram suas reivindicações nas agendas políticas;
- c) *investigação, planejamento e gestão*: trabalhando em favor da classe trabalhadora, buscando através da intersetorialidade fortalecer a Saúde no âmbito da Seguridade Social, sustentando a garantia dos direitos sociais;
- d) *assessoria, qualificação e formação profissional*: através da educação permanente com o objetivo de melhoria e qualificação dos serviços prestados ou de assessoria através do conhecimento de uma realidade objetivando transformá-la.

A implementação do SUS requer dos assistentes sociais novas configurações na organização do trabalho em saúde, convergindo-as para a descentralização, universalização e participação popular conforme prerrogativa do movimento sanitário (CFESS, 2010). Assim, percebe-se que é imperativo aos assistentes sociais o entendimento do seu trabalho, como profissionais da saúde, constituintes de uma equipe multiprofissional, visando identificar as necessidades de saúde que interferem no processo saúde-doença e afetam os determinantes sociais. O profissional deve ter como finalidade articular ações nos diferentes níveis de atenção à saúde e vinculá-las aos serviços disponibilizados que constituem essa rede de atenção intersetorialmente visando a efetivação dos princípios do SUS e, em especial, o da Integralidade.

Considerando que os determinantes sociais condicionam o processo saúde-doença das pessoas, é fundamental para a superação do modelo de saúde biomédico hegemônico, o trabalho multi/interdisciplinar realizado pela equipe, a horizontalização dos níveis de complexidades da saúde e a intersetorialidade das políticas.

É fundamental, portanto, que o assistente social trabalhe em uma perspectiva totalizante, de desvendamento da realidade posta, para a identificação da demanda, de reconhecimento das determinações sociais, econômicas, políticas e culturais que incidem no processo saúde-doença, na construção de estratégias a partir do seu projeto ético-político para acesso e ampliação dos direitos garantidos através das políticas sociais, no fortalecimento dos trabalhadores e usuários fomentando a participação dos mesmos nos espaços de controle social em defesa desses direitos. Dessa forma, torna-se imprescindível a clareza e o conhecimento dos fundamentos teóricos-metodológicos, éticos-políticos e técnicos-operativos que orientam a profissão e que embasam nosso Projeto Ético Político. (VASCONCELOS, 2009).

4.1 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: TECENDO A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL

O assistente social é um profissional inserido em processos de trabalho em seus espaços sócio-ocupacionais como uma força de trabalho especializada que, dada a especificidade do seu trabalho, deve corresponder às expectativas e demandas da instituição e da população usuária à luz do projeto ético político da profissão. (WÜNSCH; MENDES, 2014).

Dessa forma, o assistente social é um profissional que compõe, junto a outros, a equipe mínima dos serviços de diálise que constituem a rede de atenção às pessoas com doença renal crônica. Nesse contexto, o estudo realizado teve como objetivo identificar qual é a contribuição do trabalho do assistente social para que se efetive a atenção integral às pessoas com doença renal crônica em terapia renal substitutiva, a fim de trazer subsídios para o fortalecimento da rede de atenção à saúde, tendo em vista que este profissional desenvolve atividade essencial na tessitura da rede de atenção integral. Para tanto, o *locus* de pesquisa foram sete serviços de diálise localizados em Porto Alegre e na região metropolitana.

A escolha por esses serviços seguiu o mesmo recorte utilizado na implementação do projeto de intervenção realizado no estágio curricular obrigatório, no qual foi proposta a realização de reuniões mensais com as assistentes sociais dos serviços de diálises para os quais as pessoas que iniciam o tratamento dialítico no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) são referenciadas.

O estudo foi desenvolvido a partir de uma pesquisa qualitativa (Apêndice A), aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio

Grande do Sul (UFRGS) (Apêndice B), tendo como *lôcus* de pesquisa 7 serviços de saúde que realizam tratamento dialítico e possuem assistentes sociais no quadro de funcionários. O trabalho envolveu a realização de entrevistas com oito assistentes sociais que trabalham nesse serviço (Apêndice C). Os aspectos éticos foram observados através do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D), lidos e entregues a todos entrevistados. As entrevistas foram transcritas e analisadas tendo como subsídio metodológico a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). A partir dessa análise foi possível identificar as categorias de análise emergentes, explanadas a seguir, que são: trabalho, atenção integral à saúde, gestão dos serviços de saúde e redes de atenção.

4.1.1 O Trabalho nos Serviços de Diálise

O processo de adoecimento é uma expressão da questão social, cujas configurações, conforme Iamamoto (2012, p. 156), “[...] integram tanto determinantes históricos objetivos que condicionam a vida dos indivíduos sociais, quanto dimensões subjetivas, fruto da ação dos sujeitos na construção da história”. Os impactos desse processo nas pessoas que iniciam ou já estão em TRS e familiares apresentam-se de formas múltiplas com as mudanças ocorridas no cotidiano como, por exemplo: na organização familiar, nas condições de trabalho, renda e moradia, nos maiores gastos com transporte e medicamentos, assim como nas modificações nas interações sociais.

Como efeito, os pacientes que sofrem de insuficiência renal crônica e que iniciam o tratamento dialítico, segundo Martins e Cesarino (2005), tendem a ter um cotidiano monótono e restrito, uma vez que suas atividades tornam-se limitadas, seja pela duração das sessões de hemodiálise e pela objetivação do tempo necessário para o atendimento dialítico, ou também porque o processo de tratamento pode causar uma série de reações adversas, como tonturas, sensação de fraqueza e cansaço, exigindo deles repouso e/ou afastamento do trabalho.

Essas mudanças ocorridas na vida das pessoas que estão em TRS são evidenciadas a partir da fala de algumas assistentes sociais, sujeitos do estudo, como a Assistente Social 3 que diz: “Porque a diálise causa tanto transtorno para o paciente, né? É psicológico, é físico”. Além dessa mudança, outras foram citadas, como:

[...] porque o paciente vai muitas vezes deixar de trabalhar, tinha uma renda a mais porque era aposentado, mas trabalhava para aumentar essa renda. Vai deixar de trabalhar porque fica mais debilitado e aí já vêm os problemas familiares, tem filho menor, não tem como manter o nível de vida que vinha levando e isso tudo complica bastante. (ASSISTENTE SOCIAL 4).

Dessa forma, todas as assistentes sociais entrevistadas explicitam o acolhimento como uma das ações mais importantes realizadas no processo de atenção integral dessas pessoas. Habitualmente isso ocorre na chegada da pessoa ao serviço, somente pelo assistente social ou em conjunto com outros profissionais (geralmente enfermeiro) que compõem a equipe multiprofissional. É o momento de escuta dessa pessoa, de compreensão do momento que esta pessoa e a família estão vivenciando, de aproximação para a criação de vínculos entre o profissional e a pessoa que está chegando ao serviço para início de tratamento. Isso fica evidenciado pelas falas das assistentes.

[...] [Conversamos sobre] como ela vai encarando essa nova realidade que é na vida dela. E eles têm muitas fraquezas, né? E é um tratamento que muda muito, né? Muda totalmente a questão da alimentação, em relação à questão da medicação, em relação aos cuidados que ele tem que ter em casa e na clínica. Então fazer que ele consiga entender tudo isso é muito difícil pela coisa tão drástica que é sabe? O tratamento restrita... É muita restrição com muita limitação. (ASSISTENTE SOCIAL 5).

[...] [Conversamos sobre] o acolhimento dele no serviço visto o início que é... Que é um tanto quanto traumático. Então a gente precisa perceber no paciente como ele está nesse momento, que momento que ele tá da vida dele, se ele tá conseguindo entender isso, né? E se ele vai conseguir tentar se adaptar ou de que forma ele vai se adaptar e a gente vai auxiliar ele para que ele consiga então iniciar o tratamento e ter essa continuidade. (ASSISTENTE SOCIAL 5).

O Assistente Social 2 também fala sobre a chegada dos pacientes e diz que, nesse momento, procura “entender o que o paciente está... Trazendo. A acolhida para além de ele [paciente] estar ocupando um espaço para tratamento”.

O acolhimento compõe o arsenal de instrumentos que o assistente social utiliza para a operacionalização do seu exercício profissional. Lewgoy e Silveira (2007, p. 242) explicitam que a partir do acolhimento realizado pelo assistente social pode-se compreender que

[...] foi desencadeado um espaço de mediação no qual há responsabilização e criação de vínculos entre o usuário e a instituição, ali representada pelo profissional. Assim, o acolhimento não se limita ao ato de receber, ouvir, mas a uma sequência de atos que buscam a intervenção resolutiva. A resolutividade diz respeito ao uso de toda tecnologia disponível para atender à demanda ligada à integralidade do usuário, tanto na dimensão individual como na coletiva. (LEWGOY; SILVEIRA, 2007, p. 242).

Dessa forma, evidenciamos que em dois serviços o acolhimento foi referenciado como uma ação que vai além do primeiro contato, do ato de receber a pessoa que está chegando ao serviço.

É conhecer essa dinâmica familiar, conhecer o território. Acho que orientar quantas vezes for necessário, porque muitas vezes os pacientes não entendem, tu dá uma orientação e eles não conseguem registrar em uma primeira entrevista... É me colocar à disposição deles: “quando vierem à consulta, quando vierem para cá, procurem o Serviço Social se tiverem alguma dificuldade. (ASSISTENTE SOCIAL 1).

[...] acolhimento, eu acho que a primeira coisa é o acolhimento. Que é a participação importantíssima na hora quando ele chega, porque eles chegam bem apavorados. Então eu acho que é a questão do atendimento e depois é o acompanhamento dele e dessa família; como é que estão enfrentando. (ASSISTENTE SOCIAL 4).

Concordamos com o fato de o acolhimento ser uma ação importantíssima para o atendimento da pessoa que chega ao serviço e algo inerente ao trabalho do assistente social da saúde, mas por vezes esse acolhimento é restrito ao ato de receber, de criar um momento para a vinculação da pessoa que utiliza o serviço e o profissional, de empatia entre o profissional e o usuário. Todavia, entendemos que o acolhimento deveria promover uma vinculação entre todos os envolvidos nesse processo (seja a pessoa que utiliza o serviço, os familiares e os profissionais) para o desenvolvimento de estratégias e ações que proporcionem acesso aos serviços visando promover o enfrentamento do processo de adoecimento e a promoção da saúde dessas pessoas. Assim, conforme Ribeiro, Rocha e Ramos-Jorge (2010, p. 2317),

[...] acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si o comprometimento de “abrigar e agasalhar” aqueles que procuram o serviço, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Não constitui uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Dessa forma, compreendemos que o acolhimento realizado de forma multiprofissional e interdisciplinar se torna mais efetivo no atendimento das demandas de indivíduos que utilizam esses serviços, uma vez que as ações desenvolvidas pela equipe de saúde em conjunto com o usuário do serviço e suas famílias vão ao encontro da atenção integral dessas pessoas.

Outro elemento associado ao trabalho do assistente social evidenciado pelas entrevistas é a mediação e a articulação realizadas a partir das relações que estabelecem internamente e com outros serviços. Segundo o Assistente Social 1, “é fazer a mediação com a rede, fazer a articulação, buscar alternativas também com a família”. Já a Assistente Social 2 relata: “a Assistente Social tem que saber o que acontece lá fora para tratar aqui dentro. Tem que dar a rede para esse paciente”. Sobre esse assunto, o Assistente Social 6 explica como vê seu papel: “eu vejo o Serviço Social como um articulador entre todos, entre todos assim. O

Serviço Social, ele vai ouvir da parte da equipe, ele vai ouvir do paciente e da parte da família”.

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

A partir dessa compreensão da totalidade que envolve esses sujeitos que é possível estabelecer as mediações necessárias para a superação das suas necessidades de saúde. Para tanto, se faz necessário que o trabalho não se encerre na escuta das demandas institucionais e dos usuários, ou seja, não se limite ao papel de ouvinte, mas envolva a

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

Sendo essa uma atribuição do assistente social, entendemos sua importância na equipe como um profissional capaz de compreender, na sua totalidade, a realidade das pessoas que estão em TRS, suas necessidades e os serviços disponíveis para atender essas necessidades, por isso o assistente social é visto como um “articulador”. Além disso, possui a capacidade de dividir esse conhecimento com a equipe multiprofissional, proporcionando conjuntamente com o usuário e a família a reflexão sobre as estratégias e as ações interdisciplinares a serem desenvolvidas.

Logo, o assistente social também possui função socioeducativa na sua intervenção profissional no que diz respeito a socialização de informação. Para a Assistente Social 2, “a assistente social está no lugar certo, pois os pacientes e toda a equipe são desinformados com relação aos direitos”. Já a Assistente Social 5 cita que “[...] estava vendo com uma colega (daqui) para ela fazer um trabalho de grupo de orientação para eles”.

As pessoas vinculadas aos serviços de diálise, assim como qualquer indivíduo, possuem o direito de “[...] acesso e [de] usufruir de todo o conhecimento socialmente produzido necessário para a melhoria das suas condições de vida” (MOREIRA, 2013, p. 76).

Assim, a socialização de informações é um compromisso ético assumido pelo assistente social em relação aos usuários, ao seu trabalho, ao acesso às políticas sociais, aos serviços existentes e aos seus direitos. Pois é a partir do acesso à informação que se torna possível o processo de reflexão crítica dos processos que implicam a vida desses usuários, visando uma ação transformadora, de contribuição para o processo de autonomia e cidadania dessas pessoas.

Moreira (2013) pontua que, portanto, é imprescindível que o assistente social compreenda o espaço sócio-ocupacional no qual está inserido, ou seja, o território no qual ele está situado, o público atendido e as necessidades desse público, bem como as políticas sociais que o permeiam. Com isso será possível que ele crie oportunidades de inserção desses sujeitos na rede e em espaços de participação sociopolítica.

Porém, constatamos que muitas vezes o assistente social torna-se o responsável pela socialização de informações clínicas e até mesmo nutricionais que envolvem a doença, como evidenciam as falas a seguir. Para o Assistente Social 3, é importante que o paciente receba “orientações adequadas, porque os pacientes que entram para fazer o tratamento de hemodiálise, eles não têm conhecimento nenhum sobre a doença muitas vezes e principalmente sobre o tratamento, né?”.

O esclarecimento da doença, porque eles não sabem muitas vezes o que está acontecendo, principalmente esses que iniciam a diálise eles não sabem a realidade que os espera. A possibilidade do transplante como uma outra alternativa além da diálise, né? Eles não sabem disso. A importância da adesão ao tratamento, de tomar a medicação, da frequência nas diálises. (ASSISTENTE SOCIAL 1).

Nesse sentido, entendemos que a socialização de informações compreende o trabalho em equipe e que estas equipes devem ser construídas agregando os diferentes saberes a esse processo de trabalho e à realização do trabalho junto ao usuário. No entanto, o assistente social não possui competência profissional para explicar o que é a doença, o tipo de tratamento a ser realizado, a medicação a ser ingerida e também não possui competência para informar sobre a alimentação que esse usuário deve ter após iniciar a TRS, ou seja, o assistente social não tem competência técnica-operativa, teórico-metodológica e ético-operativa com relação às implicações da doença. Quando o repasse dessas informações passa a ser uma atribuição desse profissional no serviço de diálise, evidencia-se uma fragmentação do trabalho em equipe, o que pode ser prejudicial para o usuário uma vez que há um aumento na probabilidade dessas informações não serem repassadas na sua completude e de o usuário não ter sanadas as suas dúvidas nesses quesitos.

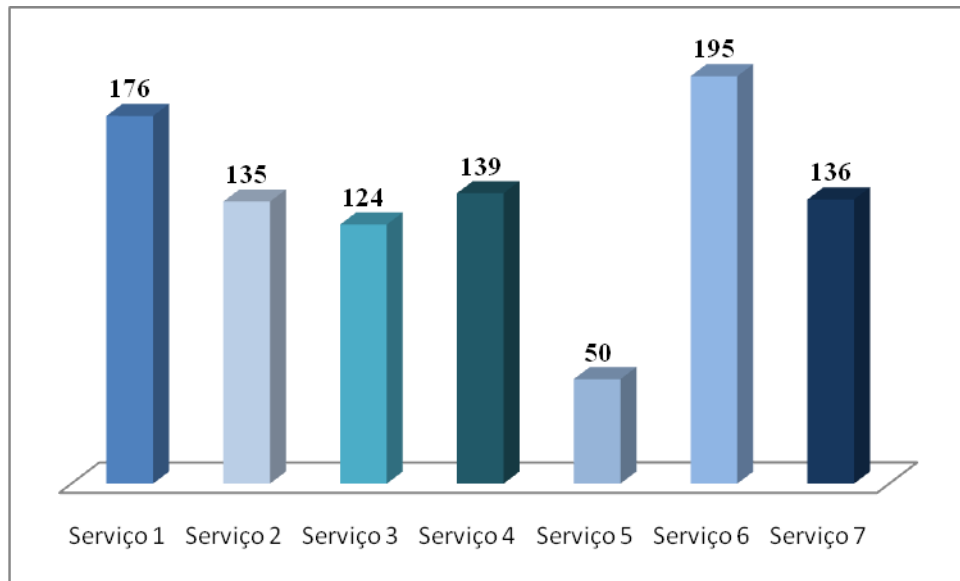
Esses equívocos que ocorrem com relação às atribuições e competências dos profissionais são reflexos da precarização do trabalho, que é uma expressão do modo de produção capitalista e que vem aumentando expressivamente na sociedade contemporânea.

A partir das entrevistas realizadas, encontramos alguns elementos que atravessam o trabalho desses profissionais, o fragmenta e o impede de ser integral e interdisciplinar. Dos sete locais pesquisados, 86% deles apresentam apenas 1 assistente social na equipe multiprofissional, enquanto que 14% deles contam com 2 assistentes sociais. Atrelado a isso, temos o fato de que em 47% desses serviços não há a equipe mínima completa trabalhando no local.

A Assistente Social 4 explica o funcionamento do serviço: “[...] a gente faz um *round* mensal quando chegam os exames, o Serviço Social sempre participa, a nutrição, como ela não tá aqui todo o dia, ela se coloca também, mas como não está todo dia, quando elas estão elas conseguem fazer junto”. A Assistente Social 5 cita que “[...]a gente não tem hoje é o psicólogo que é a profissional que faz parte da equipe mínima e que não tá sendo contratado”. A Assistente Social 7 reafirma a questão do psicólogo: “a questão do psicólogo também. A gente tem essa deficiência também, que hoje a gente só tem para casos muito extremos que a gente consegue através de um outro convênio”.

Observamos, nesse sentido uma contradição entre o prescrito e o real, uma vez que temos uma portaria que define que todos os serviços que ofertam terapia renal substitutiva devem estar compostos por uma equipe multiprofissional “mínima”. A realidade nos mostra que em quase metade dos serviços entrevistados nem a equipe mínima está composta. Esse fato rebate na qualidade do atendimento dispendido às pessoas que estão vinculadas a esses serviços, assim como no trabalho dos outros profissionais que o compõem, uma vez que eles acabam atendendo às demandas desses profissionais ausentes. Somado a isso, tem-se o fato de que esses locais contam com um número bem significativo de pessoas vinculadas, conforme Figura 1.

Figura 1 - Número de pessoas vinculadas em Terapia Renal Substitutiva nos serviços de diálise



Fonte: elaborado pela autora.

Ou seja, há um expressivo número de pessoas vinculadas em serviços de diálise que, na grande maioria, conta apenas com a equipe multiprofissional mínima ou nem isso. Dessa forma, evidenciamos uma hipersolicitação do trabalhador nesses locais, em especial do assistente social. Nas palavras da Assistente Social 1, “[...]a gente não faz porque não tem tempo, não tem pernas, porque o acúmulo de trabalho é grande”. A Assistente Social 2 retoma esse problema ao dizer o seguinte: “[...] eu também acho que as colegas não têm perna para fazer. Que as demandas delas são muitas”.

[...] quando tu tinha 40 pacientes, tu tinha tempo até de programar alguma atividade, alguma coisa. Hoje tu não tem. Hoje tu termina um turno, tu já tá emendando no outro, emendando no outro. Então tu acaba sendo engolido pela demanda do dia a dia. Então muitas vezes tu fica com coisas que tu gostaria de fazer um atendimento mais direcionado assim. Tu não consegue. (ASSISTENTE SOCIAL 7).

Além do mais, 57% das assistentes sociais entrevistadas são ou já foram gestoras desses serviços de saúde, desempenhando dupla função: na gestão e na assistência. Entendemos que a gestão é uma competência do assistente social e que, nos serviços de diálise, tem sido uma tendência. Infere-se que a contratação do assistente social para trabalhar tanto na gestão quanto na assistência traduz-se em vantagem para o serviço a partir do enxugamento das despesas, uma vez que se tem um profissional que desempenha a função de dois. Para o assistente social nessa situação, talvez a vantagem esteja na possibilidade de um aumento salarial.

No entanto verificamos que o mundo do trabalho requer um trabalhador polivalente, multifuncional, porém essa polivalência impacta tanto na relação com as pessoas vinculadas ao serviço quanto no trabalho realizado com elas. Segundo a Assistente Social 7, “[...] são quase 180 pacientes, são 6 turnos, 1 profissional sozinho não consegue dar conta... Nós não temos como checar porque hoje a gente não consegue mais fazer uma VD”.

[...] claro que eu acumulo funções, sou a gerente da Clínica também... É bastante coisa. Porque tem a questão financeira que eu tenho que me preocupar muito. Eu acho, assim, que eu me atrapalho... Eu acho que confunde um pouco a relação deles comigo, do paciente comigo. (ASSISTENTE SOCIAL 4).

Tendo em vista que, conforme a lei 12.317 de 2010 (BRASIL, 2010a), a duração da jornada de trabalho do assistente social é de trinta horas semanais, os assistentes sociais que desempenham dupla função em alguns serviços pesquisados, necessitam atender as demandas de ambas dentro desse período, o que pode impactar na saúde dos profissionais tendo em vista essa hipersolicitação dos serviços. Assim, além de ter o acúmulo de trabalho, tem-se a necessidade de responder ao maior número de demandas em menor tempo, sujeitando a realização de um trabalho mecanizado, alienado e fragmentado. Por vezes a precarização do trabalho dos assistentes sociais resultam em ações burocratizadas.

A gente vê os exames, o médico vê os exames, prescreve o que o paciente vai ter que tomar naquele mês. Aí como eu tenho acesso ao sistema da farmácia, eu já olho na hora se ele tá buscando, se ele não tá buscando, se já venceu o medicamento e aí eu já preparo essa renovação e já falo com ele, porque ele não foi buscar. (ASSISTENTE SOCIAL 4).

Já explico que o processo passa por mim, mas ele é solicitado pelo médico. Depois que o médico me solicita, depois que eu faço os papéis, aí eu chamo o familiar para pegar a documentação e ir até os locais para encaminhar, então, os remédios ou então o que for necessário. (ASSISTENTE SOCIAL 6).

Assim, denotamos que visando o atendimento de necessidades imediatas recorre-se a um trabalho burocrático de preenchimento de formulários, de encaminhamentos para outros serviços. Nesse sentido, concordamos com Vasconcelos (2009) quando ela afirma que as demandas atendidas pelos assistentes sociais nos serviços de saúde geralmente estão relacionadas ao próprio funcionamento dos serviços prestados nesses locais, à dinâmica dos mesmos ou à doença. A autora continua inferindo que esse fato

[...] subjuga o trabalho dos assistentes sociais ao movimento interno da unidade de saúde, tornando suas ações complementares às ações dos demais profissionais de

saúde e/ou funcionários à dinâmica interna da unidade, em última instância, funcionais à ordem social vigente. (VASCONCELOS, 2009, p. 251).

A precarização do trabalho configura-se como estratégia ofensiva do capital refletindo na fragmentação da classe trabalhadora a qual passa a não se enxergar como categoria, como sujeitos coletivos, uma vez que as requisições impostas pelo mundo do trabalho requerem do trabalhador uma ação individualizada, fragmentada, competitiva e de atendimento de necessidades imediatas. Assim, os trabalhadores desses serviços de saúde – e inclui-se os serviços de diálise – acabam por não conseguirem planejar e realizar ações conjuntas para o atendimento das demandas dos usuários

Nesse sentido, Vasconcelos (2009) destaca a possibilidade de algumas estratégias e ações que podem ser desenvolvidas pela equipe multiprofissional em consonância com o projeto sanitarista e o projeto ético político do Serviço Social, que são:

- a) planejar e organizar as ações e a preparação da equipe para o trabalho: é um instrumento em que a equipe pratica a “prática reflexiva” e promove ao usuário a possibilidade de participar dos processos de transformação das suas condições de vida e promover a sua saúde;
- b) organizar a atenção aos usuários a partir da demanda dos trabalhadores e não da instituição, priorizando as necessidades e prioridades dos usuários diante das políticas sociais;
- c) identificar e priorizar as necessidades que vão além da demanda espontânea, atuando junto a grupos de usuários e classe trabalhadora;
- d) priorizar e assegurar ações de promoção da saúde, prevenção das doenças, danos e riscos à saúde;
- e) organizar o trabalho tendo em vista a proteção social ampliada, além do acesso à saúde, mas considerando o acesso às demais políticas;
- f) superar as ações individualizadas, acríicas, repetitivas e burocratizadas, atentando para ações que realmente atendam as necessidades de saúde dos sujeitos;
- g) priorizar o trabalho em equipe entre o assistente social e os demais profissionais dos serviços de saúde, assim como entre os assistentes sociais.

O assistente social deve, portanto, articular essas estratégias tendo em vista a sua atuação no enfrentamento das expressões da questão social que, nesses serviços de diálise, se apresentam através do processo saúde-doença, no incentivo de atuar nesse enfrentamento. Uma das possibilidades é de fomentar a integração dos usuários nos espaços de participação e decisões como, por exemplo, o *Fórum pela defesa do tratamento integral do paciente renal*,

no qual as pessoas que realizam o tratamento podem ter voz ativa e expressar suas opiniões sobre suas necessidades de saúde e formas de enfrentamento da doença, na formulação e implementação das políticas sociais. Ademais, espera-se que o assistente social imprima em seu trabalho o caráter propositivo e criativo no seu trabalho dadas as contradições existentes nas relações sociais e no mercado de trabalho.

4.1.2 Passando de porta em porta: atenção integral às pessoas com Doença Renal Crônica em Terapia Renal Substitutiva

A integralidade é uma categoria que apareceu muito na pesquisa como ações realizadas por uma equipe dentro do serviço de diálise. Nesse sentido a equipe aparece como o núcleo de importância para que a atenção integral às pessoas vinculadas a esses serviços seja efetivada. Segundo a Assistente Social 4, “[...] a gente tem a nutrição, tem psicóloga, a enfermagem... E o médico, então tem toda uma equipe multidisciplinar que dá essa atenção integral para ele, né? À disposição.”

Salienta-se que o entendimento de atenção integral, nesse caso, foi reduzido ao atendimento multiprofissional dentro do serviço, no qual a pessoa “passa de porta em porta” somando os atendimentos da equipe multiprofissional. Fazendo-se uma analogia, seria como comparar esses atendimentos ao processo de produção fordista, ou seja, as pessoas seriam o “objeto” que, em uma esteira rolante, passa de um profissional para outro visando o “atendimento integral”. Esse modelo confirma a hegemonia do modelo biomédico vigente nos dias atuais de atendimento do corpo e de cura da doença. Como detalha a Assistente Social 3, “[...] ele [o paciente] passa pela consulta médica, pela consulta com a enfermagem e aí pela equipe multi que estiver presente no turno que ele já vai iniciar”.

Nessa perspectiva os serviços de diálise têm como prerrogativa a oferta do tratamento para as pessoas que necessitam de TRS e tudo o que o envolve dentro da instituição. Reduz-se a concepção ampliada de saúde e desconsidera-se a ideia de que o atendimento das necessidades de saúde requer um envolvimento macro e micro, que vai além da realização do trabalho de equipe, do acolhimento, ou seja, que requisita um trabalho além da rotina.

A Assistente Social 2 diz que “é necessário um trabalho mais humanizado com o paciente, superação do modelo de saúde que está posto hoje. O trabalho em equipe acontece dentro da Clínica na visão dos médicos”. Assim, enfatiza que para que se efetive o atendimento integral é necessário “olhar para além dos materiais, do espaço, da estrutura, olhar esse paciente para além da clínica”. Nesse sentido, a Assistente Social 6 afirma que “[...]”

a maior necessidade para que seja integral é [...] envolver o maior número de pessoas, sempre assim. Olhar para além dos materiais, do espaço, da estrutura, olhar esse paciente para além da clínica”.

Dessa maneira, reconhecemos que o assistente social possui compromisso ético de fomentar dentro do serviço uma ação transformadora, de trabalhar junto com os demais profissionais do local para que se perceba e atue a partir da perspectiva da integralidade de forma ampliada, de articulação entre a interdisciplinaridade e intersetorialidade visando o atendimento real das necessidades de saúde dessas pessoas.

Ao mesmo tempo, o assistente social está inscrito em um espaço contraditório, no qual deve efetivar ações visando o projeto sanitário proposto pela política de saúde, de atendimento integral do sujeito e de acesso universal à saúde. Mas, ao mesmo tempo é um espaço privado que também responde à lógica do mercado e que requer do assistente social o atendimento das suas expectativas. Entretanto, muitas vezes esses espaços não dispõem de recursos humanos, estruturais e financeiros necessários para alavancar o trabalho preconizado pela política de saúde.

Para a Assistente Social 2, “[...] os trabalhos aqui dentro se confundem visando à integralidade do cuidado, por exemplo, eu, assistente social, faço o processo [com relação aos papéis] que é feito pelo médico para adiantar para o paciente”. A Assistente Social 5 afirma que “[...] a equipe teria que ter mais momentos de pensar coisas diferenciadas do que a gente já oferece para eles. Para eles conseguirem... Para que fosse mais favorável sabe? Na qualidade de vida deles”.

O assistente social é consumido pelas demandas e pelas exigências impostas a eles. Mesmo compreendendo a integralidade de forma ampliada, muitas vezes o profissional se vê impossibilitado de construir, propor estratégias de trabalho interdisciplinar nessa perspectiva, mas ao mesmo tempo se responsabiliza por essas pessoas vinculadas ao serviço e tenta responder a tudo o que lhe é solicitado, visando “a integralidade do atendimento”.

Nesse contexto, a Assistente Social 3 mostra seu envolvimento dizendo que “a gente corre atrás”. A Assistente Social 6 também explica que “[...] o Serviço Social tem que captar e ir atrás da informação. Onde é que tá o furo? O que tá acontecendo? Porque o paciente não tá conseguindo?”

Que ele fica meio, às vezes, até fragilizado, assim. A gente não tem uma contribuição mais eficiente. Só que muitas vezes o assistente social precisa dessa parceria para poder alcançar algo ali na frente... O Serviço Social sempre acaba dando um jeitinho e não é que ele se acomode, ele vai achando outras formas que

talvez não fosse as mais eficazes ou que dê melhor resultado. (ASSISTENTE SOCIAL 7).

Logo, o profissional termina por compor a “máquina” do modelo de saúde vigente, ainda que haja esforços para a superação. Esse modelo “desintegrador” acaba muitas vezes culpabilizando a pessoa que acessa o serviço por sua condição de saúde, pelo não acesso aos demais serviços, pela não promoção da sua saúde. Tal situação acaba sendo reproduzida por toda a equipe de saúde.

A Assistente Social 1 comenta que “[...] se tu não fizer, tu morre!”. Já a Assistente Social 6 cita que “[...] a desorganização vem de casa, que não toma remédio, que não tá entendendo que a terapia é contínua, não é só aqui, que tem todos os cuidados de alimentação e de medicação em casa...”

[...] os pacientes renais crônicos exigem muito de ti coisas que não seriam para eles exigirem. Porque aqui é uma clínica renal. Quando a gente vê que tá demais a gente diz: “aqui é uma clínica renal.” Quando não cuidou do ouvido, quando não cuidou da audição entendeu? (ASSISTENTE SOCIAL 4).

Quando o assistente social “cai na armadilha” desse sistema de reprodução dessa culpabilização do sujeito, de atendimento a partir de um modelo “desintegrador”, do dever de responder a todas as demandas da instituição como prioridade, ele acaba por caminhar na contramão do projeto de saúde defendido pelo Serviço Social, retrocedendo às ações conservadoras que marcaram a profissão em outros tempos, quando o profissional estava a serviço da instituição, visando o ajustamento dos sujeitos para que as ordens social e institucional fossem mantidas.

A superação desse modelo exige dos assistentes sociais clareza de que a efetivação da sua capacidade técnica-operativa deve estar em consonância com os pressupostos teórico-metodológicos e ético-político da profissão. Afinal para que(m) trabalhamos?

Porque falta o quê? Será que é só negligência do paciente com ele mesmo? Ou será que não seria a falta de informações sobre a própria doença? Que eles muitas vezes não têm alimentação adequada... E claro, aí a gente pensa né: que alimentação é essa que nós estamos falando que o paciente renal precisa? Que condições financeiras, que condições sociais eles têm de comer o que a nutricionista está recomendando? Tempero com ervas, por exemplo, “tire o sal e use ervas...” Se tu traçar um perfil do paciente, vai ver que ele não tem... O nível de escolaridade é baixo... Eles não têm o entendimento, a visão de mundo deles é outra. Para eles o arroz e feijão é a comida. Então temperar com ervas, eu acho que é uma coisa que... Até pode ser, mas vamos dizer para eles para quê que serve isso. Eu acho que falta um pouco de informação da parte da equipe, assim. E a equipe como um todo: a nutricionista, a assistente social, o médico, a enfermeira, todo mundo.” (ASSISTENTE SOCIAL 1).

A fragmentação do conhecimento e a falta de uma perspectiva voltada para as necessidades do usuário colaboram para a não efetivação da integralidade e para o não desenvolvimento de ações de atendimento integral e resolutivo, mas, além disso, inibem ações de promoção e prevenção (ALMEIDA FILHO et al., 2014). Assim, a formação interdisciplinar em saúde se constitui como estratégia para a superação do modelo de saúde vigente e, conseqüentemente, para a efetivação do projeto sanitarista que compreende a integralidade.

Os autores enfatizam ainda que a partir do momento em que o conhecimento sobre questões sociais, psicológicas e éticas são disseminadas na formação em saúde, promove-se maior compreensão sobre os determinantes sociais e sobre como eles incidem no processo saúde-doença, relacionando-os com o conceito ampliado de saúde. A formação interdisciplinar em saúde permite “[...] o contato e a reflexão do estudante com questões científicas, artísticas, políticas e sociais, ampliando sua compreensão sobre seu papel diante da sociedade contemporânea e, em consequência, sua participação como cidadão” (ALMEIDA FILHO et al., 2014, p. 340).

Nesse sentido, concordamos que a efetivação da atenção integral das pessoas em TRS é atravessada também pela intersetorialidade e interdisciplinaridade, ou seja, exige a compreensão de totalidade, o que não vai ocorrer somente no contexto micro (no serviço de diálise) ou no contexto macro (do modo de produção vigente na sociedade), pois requer a apreensão de que esses contextos devem estar interligados e que as pessoas são parte integrante e devem ser partícipes nesses processos.

Também se revela equivocada, por conseguinte, a compreensão de que compete somente a um profissional que compõem os serviços de saúde ser o responsável por fomentar ações e estratégias de atendimento integral às pessoas vinculadas. Muitas vezes, o assistente social desses serviços, que geralmente tem formação interdisciplinar, acaba por ser incumbido pela instituição de promover essa “atenção integral”, como resposta à expectativa institucional, corroborando o modelo de saúde vigente através de ações reducionistas, fragmentadas e individualizadas.

Dessa forma, concordamos que a formação interdisciplinar em saúde se constitui uma estratégia eficaz para a discussão dos conflitos e superação do que está posto, pois a partir dela os profissionais de saúde poderão realizar o seu trabalho a partir de uma perspectiva ampliada, totalizante e integral. Essa perspectiva deve ser recorrente tanto no atendimento às pessoas como na formulação e implementação de políticas sociais que atendam às necessidades dos indivíduos e ser norteada pelo acesso e pela ampliação dos direitos sociais

de participação dessas pessoas na sociedade e pela ampliação do conceito de cidadania a partir de práticas democráticas.

4.1.3 Contradições e dilemas da gestão dos serviços: o público e o privado na Nefrologia

A história da saúde brasileira se construiu pelo viés privatista e contributivo. Assim, o projeto de Reforma Sanitária pela primeira vez traz a saúde como um direito ampliado, de acesso universal e de responsabilidade do Estado. Porém, a política de saúde brasileira, desde os anos 1990, vem sofrendo os impactos da ofensiva neoliberal, que tenta suprimir o projeto de saúde vinculado ao da Reforma Sanitária, um sistema de acesso universal e igualitário. Nesse sentido, atua em prol de um projeto de saúde privativo, com ações fragmentadas e serviços focalizados, em uma perspectiva de mercado.

Esse movimento privatista fica evidenciado pela implementação da assistência em saúde realizada de forma híbrida, na qual se articulam serviços públicos e privados. É nessa lógica que se inserem os serviços de diálises em questão, pois 86% dos serviços pesquisados são privados e oferecem serviços através de contratos com a esfera pública no âmbito do SUS para a complementaridade de serviços, nesse caso a oferta de TRS.

Mendes et al. (2011) afirmam que a mercantilização e privatização da saúde é um dos aspectos que colabora para o desmonte do SUS, o que fragmenta as ações curativas e preventivas e impacta também na integralidade da saúde. Além disso, essa situação promove a criação de dois subsistemas: um referente ao atendimento básico, que seria de responsabilidade do Estado, e outro de atendimento de Média e Alta Complexidade, que são de interesse do setor privado. Muitas são as estratégias que visam o desmantelamento do sistema único de saúde, uma delas que evidenciamos no decorrer das entrevistas é a questão do subfinanciamento da saúde, o que nos remete a uma reflexão sobre a estruturação e o gerenciamento do financiamento do sistema.

Ressalta-se que a fonte de receita da saúde é proveniente dos recursos destinados à Seguridade Social, que é financiada direta ou indiretamente pela sociedade a partir dos recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de contribuições sociais.

O Fundo Nacional de Saúde foi criado a partir da Lei n. 8142 de 1990, a qual diz que cada esfera de governo deve gerir os recursos financeiros repassados para a Saúde. Esse repasse acontece somente se os Estados e Municípios tiverem Fundo de Saúde, Conselho de

Saúde, Plano de Saúde e Relatório de Gestão e contrapartida de recursos em seus orçamentos. (BRASIL, 1990b)

É importante ressaltar que o financiamento federal da saúde é dividido em 06 blocos, que são:

- a) Bloco da Atenção Básica;
- b) Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- c) Bloco de Vigilância em Saúde;
- d) Bloco de Assistência Farmacêutica;
- e) Bloco de Gestão do SUS;
- f) Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

A Nefrologia situa-se no Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade e, por ser um serviço de Alta Complexidade, é custeada com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), que são transferidos regularmente do Fundo Nacional de Saúde para os estados e municípios após a apuração da produção aprovada e registrada na base de dados do Sistema de Informação Ambulatorial.

O FAEC surgiu em 1999 com o objetivo de garantir financiamento a procedimentos de Alta Complexidade ou àqueles considerados, pelo Ministério da Saúde, decorrentes de ações estratégicas. Os procedimentos pagos através desse fundo não oneram o teto de financiamento da saúde dos Estados, ou seja, ele é considerado um fundo “extrateto”, uma vez que todos os outros blocos de financiamento possuem limites de teto. O FAEC surgiu como uma das estratégias do Ministério da Saúde para “redução das diferenças regionais na alocação de recursos federais” (SOUZA, 2003, p. 459). Ainda segundo o autor, esse fundo hoje tem sido importante para a implementação de serviços de Alta Complexidade e a ampliação do acesso a esses procedimentos/serviços.

Em 2015, o repasse para o FAEC foi de R\$ 4.170.514.625,30, sendo que para a Nefrologia foi destinado o valor de R\$ 2.549.664.759,42. Conforme Pescuma Júnior e Mendes (2015), considerando-se todos os recursos do FAEC, a TRS é que apresenta maior percentual financeiro das transferências federais, sendo que no referido ano representou 61% do total de transferências realizadas. O repasse do recurso destinado à Nefrologia para o Rio Grande do Sul foi de 5% desse valor, totalizando um montante de R\$ 148.138.119,74.

No entanto, a aplicabilidade do recurso destinado à Nefrologia no Estado do Rio Grande do Sul não fica evidenciada a partir dos documentos consultados (Plano Plurianual do Estado, Lei Orçamentária Anual, Portal da Transparência do Estado, Sistema de Orçamento Público, Fundo Estadual da Saúde, Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde do Rio

Grande do Sul - COSEM/RS, Conselho Estadual de Saúde e Relatórios de Gestão), uma vez que não encontramos dados referentes ao orçamento, receitas e despesas da nefrologia e da Terapia Renal Substitutiva.

Porém a partir da análise do documento elaborado no *II Fórum pela Defesa do Tratamento Integral do Paciente Renal* e das entrevistas realizadas evidenciamos que o dispêndio desse recurso não supre as despesas dos serviços que ofertam a Terapia Renal Substitutiva.

[...] o SUS paga R\$ 179,00 a sessão... Mas pela sociedade brasileira e por todas essas coisas que se deu, diz-se que o valor da sessão está em torno de R\$ 243,00 / R\$ 248,00. Então não paga a sessão. Se tu colocar o gasto todo, incluindo o transporte, material humano, estrutura... (ASSISTENTE SOCIAL 4).

Segundo a Assistente Social 7 “[...] questão da diálise hoje em dia, que é um serviço que ele está se autoflagelando, está se sucateando porque o governo não tá dando a atenção que deveria dar... A gente sempre enfrentou dificuldades, com atraso, falta de reajuste”. Em carta aberta elaborada no *II Fórum pela Defesa do Tratamento Integral do Paciente Renal*, há o seguinte depoimento: “sem reajuste há três anos, o valor recebido para realizar uma sessão de hemodiálise vem progressivamente perdendo valor, cobrindo hoje em dia apenas 50% dos custos deste procedimento.”

Muitas são as estratégias de redução de gastos desses serviços na tentativa de sobreviver à ofensiva do capital. Entre essas, podemos destacar a contenção nos custos com o lanche ofertado, a redução (ou até mesmo o corte) na oferta do transporte para esses usuários e a diminuição dos turnos para tratamento.

A Assistente Social 5 afirma que “[...] esse novo projeto do transporte que foi que nos tirou todo o sono, nós reduzimos de 5 turnos para 3 turnos”.

Eu acho que as dificuldades assim... Até o lanche, as dificuldades financeiras, entendeu? Eu acho que poderia ser melhor. A estrutura física aqui, a gente até tem, mas a gente gostaria que fosse melhor e por falta de condições financeiras não se tem. Por uma cadeira melhor... (ASSISTENTE SOCIAL 4).

A gente não conseguiu mais dar essa continuidade em função de custos, né? Porque isso aí o SUS não nos repassa, é mantido pela própria clínica e como não é direito dos pacientes, o transporte, é uma concessão da empresa fornecer, se forneceu enquanto deu, mas agora em função de toda essa crise aí, não estamos conseguindo mais... Como não podemos deixar cair o atendimento, a qualidade do atendimento, do tratamento. A gente não pode pecar de jeito nenhum, não pode deixar cair. Então no que se pensou: de alguma maneira tem que se diminuir custos então vamos diminuir custos daquilo que vai prejudicar, mas não tanto e vamos levar para o município, para o município arcar com isso daí. (ASSISTENTE SOCIAL 3).

O fato do recurso repassado não estar suprindo as despesas desses serviços de diálise impactam diretamente no trabalho desses profissionais que são intermediadores entre a instituição e os usuários e contribui para a precarização das condições de trabalho e da atenção destinada a essas pessoas que realizam o tratamento nesses locais.

Então tem toda essa coisa assim, hoje em dia, se a gente for pensar nessa questão, na falta de atenção específica para o tratamento de hemodiálise, isso está interferindo sim. Porque a gente poderia ter mais profissionais, nós poderíamos oferecer mais... E nós aqui somos uma clínica 100% SUS... Eu só quero te dizer que as dificuldades são maiores justamente por isso. Porque tu já tem a parte da questão da estrutura e até dos recursos... A gente acaba perdendo em qualidade de atendimento. (ASSISTENTE SOCIAL 7).

Sobre esse assunto, a Assistente Social 3 cita o seguinte: “[...] Eu diria dificuldade financeira maior em fazer um projeto maior.”

Além do deficit nos recursos destinados unicamente para a Terapia Renal Substitutiva, comprovamos que há uma carência também nos demais recursos para a saúde, como, por exemplo, a medicação e o transporte social, serviços que são imprescindíveis para a integralidade da atenção à saúde das pessoas em TRS.

A Assistente Social 4 cita que “[...] falta medicamento no município, falta... Qualquer situação de emergência que o paciente esteja enfrentando, ele não poder contar com a Prefeitura, não pode contar com o gestor do local.” A Assistente Social 2 também comenta esse problema ao dizer que “[...] as dificuldades são os recursos do Sistema Único de Saúde, né?”. Nesse sentido, a Assistente Social 5 fala que a dificuldade é “[...] a questão da medicação, a falta da medicação, a falta de alguns recursos que o município não fornece”, assim como a Assistente Social 6 que diz: “[...] falta de recursos... Mas o que os municípios tem nos dito: ‘olha, não recebemos verbas para isso’, ou ‘já foi’, ou ‘não temos previsão’”.

[...] [A dificuldade é] referente ao transporte, que isso é muito complicado no sentido de que a maioria dos pacientes não tem condições de vir para o tratamento, que eles não têm condições de vir de transporte coletivo, não têm carro próprio, não têm condições de pagar um táxi e muitas vezes não têm familiar que acompanhe e aí como é que vai vir se tratar, né? Aí precisa do transporte social que a demanda é muito grande pelo o que eles oferecem... Nem todos os pacientes que a gente encaminha para o transporte social conseguem... Medicamentos do Posto de Saúde também, eles pegam uma receita aqui e vão lá. De 10 itens eles conseguem 2. Então é difícil. (ASSISTENTE SOCIAL 3).

Destaca-se a contradição evidenciada na disputa dos dois projetos de saúde nesses serviços. De um lado o projeto privatista, no qual a assistência de Alta Complexidade passa a ser terceirizada para uma organização privada que tem o dever de se manter com os restritos

recursos financeiros repassados. Disputas que evidenciam a lógica de atender a dois senhores (o público e o privado), considerando a proposição do mercado da oferta e demanda, do clientelismo, tendo como objetivo maior o lucro, através da mercantilização da saúde. Do outro lado temos o projeto sanitarista, que prega a assistência à saúde de acesso universal, através do qual todos os serviços deveriam ser ofertados com qualidade e de forma igualitária, visando à integralidade da atenção à saúde baseada no seu conceito ampliado.

Para a Assistente Social 1, trata-se de “[...] uma coisa muito macro, é uma coisa de política pública mesmo, que não tem recurso para fazer, não tem profissional, não tem material, não tem equipamento.”

Obviamente, essa contradição se expressa no trabalho realizado na sua materialidade considerando todas as interfaces que o norteiam. “Verso e reverso” de uma delicada situação na qual os assistentes sociais, embasados por referências do projeto ético-político profissional, compreendem a essência das ações que devem ser desenvolvidas em um serviço de assistência à saúde, sob a perspectiva integral, ampliada, igualitária e de qualidade. Entretanto, esbarram na lógica mercantilista que move o serviço privado coroado pela escassez de recursos públicos, que contribuem para chancelar a concepção privatista, contrapondo-se às diretrizes da política de saúde/SUS.

4.1.4 Rede de atenção integral às pessoas em Terapia Renal Substitutiva: de qual rede falamos?

A Rede de Atenção à Saúde prevê, conforme a portaria 4279/2010, que a atenção à saúde seja centrada no indivíduo, que as ações sejam desenvolvidas intersetorialmente, que sejam efetivadas linhas de cuidado a partir da elaboração de diretrizes clínicas para o cuidado com foco na integralidade, entre outros. (BRASIL, 2010b).

Nesse sentido, já evidenciamos que as diretrizes clínicas elaboradas para o cuidado das pessoas com doença renal crônica são insuficientes para que essa atenção seja efetivada em uma perspectiva integral, uma vez que são pautadas exclusivamente para as questões clínicas da doença. Ademais, evidenciamos que o trabalho intersetorial se reduz ao encaminhamento dos usuários, conforme aponta a Assistente Social 2:

PSF: no encaminhamento para outras especialidades... Farmácia do Estado: no encaminhamento dos processos para a liberação da medicação especial, os outros eles retiram no próprio posto. Hospital: com internação, marcação de consulta para o transplante e encaminhamento da coleta de sangue para o transplante. INSS: marcação de perícia, consulta de processos, aposentadoria, BPC, auxílio doença e os

25%. Muitos me procuram por causa desses 25% [acrécimo de 25% na aposentadoria por invalidez]. (ASSISTENTE SOCIAL 2).

Com CRAS o que a gente mais tem de demanda que aparece é em relação a recursos como, por exemplo, cursos que eles têm, como Pronatec. Eles que encaminham, que está extremamente parado e nem tem previsão de ser retomado. Algumas cestas básicas, mas são casos extremamente pontuais, posso te dizer assim, de todos os pacientes, um caso. (ASSISTENTE SOCIAL 5).

Além disso, a Assistente Social 3 cita que “[...] através desse atendimento que se consegue encaminhar esse paciente para seus direitos, né?”. Nesse contexto, a Assistente Social 4 explica que “[...] os pacientes têm os postos, têm as redes básicas de saúde deles, né? E o encaminhamento eu dou, de habitação, de qualquer coisa que eu veja que ele tá tendo dificuldade eu encaminho tudo via prefeitura”.

Isso reflete diretamente na relação entre os profissionais os quais também não conseguem se articular para que o trabalho seja realizado interdisciplinarmente e intersetorialmente. Segundo a Assistente Social 7, “[...] a gente não consegue fazer essa relação com outros profissionais. É eventual que eu consigo assim, conselho tutelar”. A Assistente Social 1 também explica que “aí tem um descolamento muito grande assim entre a Assistência e a Saúde dentro da nossa categoria... ‘Isso não é meu.’. E eu sempre questiono isso. É o mesmo usuário que vem aqui na tua UBS, no teu CRAS.”

Tudo isso é reflexo do modo de organização das políticas sociais, que são elaboradas e implementadas de forma fragmentada, nas quais cada uma é responsável por incidir em um determinado “problema social”, em uma perspectiva de não percepção da totalidade que abarca a sociedade e os sujeitos que dela fazem parte e, com relação à saúde, desconsidera-a a partir do seu conceito ampliado. Nesse sentido, Pereira (2000, p. 179) aponta que as políticas sociais são elaboradas para garantir um mínimo de direitos à população e que “a radicalidade da focalização dos gastos e da cobertura no campo das políticas sociais tem criado [...] mais problemas que soluções”, uma vez que a tendência é de manutenção do *status quo* e de diminuição de direitos adquiridos.

A Assistente Social 3 fala sobre a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, reflexo da tendência de redução de direitos: “[...] a dificuldade que eles têm de conseguir uma consulta, né? Aqui eles têm o especialista nefrologista, mas precisa de qualquer outro médico, qualquer outra especialidade, há dificuldades de conseguir...”. A Assistente Social 3 fala também sobre os exames e cita que “[...] qualquer exame mais complexo tu não consegue... Realmente fora daqui não se tem.”

Postos de saúde que às vezes a gente tem que encaminhar para outras questões que às vezes eu também ligo porque ficam lá aguardando vascular. Então a gente faz o encaminhamento e agente fica ali ligando para o posto para ver se a gente consegue agilizar o atendimento porque agente sabe que... Existe um esquecimento, de estar lá mexendo. (ASSISTENTE SOCIAL 7).

Porque a gente não conseguia entender porque cada território tem 4 vagas de transporte para todas as especialidades médicas: oncologia, que engloba a quimioterapia e radioterapia, ortopedia, pacientes cadeirantes que precisam, hemodiálise. Então assim, os pacientes são praticamente sorteados. Então assim, a grande dificuldade hoje é como é que esse paciente vai se deslocar de sua residência? Então a Prefeitura não dá... A Política Pública não dá... Não é cumprida a legislação. (ASSISTENTE SOCIAL 1).

Percebemos que a desresponsabilização do Estado para com a efetivação e a garantia dos direitos sociais dos usuários transfere a responsabilidade para esses serviços de saúde e, conseqüentemente, a seus trabalhadores que têm a responsabilidade de promover a atenção integral a essas pessoas que estão vinculadas realizando terapia renal substitutiva.

Aí sabe o que a gente faz? A gente fornece, a gente dá um dinheiro para auxiliar. Auxilia para ela conseguir vir. Aí a gente dá toda a diálise para que ela venha... Para ela não perder a diálise... Daí como é que tu vai deixar... Tu sabe que eles não têm condições, tu sabe que o município não tá oferecendo, como é que tu não vai auxiliar, me diz? Daí a gente fornece né. (ASSISTENTE SOCIAL 4).

Como não se envolver diante de uma questão que mobiliza todos os sentimentos? Como ficar indiferente a tantas precariedades? Como não se envolver diante da gravidade da doença, da situação de vulnerabilidade ao qual estão expostos e de tanta fragmentação?

Percebemos que essa fragmentação da atenção à saúde é institucionalizada nesses serviços e se expressa exatamente na efetivação do trabalho que divide pacientes por hierarquia, entre o conveniado e o paciente do SUS. A Assistente Social 7 explica que “como é dividido paciente convênio e paciente SUS... o paciente SUS, eles têm as demandas sociais mais difíceis, mas é relativo assim...”.

Para as assistentes sociais desses espaços sócio-ocupacionais é preservada a compreensão da necessária integração (trabalho, política e ética profissional) para que ocorra a consolidação da rede de atenção integral às pessoas com doença renal crônica.

A Assistente Social 1 afirma sua percepção sobre o cuidado oferecido: “eu acho que poderia efetivar esse cuidado se a gente pudesse mais trabalhar em conjunto, não só aqui, mas com a rede de serviços, posto de saúde, UBS e é muito difícil”. Da mesma forma, a Assistente Social 5 afirma que percebe-se “[...] a falta de tu ter uma rede nesse sentido mais integrada”.

Uma das estratégias de enfrentamento dessa situação pelos serviços de diálise é a busca do apoio da família como um subterfúgio para o atendimento das necessidades de saúde desses pacientes. Além do papel de apoio no tratamento, elas acabam sendo responsabilizadas pelo mesmo.

[...] a gente busca a família como centro e muitas vezes a família não tem. E não tem mesmo! Quem vai ter disponibilidade de trazer uma pessoa para a hemodiálise três vezes por semana? Uma pessoa que sai muitas vezes da diálise debilitado. Então é muito complicado. O caos que está isso... A beira do caos... É o sucateamento da saúde. (ASSISTENTE SOCIAL 1).

Trata-se, portanto, de um imenso desafio posto para a equipe e especialmente para os assistentes sociais e aos demais trabalhadores da saúde que atuam em consonância com seu projeto ético-político e o projeto sanitário, tendo em vista a superação da ordem vigente.

5 CONCLUSÕES

A realização desta pesquisa buscou compreender como se configura a atenção integral às pessoas com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. Nesse sentido, o estudo permite algumas reflexões, as quais destacamos na sequência.

Os resultados do estudo evidenciam alguns fatores que incidem na atenção integral às pessoas com doença renal crônica em Terapia Renal Substitutiva, entre elas destacamos a precarização do e no trabalho, a falta de articulação da rede de atenção e a crescente redução de recursos públicos que também vão refletindo na efetivação da rede de atenção a essas pessoas.

Ainda, a precarização do trabalho, desencadeada também pelo acúmulo de demandas, aponta para a focalização e burocratização das atividades, incidindo no trabalho do assistente social que, em algumas vezes, se reduz ao encaminhamento dos usuários para serviços de outras políticas para que possam ter acesso a seus direitos.

A não efetivação da rede de atenção integral às pessoas com doença renal crônica em Terapia Renal Substitutiva impacta-se com um tensionamento entre o trabalho realizado, reflexo da elaboração e implementação das políticas sociais atrelados a questão do subfinanciamento da saúde, e o preconizado pela política de saúde que norteia o trabalho interdisciplinar e intersetorial na perspectiva da atenção integral.

A inexistência de um fluxo que dê mobilidade à rede, na qual as pessoas com doença renal crônica em TRS possam se beneficiar da atenção integral resultante de um sistema de referência e contrarreferência, expõe as fragilidades e os desafios a serem enfrentados para que ocorra a efetivação plena.

O projeto privatista que emoldura a política neoliberal encontra solo fértil para avançar, a passos largos, em direção da hegemonia neoliberal, rebatendo diretamente na assistência à saúde e na maneira como ela é ofertada e acessada pelas pessoas junto ao Sistema Único de Saúde.

A saúde é um direito universal de acesso igualitário e este direito deve guiar não apenas os assistentes sociais, mas toda a equipe comprometida, através do acesso igualitário aos recursos, à saúde e ao exercício pleno da cidadania.

As inquietações iniciais que mobilizaram e deram potência para a realização da investigação permanecem vivas, uma vez que os pacientes atendidos no hospital e referendados à rede retornam ao hospital. Lamentável constatação! Ao não serem

incorporados na rede de atenção integral, torna-se parte daqueles que não aderem ao tratamento e, portanto, o recurso principal ao qual recorrem é ao hospital.

Torna-se evidente o antagonismo entre o projeto ético-político e a ofensiva neoliberal, que impõe imensos desafios para a equipe e para os assistentes sociais, que por um lado se veem diante de uma realidade marcada pela liquidação de direitos, sucateamento dos serviços públicos, desnacionalização da economia, desemprego, desproteção social, cortes dos recursos para os serviços e privatização do estado, penalizando a população, e, por outro, seu compromisso com o projeto ético-político, radicalmente democrático e que defende a justiça social e a universalização do acesso a bens e serviços.

Contrariando a política de atenção integral às pessoas que estão em TRS, a doença segue sendo uma das grandes preocupações para a saúde pública, considerando-se seu vertiginoso crescimento. O peso da responsabilidade de fazer “mover” a rede de atenção integral colocada para o assistente social somada à grande demanda do serviço deixa claro que *“uma andorinha só não faz verão”!*

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de et al. Formação médica na UFSB: I. Bacharelado interdisciplinar em saúde no primeiro ciclo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 337-348, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 maio 2016.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Org.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. p. 29-60.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. 1. reimp. Brasília: Letras Livres: Editora UNB, 2008. 324p.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 21 abr. 2016.

BRASIL. **Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 mai. 2016.

BRASIL. **Portaria n. 1168/GM, de 15 de junho de 2004**. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm>. Acesso em: 21 jun. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. p. 75.

BRASIL. **Lei n. 12.317, de 26 de agosto de 2010**. Acrescenta dispositivo à Lei n. 8862, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do assistente social. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12317.htm>. Acesso em: 20 maio 2016.

BRASIL. **Portaria n. 4279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2015.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Insuficiência renal crônica. **Dicas em saúde**. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/228_insuf_renal2.html>. Acesso em: 14 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. **Indicadores de morbidade**. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d22.def>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. p. 37.

BRASIL. **Portaria n. 389, de 13 de março de 2014**. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html>. Acesso em: 07 set. 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. Brasília: Cortez, 2009. p. 88-110.

_____. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013. p. 177.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório final**. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010.

FIGUEIREDO, Viviane Mauricio. **Serviço Social e Política de Saúde no Brasil: estudo de uma experiência em um hospital universitário**. 2012. 120 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2012. p. 156.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015. p. 27.

_____; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 13. ed. São Paulo: Cortez, CELATS, 2000. p. 77.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.

Disponível em:

<<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=4722&i=P&nome=on&opn21=0&tab=4722&unit=0&pov=1&poc2=1&opc1=1&OpcTipoNivt=1&opn1=2&nivt=0&poc1=1&orp=5&qtu3=27&opv=1&opc2=1&sec1=6795&pop=1&opn2=0&qtu21=5&orv=2&orc2=3&qtu2=5&opn22=0&sev=4693&sec2=6794&opp=f1&opn3=0&qtu6=27&orc1=4&qtu1=1&cabec=on&sep=49317&orn=1&pon=1&opn6=0&OpcCara=44&proc=1&qtu22=1&decm=99>>.

Acesso em: 08 jun. 2016.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. Interdisciplinaridade. In: FERNANDES, Rosa M. Castilhos; HELLMANN, Aline (Org.). **Dicionário Crítico**: política de assistência social no Brasil. Porto Alegre: UFRGS, 2016, p. 153-156.

_____; SILVEIRA, Esalva Maria Carvalho. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 233-251, 2007.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MARTINS, Marielza R. Ismael; CESARINO, Claudia Bernardi. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 670-676, 2005. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0106/pdfs/IS26\(1\)017.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0106/pdfs/IS26(1)017.pdf)>. Acesso em: 07 set. 2014.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Org.). **Políticas de Saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. p. 61-80.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

_____. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, Jussara Maria Rosa et al. Gestão na saúde: da Reforma Sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 331 - 344, 2011.

MOREIRA, Carlos Felipe Nunes. **O trabalho com grupos em Serviço Social: a dinâmica de grupo como estratégia para reflexão crítica.** São Paulo: Cortez, 2013. p. 76.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e a as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 4. ed. Brasília: Cortez, 2009. p. 224.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **O projeto terapêutico e as mudanças no modo de produzir saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec. 2010. 204 p.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção à Saúde no Brasil. In: **Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 15 -40.

_____; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [S. l.], v. 1, p. 11-31, 2011. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2015.

PASTOR, Márcia; BREVILHERI, Eliane Cristina Lopes. Intersetorialidade. In: FERNANDES, Rosa M. Castilhos; HELLMANN, Aline (Org.). **Dicionário Crítico: política de assistência social no Brasil.** Porto Alegre: UFRGS, 2016, p. 157-160.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** São Paulo: Cortez, 2000.

PESCUMA JÚNIOR, Antonio; MENDES, Áquilas. O Fundo Nacional de Saúde e a Prioridade da Média e Alta Complexidade. **Argumentum**, Vitória - ES, v. 7, n. 2, p. 161-177, 2015.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 05 maio 2016.

RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; ROCHA, Regina Lunardi; RAMOS-JORGE, Maria Letícia. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2316-2322, 2010.

ROMÃO JUNIOR, João Egídio. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. XXVI, n. 3, p. 1-3, 2004.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SIQUEIRA, José Eduardo de. 25 anos do SUS: o que há para comemorar? **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 56-64, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFOLOGIA. **Censo de Diálise SBN 2013**. Disponível em: <http://sbn.org.br/pdf/censo_2013_publico_leigo.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2015.

SOUZA, Renilson Rehem de. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 449-460, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 jun. 2016.

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

_____. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. Brasília: Cortez, 2009. p. 242 - 272.

WÜNSCH, Dolores Sanches; MENDES, Jussara Maria Rosa. Processos de trabalho e a instrumentalização do trabalho profissional nas dimensões da competência profissional. In: LEWGOY, Alzira Maria Baptista; CARLOS, Sergio Antonio (Org.). **Supervisão de Estágio em Serviço Social: uma perspectiva de formação permanente**. Porto Alegre: PROREXT/UFRGS, 2014, p. 69-82.

APÊNDICE A - Projeto de pesquisa – Trabalho de Conclusão de Curso I

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**PROJETO DE PESQUISA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**DESAFIO DA INTEGRALIDADE NO SUS: a atenção integral às pessoas com
doença renal crônica em terapia renal substitutiva**

Juliana Martins

Orientadora: Profa. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes

Porto Alegre/RS, outubro de 2015

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	70
2. OBJETIVOS.....	74
2.1. Objetivo Geral.....	74
2.2. Objetivo Específico.....	74
3. PROBLEMA DE PESQUISA.....	75
4. HIPÓTESE E QUESTÕES NORTEADORAS.....	75
5. METODOLOGIA.....	76
6. METAS E PRODUTOS.....	77
7. CRONOGRAMA.....	78
8. ORÇAMENTO E CUSTOS.....	78
REFERÊNCIAS.....	79

1 INTRODUÇÃO

Este projeto surge a partir da experiência proporcionada pelo processo de Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social, o qual foi realizado ao longo de três semestres (2014/1, 2014/2 e 2015/1), no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pontualmente no Setor de Nefrologia.

O Hospital de Clínicas é uma instituição pública de direito privado que tem com prerrogativa oferecer serviços assistenciais à comunidade do Estado atendendo majoritariamente os pacientes do SUS. Também é interligado à rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O hospital disponibiliza área para o ensino em conjunto com a Universidade, além de fomentar a realização de pesquisas científicas e tecnológicas. (HCPA, 2014).

Nesse sentido oferece assistência integral à saúde de todo o cidadão, ajuda a formar e qualificar profissionais e está na linha de frente da produção de conhecimentos, visando ser um referencial público de alta confiabilidade em saúde e que tem como missão institucional prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimento, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania. Seus valores institucionais possuem como diretrizes o respeito à pessoa, a competência técnica, o trabalho em equipe, o comprometimento institucional, a austeridade e a responsabilidade social. (HCPA, 2014).

O Serviço Social do HCPA tem como objetivo identificar os determinantes sociais no processo de saúde e doença propondo-se a articular ações nos diferentes níveis de atenção à saúde, visando o atendimento integral dos usuários e a garantia de acesso aos seus direitos (HCPA, 2014). Dentro do Setor de Nefrologia, o assistente social é requisitado a integrar a equipe multiprofissional nos Programas de Transplante Renal e de Diálise Crônica (hemodiálise e diálise peritoneal)¹, compreendendo que o processo de adoecimento é uma expressão da questão social, cujas configurações “[...] integram tanto determinantes históricos objetivos que condicionam a vida dos indivíduos sociais, quanto dimensões subjetivas, fruto da ação dos sujeitos na construção da história” (IAMAMOTO, 2012. p. 156).

Nessa perspectiva o processo saúde doença vai além da compreensão de saúde como

¹ Hemodiálise: tipo de diálise que tem como objetivo filtrar o sangue através de uma máquina. A diálise peritoneal também é um método de substituição renal realizada através do peritônio (membrana que reveste a barriga).

ausência de doenças, mas ressalta-se a importância da influência de diversos fatores que influenciam nas condições de saúde

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades sociais nos níveis de vida. (MATTA, 2007).

A Política de Saúde atua em consonância com o conceito ampliado de saúde exposto acima e prevê o atendimento de toda a população, por meio do Sistema Único de Saúde, através de seus princípios básicos: a universalidade pressupõe que todos os cidadãos tenham acesso à saúde, sem qualquer tipo de contribuição, trazendo assim a noção de direito. Quanto à integralidade, ela supõe que os usuários tenham atendidas todas as suas necessidades em qualquer nível de atenção à saúde. Por fim, a equidade é um princípio “fruto de um dos maiores e históricos problemas da nação: as iniquidades sociais e econômicas. Essas iniquidades levam à desigualdade no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde.” (MATTA, 2007, p. 69).

Considerando os princípios do SUS e da compreensão da saúde a partir de seus determinantes sociais, cabe ressaltar que um dos objetivos do Sistema Único de Saúde, entre outros, é dar “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990).

Apesar dos avanços do SUS nos últimos anos, as ações assistenciais e preventivas ainda são oferecidas de maneira fragmentada pelo sistema e têm sido insuficientes para sanar as necessidades de saúde da população brasileira, tendo em vista que o país apresenta diferentes contextos regionais, sociais e econômicos nos quais essas necessidades se expressam de maneiras diversificadas. Constata-se, ainda, um acréscimo da prevalência das doenças crônicas, que podem ser evitadas se tratadas as condições agudas. (BRASIL, 2010).

Como forma de enfrentamento dessa situação, o governo promove, em 2010, a instituição das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS a qual busca garantir a integralidade do cuidado a partir da promoção da integração de ações e serviços de saúde com a efetivação de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada e pela melhoria dos Serviços em termos de acesso, equidade, eficiência e eficácia. Requer relações horizontais entre os serviços que compõe o Sistema de Saúde, atenção contínua, cuidado

multiprofissional e compartilhamento de objetivos e compromissos, tendo a Atenção Primária como centro de comunicação e sendo as ações centradas nas necessidades em saúde.

Dessa forma, a organização da Rede de Atenção e as ofertas dos serviços de saúde são prestadas em três níveis de atenção: Atenção Primária ou Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade.

A Atenção Básica, conforme Paim et al. (2011), tem como objetivos: oferecer acesso universal e serviços abrangentes à população, expandir o acesso a serviços mais complexos de cuidado, como hospitais, e executar ações intersetoriais de promoção à saúde e prevenção às doenças. A Média Complexidade é composta pelos serviços especializados que atendem necessidades específicas e não são ofertados pela Atenção Básica. A Alta Complexidade, por fim, diz respeito aos serviços considerados mais complexos e de alto custo que devem ser realizados em hospitais.

Considerando-se, portanto, as três esferas de atenção à saúde organizadas a partir da Política de Saúde, entendemos que a articulação entre elas se torna um importante caminho para a promoção do cuidado integral à saúde do paciente. Uma vez que hoje, conforme Malta e Merhy (2010), a saúde é produzida a partir de um *modelo prescritivo*, que apenas executa o procedimento, desconsiderando todos os fatores que determinam o processo saúde-doença. Logo, torna-se fundamental repensar esse modo de saúde além da burocracia, transformando-o em um modelo de cuidado do outro, que prioriza o usuário e suas reais necessidades. Nesse sentido é que compreendemos a integralidade como a integração dos três níveis de assistência à saúde em um trabalho de rede visando o atendimento das necessidades de saúde. Esse modelo permite um melhor enfrentamento das doenças crônicas e, entre elas, destacamos a doença renal crônica.

De acordo com o Censo de Diálise de 2013, a faixa etária com maior número de pacientes renais crônicos é entre os 19 e 60 anos, sendo que a ocorrência de pessoas com insuficiência renal vem aumentando gradativamente ao longo dos anos. De 2000 para 2013, por exemplo, o número de pessoas com essa insuficiência cresceu em 138%, de 42.695 para 100.397, sendo que dessas pessoas 84% são atendidas pelo SUS. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2013).

Considerando a importância epidemiológica das doenças renais e da insuficiência renal crônica no Brasil, a magnitude social da doença renal na população, as suas consequências e as condições atuais de acesso da população brasileira aos procedimentos de Terapia Renal Substitutiva (TRS), tendo-se em vista também a elevada prevalência de patologias que levam às doenças renais, acreditava-se ser possível intervir na história natural

da doença renal. (BRASIL, 2004).

Com esse intuito, foi necessário estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que estabelecesse uma linha de cuidados integrais e integrados no manejo das principais causas das doenças renais, com o objetivo de minimizar o dano da doença renal no país, melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado em nefrologia e melhorar o acesso do paciente à Terapia Renal Substitutiva. Além disso, buscava-se estimular a atenção integral às patologias que, com maior frequência, levam à doença renal, por meio da implantação e implementação de medidas de prevenção e controle, nos três níveis de atenção. (BRASIL, 2004).

Assim, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral ao Portador de Doença Renal, Portaria n. 1168/GM, 2004, que

visa prevenir a doença mediante promoção da saúde, diminuição do número de casos e minimização dos agravos da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, que são patologias prevalentes e determinantes da doença renal na população. Assim, ao lado do atendimento de Média e Alta Complexidade do paciente que já desenvolveu a doença renal crônica, é necessário o aperfeiçoamento da Atenção Primária, afim de que o surgimento de novos pacientes crônicos possa ser reduzido, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros. (BRASIL, 2004).

Dessa forma, evidencia-se que a pessoa com doença renal crônica tem o seu tratamento perpassado pelos três níveis de complexidade do sistema de saúde, pois na Atenção Primária são trabalhados com os usuários (em uma perspectiva de prevenção) estratégias de enfrentamento para a diminuição dos fatores de risco prevalentes e vinculação desses pacientes com centros especializados (Média Complexidade) para confirmação diagnóstica e efetivo tratamento. Já a Alta Complexidade é acessada para a realização de terapia renal substitutiva e acompanhamento com especialistas.

Torna-se necessário e fundamental, portanto, pensar a saúde a partir do cuidado integral e o profissional como cuidador da saúde do usuário, compreendendo a particularidade de cada usuário na sua totalidade. Para tanto, destaca-se a importância da Atenção Básica na prevenção das doenças crônicas que, por estar mais próxima dos usuários, do território, dos modos de viver, tem maior possibilidade de identificar os determinantes e condicionantes que produzem e reproduzem os modos de vida e dos fatores que influenciam no aparecimento das doenças crônicas. Dessa forma também há maior possibilidade de pensar ações e estratégias que objetivem a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Logo, torna-se imprescindível um olhar mais atento e uma escuta mais dedicada a fim

de desvelar a real necessidade desses usuários. Assim, é interessante destacar a importância da participação do usuário nas decisões sobre sua vida e seu tratamento e de considerar a opinião do paciente, que promove sua aproximação com a equipe, possibilitando a criação de um vínculo de confiança entre eles e, conseqüentemente, contribui para a promoção da autonomia deste usuário, pois ele também é corresponsável pelo seu cuidado.

Reconhecemos que o acolhimento desses pacientes deverá propor a articulação entre os serviços de saúde a fim de construir a linha de cuidado para o fortalecimento da rede de serviços que atendam suas necessidades e garantam o acesso aos seus direitos, bem como o acompanhamento durante seu processo saúde-doença a fim de promover o fortalecimento do cuidado integral desses pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar qual é a contribuição do trabalho do assistente social para que se efetive a atenção integral aos usuários do Sistema Único de Saúde com doença renal crônica em terapia renal substitutiva, a fim de trazer subsídios para o fortalecimento da rede de atenção à saúde.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

- a) verificar como se desenvolve o trabalho do assistente social no cuidado integral dos usuários com doença renal crônica;
- b) evidenciar a percepção dos assistentes sociais dos serviços de saúde sobre a efetividade das instâncias de cuidado disponibilizadas aos usuários com doença renal crônica;
- c) compreender como está articulada a rede de serviços de atenção integral à saúde dos usuários com doença renal crônica;
- d) identificar os determinantes e condicionantes do cuidado integral aos usuários com doença renal crônica.

3 PROBLEMA DE PESQUISA

A proposta da efetivação do cuidado integral, permite a compreensão de que cada usuário está inserido em um contexto e de que as suas as necessidades de saúde se apresentam de forma distinta aos serviços de saúde, não sendo possível encaixar esse sujeito em um “cardápio de ofertas” (OLIVEIRA, 2010, p. 38) proposto nesses serviços.

Portanto busca-se, com essa proposta, compreender: como se configura o cuidado integral ao paciente com doença renal crônica em terapia renal substitutiva?

Ressaltamos que esse tema é muito importante para avançarmos na discussão do cuidado em saúde, em uma perspectiva mais humana e menos burocrática, posto o desafio de construção de uma perspectiva de instituição do cuidado integral como forma de enfrentamento da doença crônica renal a partir de uma perspectiva que vai além das instituições em si, mas abrange uma compreensão macropolítica quando pensamos na organização e na gestão desse cuidado integral para garanti-lo sem intercorrências. (MALTA; MERHY, 2010).

A promoção do cuidado integral torna-se possível, a partir da percepção de Malta e Merhy (2010), considerando-se que esse cuidado deve ter como objeto de intervenção as necessidades reais de saúde dos pacientes utilizando, para isso, as tecnologias leves, o suporte de um cuidador, a rede de serviços intersetoriais, que deve ser construída conforme essas necessidades, o acesso aos recursos e a atuação nos determinantes sociais.

4 HIPÓTESE E QUESTÕES NORTEADORAS

Tendo em vista o crescimento epidemiológico das doenças renais no Brasil e a ocorrência de usuários em terapia renal substitutiva, entende-se que existe uma fragilidade da rede de atenção à saúde e identifica-se que ela se expressa na tensão entre o acesso e a materialização do princípio da integralidade, preconizado pela política de saúde.

A implementação do SUS exige dos profissionais novas configurações na organização do trabalho em saúde, de forma que sejam convergidas para a descentralização, universalização e participação popular conforme prerrogativa do movimento sanitário. (CFESS, 2010).

Assim, percebe-se que é imperativo aos profissionais o entendimento do seu trabalho, enquanto profissional da saúde, constituinte de uma equipe multiprofissional, visando

identificar as necessidades de saúde que interferem no processo saúde-doença e afetam os determinantes sociais. O profissional deve ter como finalidade articular ações nos diferentes níveis de atenção à saúde e vinculá-las aos serviços disponibilizados que constituem essa rede de atenção como, por exemplo, aos Postos de Saúde, CRAS, CREAS, entre outros; que possam efetivar os princípios do SUS e, em especial, o da integralidade.

Considerando que os determinantes sociais condicionam o processo saúde-doença dos usuários, é fundamental para a superação do modelo hospitalocêntrico hegemônico, o trabalho multi/interdisciplinar realizado pela equipe, a horizontalização dos níveis de complexidades da saúde e a intersetorialidade das políticas.

Ressalta-se ainda que as novas configurações do trabalho, caracterizadas pela subordinação e a terceirização dos serviços, exige dos trabalhadores uma hipersolicitação com relação aos resultados, também atinge o setor da saúde, no qual sua produtividade é exigida conforme o número de atendimentos realizados. Isso contribui para o modelo curativo do corpo doente em detrimento da qualidade do atendimento e da práxis da intervenção.

Nesse sentido, torna-se fundamental pensar algumas questões norteadoras para orientar a investigação, que são:

- a) como se desenvolve o trabalho do assistente social no cuidado integral dos pacientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva?;
- b) qual é o entendimento dos assistentes sociais com relação ao trabalho a ser realizado em cada nível da rede de atenção à saúde, visando a efetivação do cuidado integral aos usuários com doença renal crônica em terapia renal substitutiva?;
- c) como ocorre a articulação entre os níveis de atenção na efetivação do cuidado integral ao paciente com insuficiência renal crônica em hemodiálise?;
- d) quais são os fatores condicionantes e determinantes para a linha do cuidado integral dos usuários com doença renal crônica em terapia renal substitutiva?

5 METODOLOGIA

O estudo orienta-se pelo método materialismo-dialético-histórico, que permite a compreensão da realidade e suas contradições e do seu contexto sócio-histórico, além do entendimento de que esta realidade está em constante transformação.

A investigação utilizará abordagem mista, tendo como categorias centrais explicativas da realidade para o estudo: trabalho, cuidado, integralidade e saúde. (MINAYO, 2010).

Como recurso metodológico, utilizaremos dados advindos de formas primárias e secundárias que serão analisadas através da técnica de triangulação dos dados de diversas fontes de informação para a explicação dessa realidade.

A fonte primária será constituída de questionário aplicado aos assistentes sociais que atendam os usuários com doença renal crônica nas clínicas de terapia renal substitutiva e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Já as fontes secundárias serão constituídas de corpus documental a partir da revisão bibliográfica de produções dos últimos cinco anos sobre a temática em questão.

A amostra dos sujeitos será composta por assistentes sociais trabalhadores em Clínicas Nefrológicas que oferecem terapia renal substitutiva na cidade de Porto Alegre e na Grande Porto Alegre, cujos pacientes foram atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e que foram sujeitos do projeto de intervenção realizado no período de dezembro de 2014 a abril de 2015.

Será utilizado como instrumento de pesquisa um questionário (Apêndice I), que deverá ser aplicado pessoalmente ou através de e-mail quando não houver a possibilidade de encontro.

O tratamento dos dados será realizado através da análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), a partir de um roteiro iniciando com a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados, os quais serão sistematizados através de gráficos e tabelas ou de maneira descritiva.

Quanto às questões éticas, o projeto será submetido ao Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFRGS, visando à obtenção de aprovação para a realização do estudo, preservando a total liberdade dos sujeitos em optar por sua participação na pesquisa, sem qualquer forma de constrangimento. Ressalta-se que a pesquisa pode oferecer risco mínimo aos participantes pelo desconforto ao responderem o questionário sobre o seu trabalho profissional. Será igualmente garantido o sigilo das fontes de informações e, além disso, utilizar-se-á o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os resultados da pesquisa serão utilizados no Trabalho de Conclusão de Curso da aluna, que deverá gerar a publicação de artigo.

6 METAS E PRODUTOS

Ao término da pesquisa identifica-se a possibilidade dos seguintes produtos:

- a) desenvolver o trabalho de conclusão de curso da aluna;

- b) publicar um artigo em periódico sobre o assunto;
- c) dar visibilidade para os diferentes fatores que determinam o cuidado integral nos três níveis de atenção;
- d) contribuir para a proposição de ações para qualificar a atenção integral aos usuários com doença renal crônica em terapia renal substitutiva.

7 CRONOGRAMA

Etapas	2015	2016						
	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
Construção do projeto de pesquisa								
Elaboração do instrumento de coleta de dados								
Encaminhamento ao Comitê de Ética								
Revisão de literatura								
Realização da coleta de dados								
Análise dos dados								
Elaboração de relatório								
Elaboração de artigo								

8 ORÇAMENTO E CUSTOS

Item	Unidade	Valor	Subtotal
Computador	1	R\$ 1500,00	R\$ 1500,00
Gravador	1	R\$ 300,00	R\$ 300,00
Folhas	100	R\$ 0,10	R\$ 10,00
Canetas	5	R\$ 3,00	R\$ 15,00
Lápis	5	R\$ 2,00	R\$ 10,00
Passagens	40	R\$ 8,00	R\$ 320,00
Total			R\$ 2.155,00

Ressalta-se que os gastos referentes à pesquisa serão custeados pela pesquisadora.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 04 jul. 2014.

BRASIL. **Portaria n. 4279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2015.

BRASIL. **Portaria n. 1168/GM, de 15 de junho de 2004**. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm>. Acesso em: 21 jun. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Histórico**. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/13/97/>> Acesso em: 04 jul. 2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2012. p. 156.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **O projeto terapêutico e as mudanças no modo de produzir saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec. 2010. 204 p.

PAIM, Jairnilson Silva; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [S. l.], v. 1, p. 11-31, 2011. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2015.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFOLOGIA. **Censo de Diálise SBN 2013**. Disponível em: <http://sbn.org.br/pdf/censo_2013_publico_leigo.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2015.

APÊNDICE B - Parecer da Comissão de Pesquisa de Psicologia
(Aprovado em 07/12/2015)

Informamos que o projeto de pesquisa *DESAFIO DA INTEGRALIDADE NO SUS: o cuidado integral aos pacientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva* encaminhado para análise em 05/11/2015 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Psicologia com o seguinte parecer:

Prezada Pesquisadora Profa. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes

Informamos que o projeto de pesquisa *DESAFIO DA INTEGRALIDADE NO SUS: o cuidado integral aos pacientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva* encaminhado para análise, preenche os requisitos em conformidade com a Resolução 01/2013 da Campesq.

Fundamentação Teórica, pertinência e valor científico do estudo. Trata-se de temática relevante considerando o cuidado em saúde na perspectiva de instituição do cuidado integral é uma forma de enfrentamento da doença crônica renal, perspectiva que vai para além das instituições em si, abrange uma compreensão macro política na organização e gestão desse cuidado integral. A arquitetura do projeto de pesquisa está adequada e atende os pressupostos científicos para a realização do estudo. Encontra-se explicitado de forma coerente o caminho teórico e metodológico adotado e a fundamentação teórica é consistente e atual. Destaca-se a contribuição do estudo para dar visibilidade e ampliar o conhecimento sobre a questão do cuidado integral aos usuários do Sistema Único de Saúde com doença renal crônica em terapia renal substitutiva.

Objetivos

Geral:

Identificar qual é a contribuição do trabalho do assistente social para que se efetive o cuidado integral aos usuários do Sistema Único de Saúde com doença renal crônica em terapia renal substitutiva, a fim de trazer subsídios para o fortalecimento da rede de atenção à saúde.

Específicos:

- a) verificar como se desenvolve o trabalho do assistente social no cuidado integral dos usuários com doença renal crônica;
- b) evidenciar a percepção dos assistentes sociais dos serviços de saúde sobre a efetividade das instâncias de cuidado disponibilizadas aos usuários com doença renal crônica;
- c) compreender como está articulada a rede de serviços de atenção integral à saúde dos usuários com doença renal crônica;
- d) identificar os determinantes e condicionantes do cuidado integral aos usuários com doença renal crônica.

Metodologia e Viabilidade de Execução:

A investigação será realizada através de abordagem mista, tendo como categorias centrais explicativas da realidade para o estudo: trabalho, cuidado, integralidade e saúde. A pesquisa desenvolver-se-á junto aos assistentes sociais que atendam os usuários com doença renal crônica nas clínicas de terapia renal substitutiva. A fonte primária será constituída de questionário e as fontes secundárias constituídas de corpus documental a partir da revisão bibliográfica de produções dos últimos cinco anos sobre a temática em questão. A amostra dos sujeitos será composta por assistentes sociais trabalhadores em Clínicas Nefrológicas que oferecem terapia renal substitutiva na cidade de Porto Alegre e Grande Porto Alegre para as quais os pacientes atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e que foram sujeitos do projeto de intervenção realizado no período de dezembro/2014 a abril/2015. Os critérios de seleção encontram-se bem definidos, bem como, a análise das informações e os critérios da ética em pesquisa.

Cronograma

Adequado à pesquisa e exequível para o período pretendido.

Atenciosamente

Comissão de Pesquisa de Psicologia

APÊNDICE C - Instrumento de pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA – DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

Pesquisa:

**DESAFIO DA INTEGRALIDADE NO SUS: a atenção integral aos pacientes com
doença renal crônica em terapia renal substitutiva**

Questionário para os trabalhadores da rede de atenção à saúde

Dados de Identificação dos trabalhadores da rede de atenção à saúde:

- 1) Local de trabalho: _____
- 2) Tempo de serviço no local? _____ Carga horária semanal: _____
- 3) Curso de Educação Permanente? _____ Qual? _____
- 4) Que ações são desenvolvidas para os usuários com doença renal crônica em terapia renal substitutiva com vistas ao cuidado integral nesse serviço de saúde?

- 5) O que é necessário que ocorra para que se alcance o cuidado integral desses usuários?

- 6) Qual é a contribuição do Serviço Social no cuidado integral desses usuários?

- 7) Que fatores são imprescindíveis para a atenção integral dos usuários com doença renal crônica em terapia renal substitutiva?

- 8) Quais são as dificuldades e as possibilidades da equipe de saúde para a efetivação do cuidado integral desses pacientes?

- 9) Além dos serviços de saúde que formam a rede de atenção, como estes se articulam com outros serviços (entidades comunitárias, assistência social, educação, habitação)? Em que situações são utilizados?

- 10) Percebe que o que a rede de atenção à saúde disponibilizada para estes usuários tem atendido com efetividade suas demandas? ()Sim ()Não
Explique: _____

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA – DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

Pesquisa:

**DESAFIO DA INTEGRALIDADE NO SUS: o cuidado integral aos pacientes com
doença renal crônica em terapia renal substitutiva**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu,.....RG.....

abaixo assinado, declaro que, de livre e espontânea vontade e de forma gratuita, aceito participar da pesquisa: *DESAFIO DA INTEGRALIDADE NO SUS: o cuidado integral aos pacientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva*, realizada pela assistente social Dra. Jussara Maria Rosa Mendes, professora do Curso de Serviço Social da UFRGS e Juliana Martins, graduanda do curso de Serviço Social da UFRGS.

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, autorizo o uso do conteúdo das informações que prestei para utilização parcial ou integral, sem restrições de prazos e citações, a partir da presente data, bem como da gravação da entrevista realizada com o objetivo de registrar as respostas das perguntas e cuja sistematização se constituirá material de análise da pesquisa. Declaro que fui informado(a) do objetivo da pesquisa que é identificar qual é a contribuição do trabalho do assistente social para que se efetive o cuidado integral aos usuários do Sistema Único de Saúde com doença renal crônica em terapia renal substitutiva, a fim de trazer subsídios para o fortalecimento da rede de atenção à saúde.

Estou ciente da minha responsabilidade de comunicar à pesquisadora sobre qualquer alteração referente a esse estudo, podendo desistir de participar a qualquer momento sem que isso me cause qualquer tipo de dano ou prejuízo; e, de que os dados coletados poderão ser publicados ou apresentados em eventos e trabalhos científicos. Declaro ainda que me foi explicada a forma de realização da coleta de dados; do tempo de duração da entrevista de aproximadamente trinta minutos; do compromisso da pesquisadora com o anonimato da minha identidade na divulgação dos resultados; que foram esclarecidas de forma clara e detalhada todas as dúvidas referentes à minha participação nesse estudo; de abdicar de minha participação a qualquer momento da pesquisa, se assim o desejar, e em caso de desconforto ou constrangimento durante a realização da mesma; que o presente termo de consentimento livre

e esclarecido me foi lido e que o assinei de livre e espontânea vontade, tendo recebido uma cópia.

Abdico direitos autorais meus e firmo o presente documento. Quaisquer dúvidas que surgirem em relação à pesquisa, podem ser esclarecidas pela pesquisadora pelo fone 51 3308-5700, e-mail jussaramaria.mendes@gmail.com; jm.juliana84@gmail.com, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia pelo fone: 51 – 3308-5698 e-mail: **cep-psico@ufrgs.br** , localizado na Rua Ramiro Barcelos, 2600, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre.

Porto Alegre, _____ de _____ de 201__.

Participante _____

Pesquisadora _____