

**UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARCIA QUEIROZ COELHO

INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

**JUIZ DE FORA
2016**

**UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARCIA QUEIROZ COELHO

INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

JUIZ DE FORA

2016

UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

MARCIA QUEIROZ COELHO

INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Monografia apresentada à Universidade Salgado de Oliveira, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Assistente Social.

Orientadora: Suziane Hermes Mendonça Soares

JUIZ DE FORA

2016

INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

MARCIA QUEIROZ COELHO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Salgado de Oliveira, como requisito para obtenção do grau Bacharel de Serviços Social.

Aprovada em 1 de outubro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof (orientador): Suziane Hermes Mendonça Soares

Prof.

Prof.

**JUIZ DE FORA
2016**

Agradecimentos

Agradeço a Deus a oportunidade do desafio porque é através de desafios que nós exercemos a força e coragem para superá-los.

Agradeço aos professores da Universo que mesmo distante, permaneceram presentes em toda trajetória do curso; agradeço ainda pelo contato com tantas pessoas amigas que sempre estavam próximas nas horas mais difíceis me incentivando e motivando para que a conclusão do curso se efetivasse em especial a minha amiga Luciane Senra que me auxiliou a dar os primeiros passos com o projeto e posteriormente com esse trabalho, que Deus derrame bênçãos de Paz e Luz sobre todos.

Agradeço ao meu esposo e familiares: irmãs(aos) queridas, sobrinhas(os), primos e cunhadas a quem dedico esse trabalho e compartilho a minha vida.

Dedico este trabalho a minha mãe (in memoriam) que em meio as minhas aflições e ansiedade durante o curso, se colocava a orar em meu favor pedindo ao Senhor da Vida que me concedesse sabedoria e serenidade para aquisição desse diploma. Mãe, te amo por todo sempre! Muito obrigada por tudo!

Toda vitória se fundamenta na perseverança.
Sem espírito de sacrifício ninguém concretiza
os seus ideais.
(André Luiz)

LISTA DE TABELAS

Quadro 01: Evolução da Doença Renal Crônica.....	15
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 - CAPÍTULO 1 ENTENDENDO A DOENÇA RENAL	12
2.1 Insuficiência renal crônica	12
2.2 Doença renal crônica	14
2.3 Direitos dos pacientes que possuem doença renal crônica	17
2.4 Cuidados com pacientes com doença renal crônica.....	18
3 CAPÍTULO 2- HISTÓRICO DAS POLÍTICAS SOCIAIS	22
3.1 Intervenção do serviço social na doença renal crônica	32
3.2 Experiência pessoal no setor de Terapia Renal Substitutiva do HU-UFJF	34
4 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho é decorrente de anos de trabalho lidando com pessoas portadoras de Doença Renal Crônica (DRC), onde tive a oportunidade de observar a vulnerabilidade ao qual estão expostos, dessa forma, necessitando de apoio constante em sua vida diária, devendo ser atendido por uma equipe multiprofissional já que é impossível resolver sozinha a problemática que envolve o paciente com DRC.

Dentro desse contexto, ressaltamos a atuação do assistente social junto ao paciente com DRC que deve ter uma postura coerente, mediadora, não só com ações que vissem garantir os benefícios e direitos adquiridos como também na promoção social.

Conhecer a realidade social do usuário, sua dinâmica de vida, como ele entende seu processo de saúde, sua aderência ao tratamento, problemática familiar, etc.

Os pacientes com DRC dependem de tratamento de longa duração que lhes impõem limitações (CENTENARO 2010).

Através desta pesquisa, pretende-se traçar diretrizes que assegurem um melhor estilo de vida do usuário de DRC inserindo na sociedade cidadãos portadores de Doença Renal Crônica tem suas limitações, entretanto são capazes de produzir e contribuir por uma sociedade melhor, com mais qualidade de vida.

Silva e Silva (2011) informam que os pacientes com doenças crônicas muitas vezes possuem dificuldade para realização de suas atividades diárias, devido á sua condição de doença crônica, acarretam perda nas relações sociais, na capacidade de locomoção, de trabalho e também nas atividades de lazer.

A maioria dos pacientes portadores de DRC, o aspecto psicossocial fica fragilizado, seja pela expectativa de morte, seja pela dependência de uma máquina para sobreviver.

Como ajudá-los? É um questionamento existente há 24 anos atuando no atendimento aos pacientes com Doença Renal Crônica na função de técnica de enfermagem, sempre intervi quando observava a necessidade de “ajuda” a um

paciente das mais variadas causas com expressão de medo, de aflição, de angústia e de sofrimento, até mesmo econômica, sempre procurava um profissional que daria atenção para auxiliá-lo.

Tem-se como objetivo geral deste realizar uma análise da realidade social do usuário portador da Doença Renal Crônica a fim de garantir os direitos adquiridos e incentivá-lo a uma aderência e acompanhamento frente a doença e ao tratamento proposto que lhe garanta uma melhor qualidade de vida evitando complicações e perda da autoestima.

Como objetivos específicos têm-se: descrever a atuação do assistente social na atenção ao usuário portador da Doença Renal Crônica; como: incentivar o autocuidado, promover a inserção do usuário na rede sócio-assistencial e de saúde, promover a integração da família, mobilizar a rede de serviços.

2 - CAPÍTULO 1 ENTENDENDO A DOENÇA RENAL

2.1 Insuficiência renal crônica

Conforme Mariotti (2009 p. 06) “a incidência de IRC vem aumentando principalmente pelo envelhecimento da população, pelo aumento no número de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus”.

No entanto houve uma melhoria na terapêutica dialítica aumentando a sobrevida e o número de transplantes renais no Brasil é ainda muito baixo, sendo que estes fatores contribuem para o aumento do número de pessoas que necessitam de diálise. (ROMÃO JÚNIOR et al 2003 apud MARIOTTI, 2009)

Romão Junior (2013 p. 01) fez um importante estudo sobre a doença renal crônica e a insuficiência renal crônica. Conforme o autor as “duas principais causas de insuficiência renal crônica são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, são os médicos clínicos gerais que trabalham na área de atenção básica à saúde que cuidam destes pacientes”. Os portadores da disfunção renal leve, podem apresentar uma evolução progressiva, desleal e sem sintomas, o que pode dificultar o diagnóstico precoce da disfunção renal. Por este motivo a necessidade do médico nefrologista, estar sempre acompanhando o diagnóstico do paciente.

Briggs (2007) informa que a função dos rins está em filtrar o sangue, removendo dele os resíduos tóxicos acumulados ou depositados nos tecidos do corpo, tal como sais e outras substâncias que estejam presentes em maior quantidade. Os rins também produzem os “hormônios que são responsáveis pelo controle da pressão arterial, pelo amadurecimento e liberação de hemácias pela medula óssea, assim como pela incorporação do ferro dentro delas pela formação e manutenção dos ossos” (BRIGGS, 2007 p. 32).

Os rins filtram aproximadamente mil litros de sangue diariamente, produzindo um litro de urina. A insuficiência renal ocorre quando os rins deixam de exercer suas funções plenamente. Desta forma o organismo passa a reter líquido, aumentando a pressão arterial, acumulando resíduos tóxicos prejudiciais à saúde. “A insuficiência renal apresenta como principais sintomas a uremia; disfunções sexuais; as alterações digestivas, cardiovasculares, neurológicas, dermatológicas, ósseas e sanguíneas” (BRIGGS, 2007 p. 33).

Romão Junior (2013) completa que os pacientes que possuem a doença renal crônica seu estágio deve ser determinado conforme o nível de função renal independente do diagnóstico. Para efeitos didáticos e clínicos o autor divide a DRC em seis estágios, conforme o grau de função renal do paciente, tais fases são:

Fase de função renal normal sem lesão renal: inclui pessoas integrantes dos chamados grupos de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica (hipertensos, diabéticos, parentes de hipertensos, diabéticos e portadores de DRC, etc), que ainda não desenvolveram lesão renal (ROMÃO JÚNIOR, 2003 p. 01).

Fase de lesão com função renal normal: corresponde às fases iniciais de lesão renal com filtração glomerular preservada, ou seja, o ritmo de filtração glomerular está acima de 90 ml/min/1,73m² (ROMÃO JÚNIOR, 2003 p. 01).

Fase de insuficiência renal funcional ou leve: ocorre no início da perda de função dos rins. Nesta fase, os níveis de ureia e creatinina plasmáticos ainda são normais, não há sinais ou sintomas clínicos importantes de insuficiência renal e somente métodos acurados de avaliação da função do rim (métodos de depuração, por exemplo) irão detectar estas anormalidades. Os rins conseguem manter razoável controle do meio interno (ROMÃO JÚNIOR, 2003 p. 01).

Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada: nesta fase, embora os sinais e sintomas da uremia possam estar presentes de maneira discreta, o paciente mantém-se clinicamente bem. Na maioria das vezes, apresenta somente sinais e sintomas ligados à causa básica (lupus, hipertensão arterial, diabetes mellitus, infecções urinárias, etc.) (ROMÃO JÚNIOR, 2003 p. 01).

Fase de insuficiência renal clínica ou severa: o paciente já se ressentido de disfunção renal. Apresenta sinais e sintomas marcados de uremia. Dentre estes a anemia, a hipertensão arterial, o edema, a fraqueza, o mal-estar e os sintomas digestivos são os mais precoces e comuns (ROMÃO JÚNIOR, 2003 p. 01).

Fase terminal de insuficiência renal crônica: como o próprio nome indica, corresponde à faixa de função renal na qual os rins perderam o controle do meio interno, tornando-se este bastante alterado para ser incompatível com a vida. Nesta fase, o paciente encontra-se intensamente sintomático. Suas opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou o transplante renal (ROMÃO JÚNIOR, 2003 p. 01).

2.2 Doença renal crônica

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é considerada uma lesão renal com perda progressiva e irreversível da função da filtração glomerular, função tubular e função endócrina, informa Ramos (2012). A doença é identificada quando os rins não conseguem mais manter sua função de forma correta, podendo ocasionar inclusive o comprometimento de outros órgãos.

Ribeiro et al. (2009 apud Ramos 2012 p. 14), define “insuficiência renal quando os rins não são capazes de remover os produtos de degradação metabólica do corpo ou de realizar as funções reguladoras”. Com este procedimento as substâncias que deveriam ser eliminadas na urina passa a acumular-se nos líquidos corporais, devido a excreção renal comprometida, podendo levar a ruptura nas funções endócrinas e metabólicas, além de distúrbios hidroeletrolíticos e acidobásicos.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por cerca de 60% das causas de mortes em todo mundo, afetando cerca de 35 milhões de pessoas por ano e, para a próxima década, espera-se que haja um aumento de 17% na mortalidade causada pelas DCNT. Dentre os principais tipos de DCNT, a doença cardiovascular (DCV) é a que tem o maior impacto epidemiológico, sendo responsável por cerca de 30% de todas as mortes no mundo. A DCV tem aumentado progressivamente, por conta do acúmulo de fatores de risco tradicionais como hipertensão e diabetes, bem como pelo envelhecimento e aumento da expectativa de vida, decorrentes da transição demográfica observada nas últimas décadas. Além desses fatores de riscos tradicionais, a doença renal crônica (DRC), caracterizada pela alteração da função renal, tem sido descrita como um dos principais determinantes de risco de eventos cardiovasculares. (BRASIL, 2014 p. 07)

A Doença Renal Crônica tem sido considerada como um problema de saúde pública informa Brasil (2014), pelo menos 13% da população adulta. No Estado de Minas Gerais, mais precisamente na cidade de Bambuí, foi realizado um estudo onde demonstrou-se que aproximadamente 2 mil indivíduos foram avaliados e detectou-se alteração na creatinina sérica, um marcador de DRC, variando de 0,48% a 8,19%, sendo mais frequente em indivíduos idosos . Além da DCV, outro desfecho temido da DRC é a perda continuada da função renal, processo patológico

conhecido como progressão, que pode levar muitos desses pacientes para a DRC terminal (DRCT).

A Doença Renal Crônica (DRC) implica numa lesão renal com perda progressiva e irreversível da função dos rins. Pode ser classificada em estágios de conforme sua evolução. O quadro abaixo demonstra tais evoluções.

Quadro 01: Evolução da Doença Renal Crônica

Estágio	Descrição	Filtração Glomerular (FG)
0	Risco de doença renal HAS, Diabetes, Familiar c/DRC	> 90 mL/min
1	Lesão renal	> 90 mL/min
2	Lesão renal, leve FG	60 - 89 mL/min
3	Moderada FG	30 - 59 mL/min
4	Avançada FG	15 - 29 mL/min
5	Falência renal	< 15 mL/min diálise ou transplante

Fonte: <https://www.abcdasaude.com.br/nefrologia/doenca-renal-cronica>

“Doença renal crônica é um termo geral para alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico” (BRASIL, 2014, p. 08). É uma doença que possui um curso prolongado, indicioso e assintomática.

Diversos estão associados à etiologia e a sua progressão no que se refere a perda de função renal. Desta forma é de sua importância reconhecer quem são os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver a DRC, com o objetivo do diagnóstico precoce, bem como quais são os fatores de pior prognóstico, definidos como aqueles fatores que estão relacionados à progressão mais rápida para perda de função renal. (BRASIL, 2014).

A doença renal crônica consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica - IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente. (JUNIOR, 2013 p. 01)

Conforme abordado por Romão Junior (2013) a DRC é um dos mais importantes problemas de saúde pública. No Brasil a o número de pacientes com esta patologia, praticamente dobrou nos últimos cinco anos. No entanto, quando detectada rapidamente, ou seja, mais cedo, pode-se utilizar de condutas terapêuticas apropriadas, para seu retardamento, reduzindo assim o sofrimento dos pacientes.

A doença renal crônica tende a se desenvolver após uma injúria renal inicial seguida de perda lenta, progressiva e irreversível das funções desse órgão. Em sua fase mais avançada, os rins não conseguem mais manter as suas funções regulatórias, excretórias e endócrinas. Seu diagnóstico é baseado na identificação de grupos de risco, pela presença de alterações nos exames de urina e na redução Ritmo de Filtração Glomerular, sendo este avaliado por um teste laboratorial chamado Clearance da creatinina sérica, informa APRC (2013)

Mediante informações da APRC (2013) no ano de 2010 o Brasil contava com um quadro clínico de aproximadamente 70.000 dependentes de diálise ou transplante renal, com gasto anual de cerca de 2,0 bilhões de reais. Conforme os autores, a Doença Renal Crônica pode ser dividida em 6 estágios, sendo estes:

a) Função renal normal sem lesão renal: inclui pessoas integrantes dos chamados grupos de risco para o desenvolvimento de DRC (diabetes, hipertensão, idosos, familiares de portadores de DRC) que ainda não desenvolveram lesão renal; (APRC, 2013 p. 5)

b) Lesão com função renal normal: corresponde às fases iniciais de lesão renal (microalbuminúria, proteinúria) mas com o RFG igual ou acima de 90mL/min;

c) Insuficiência renal leve: corresponde ao início da insuficiência renal; nesta fase o indivíduo não apresenta sinais ou sintomas de doença renal, mas o RFG se encontra entre 60 - 89 mL/min; (APRC, 2013 p. 5)

d) Insuficiência renal moderada: os sintomas renais podem se fazer presentes de forma branda, geralmente o indivíduo apresenta somente queixas relacionadas a sua doença de base como diabetes, hipertensão. O RFG se encontra entre 30 - 59 mL/min; (APRC, 2013 p. 5)

e) Insuficiência renal severa: o paciente já se resente de disfunção renal com sinais e sintomas de uremia (náuseas, vômitos, perda do apetite, emagrecimento,

falta de ar, edema, palidez, etc). O RFG se encontra entre 15 - 29 mL/min; (APRC, 2013 p. 5)

f) Insuficiência renal terminal: os rins perdem o controle do meio interno, tornando-se este bastante alterado e incompatível com a vida. Nesta fase, os sintomas se intensificam e as opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou o transplante renal. O RFG se encontra abaixo de 15 mL/min; (APRC, 2013 p. 5)

2.3 Direitos dos pacientes que possuem doença renal crônica

O Ministério da Saúde, informa que

Nas doenças crônicas ou muito graves isto é mais importante, porque o resultado sempre depende da participação da pessoa doente, e essa participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas, sim, uma capacidade de “inventar-se apesar da doença.

O que se percebe com este texto é que o indivíduo portador da doença renal crônica não deve ser considerado um doente, mas um cidadão que tem seus direitos e deveres, um ser capaz de contribuir por uma sociedade melhor. Por este motivo há uma necessidade de se debater sobre os direitos sociais das pessoas que sofrem com esta patologia.

Uma estratégia para auxiliar o usuário portador de doença renal crônica é tentar envolver a família nesse processo por meio de atividades educativas, com uma perspectiva encorajadora que possa minimizar suas dificuldades, ajudando a família a planejar e providenciar os recursos necessários para os cuidados ao paciente crônico. O processo de adaptar-se ou não a certas situações, depende de vários fatores que incluem questões culturais, emocionais, vivências anteriores e características pessoais (SIMONETTI, FERREIRA, 2008).

O profissional do serviço social deverá intervir junto à família no sentido de orientá-la quanto à importância de seu envolvimento no processo de tratamento, tornando-se sujeitos ativos frente ao processo saúde-doença do usuário.

A DRC é um problema de saúde de grande relevância, sendo reconhecida como uma doença complexa que exige múltiplas abordagens no seu tratamento, faz-se necessário o atendimento com multiprofissionais para melhor preparação do paciente para possível necessidade de Terapia Renal Substitutiva (JBN 2011).

“É inegável que os avanços da medicina no mundo e das políticas públicas brasileiras favorecem a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e conseqüentemente aumenta sua sobrevivência, informa” BEIER (2011 p. 207)

Conforme observa Beier (2011p. 205) o artigo da Constituição Federal de 1988 estabelece que o SUS constitua o meio pelo qual o Poder Público cumpre seu dever de garantir a saúde do cidadão. “O SUS estabelece a responsabilidade do Estado pelo fornecimento gratuito aqueles que não têm condições de arcar com as despesas do tratamento.”

Considerando que o serviço social é uma profissão que busca implementar as políticas públicas de atenção e defesa dos direitos dos cidadãos e que saúde é um direito fundamental do ser humano, abre-se possibilidades de intervenção em diferentes segmentos, já que há o reconhecimento de fatores sociais como condicionantes e determinantes da saúde dos cidadãos. Identificar e trabalhar problemas de ordem sociofamiliar que sejam causadores do diagnóstico ou que interfiram na recuperação global da saúde do paciente se constitui o objetivo principal da intervenção do serviço social em seu cotidiano (Beier 2011p 2010)

É importante ressaltar que a participação da família torna-se essencial neste momento, pois acaba assumindo funções de proteção e socialização de seus membros. “A família como uma unidade, é responsável por desenvolver um sistema de valores, crenças e atitudes diante da saúde e da doença, as quais são evidenciadas através dos comportamentos de saúde doença de seus membros.” (TEIXEIRA, et al, 2012 p. 22)

2.4 - Cuidados com pacientes com doença renal crônica

Para Simonetti, Ferreira (2008) o ato de cuidar de pacientes portadores da doença renal, não implica somente na realização das tarefas em si, mas também na dedicação necessária no intuito de satisfazer as necessidades deste. “Desempenhar a tarefa de cuidar de um indivíduo idoso com doença crônica por si já é uma atividade desgastante. Quando esta é assumida apenas por um familiar, tal atividade se torna ainda mais estressante, causando frustrações e perdas sociais”. (SIMONETTI, FERREIRA, 2008 p. 23)

Para que haja uma melhora no quadro do paciente é preciso que a pessoa responsável pelo mesmo, tenha capacitação para tanto, pois este é um recurso valioso que pode gerar informações importantes não somente sobre o cuidado, mas oferecer um espaço para que o cuidador possa expor suas ansiedades e dificuldades.

Muitas vezes, o que se observa é que, inicialmente, a família se vê sensibilizada e até assustada com o que está acontecendo com um familiar e oferece todo e qualquer apoio tanto ao doente quanto à pessoa que se dispõe a cuidar do mesmo. Entretanto, com o passar do tempo, adaptação e aceitação do fato vai se instalando e aquele que assumiu tal responsabilidade se vê, na maioria das vezes, sozinho, sem qualquer tipo de ajuda, renunciando a sua própria vida, enquanto os outros estão cuidando apenas de si próprios. (SIMONETTI, FERREIRA, 2008 p. 23)

Conforme Ramos (2012) o paciente com DRC, quando está em tratamento dialítico, é levado a conviver com a doença praticamente incurável que o obriga a realização de tratamento de forma dolorosa, com longa duração, provocando diversas complicações e podem comprometer inclusive o aspecto físico, psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais, do paciente.

Tais limitações atingem sua própria qualidade de vida quanto a do grupo familiar, mudanças que incluem restrições alimentares, dificuldades para manter-se no emprego, diminuição das atividades sociais, dificuldade de comunicação entre os membros da família, preocupações com os mais jovens, principalmente, com casamento, procriação e desejo sexual, limitação da expectativa de vida, perda da auto-estima e alteração da auto-imagem. E, para ajudar o doente no enfrentamento da sua nova condição de vida, é necessário compreender a experiência familiar através da vivência como cuidador, pois, é visível a importância de acolher as angústias expostas e oferecer suporte e assistência digna às necessidades, diante das limitações de saúde do doente renal e de amparo destes familiares (RAMOS, 2012 p. 13)

Ainda na visão de Ramos (202) a assistência multiprofissional aos familiares torna-se fundamental conforme o agravo da patologia, que traz uma relação maior

de paciente, profissionais de saúde, e a família do mesmo, pois existe a possibilidade de que somente a família continue existindo. “Ou seja, paciente-família é um binômio indivisível, e como tal deve ser abordado no contexto hospitalar, com o risco de perder-se um aspecto muito importante na intervenção do psicólogo”(p.16).

Bastos, Bregman, Kirsztajn (2014) informam que determinados pacientes podem apresentar suscetibilidade aumentada para DRC , sendo os considerados grupos de risco, sendo eles:

a) hipertensos: A hipertensão arterial é comum na DRC, podendo ocorrer em mais de 75% dos pacientes de qualquer idade;

b) diabéticos: Os pacientes diabéticos apresentam risco aumentado para DRC e doença cardiovascular e devem ser monitorizados frequentemente para a ocorrência da lesão renal;

c) idosos: A diminuição fisiológica da FG e, as lesões renais que ocorrem com a idade, secundárias a doenças crônicas comuns em pacientes de idade avançada, tornam os idosos susceptíveis a DRC;

d) pacientes com doença cardiovascular (DCV): A DRC é considerada fator de risco para DCV e estudo recente demonstrou que a DCV se associa independentemente com diminuição da FG e com a ocorrência de DRC;

e) familiares de pacientes portadores de DRC: Os familiares de pacientes portadores de DRC apresentam prevalência aumentada de hipertensão arterial, Diabetes mellitus, proteinúria e doença renal (BASTOS, BREGMAN, KIRSZTAJN, 2014).

Para Bastos, Bregman, Kirsztajn (2014) o tratamento realizado em pacientes com DRC, necessita de um conhecimento aperfeiçoado de alguns aspectos distintos, que relacionados, englobam a doença de base, o estágio da doença, a velocidade da diminuição da filtração glomerular identificação de complicações e comorbidades, particularmente as cardiovasculares. Para tanto os autores fizeram algumas sugestões de orientações, tais como:

Hipertensão arterial: como já observado esta é uma das causas de DRC. A transmissão da hipertensão sistêmica para o glomérulo determina lesão no capilar glomerular. Por este motivo alguns podem ser relatados no tratamento da

hipertensão arterial como: a) pacientes com DRC, cursando com proteinúria >1,0 g/dia, devem ser tratados preferencialmente com inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou, em caso de intolerância a este grupo de drogas, com bloqueadores do receptor 1 da angiotensina (BRAT 1); b) para pacientes com DRC, cursando com proteinúria <1,0 g/dia, é recomendado o tratamento com IECA, BRAT O nível pressórico recomendado é < 130/80 mmHg; c) para pacientes hipertensos, com DRC associada à doença vascular da artéria renal, o tratamento deve ser semelhante ao dos pacientes hipertensos (BASTOS, BREGMAN, KIRSZTAJN, 2014).

Proteinúria: Conforme Bastos, Bregman, Kirsztajn (2014) a proteinúria precisa de uma atenção especial, pois além de ser um excelente marcador de lesão renal é um importante fator de risco para progressão da DRC, bem como para morbimortalidade cardiovascular.^{18,22} A proteinúria é considerada persistente quando presente em pelo menos duas de três avaliações urinárias. As medidas terapêuticas correspondem a: a) os IECAS e os BRAT 1 são as medicações de eleição para a redução da albuminúria. Pacientes com diabetes e albuminúria persistente devem ser tratados com um destes grupos de drogas para retardar a progressão da DRC. B) em pacientes selecionados, é possível diminuir a albuminúria com os antagonistas do receptor da aldosterona; c) medidas adicionais: controle da ingestão excessiva de proteínas e redução do peso corporal (para pacientes com Índice de Massa Corporal acima do normal) (BASTOS, BREGMAN, KIRSZTAJN, 2014).

Anemia: a anemia, definida como níveis de hemoglobina <13,0 g/dL no homem e <12,0 g/dL na mulher, é uma das complicações mais frequentes e precoces no curso da DRC. A anemia se associa com evolução adversa da DRC, incluindo hospitalização, doença cardiovascular, mortalidade e diminuição da qualidade de vida dos pacientes. A principal causa de anemia na DRC é a deficiência de produção da eritropoietina pelos fibroblastos peritubulares renais (BASTOS, BREGMAN, KIRSZTAJN, 2014).

3 CAPÍTULO 2- HISTÓRICO DAS POLÍTICAS SOCIAIS ¹

A configuração da política social no âmbito político e econômico contemporâneo é perpassada pelas mais diversas e complexas variáveis. Compreendê-las sugere resgatar sua formação, especificidades e reformulações ao longo do tempo, especialmente seu processo no século XX. Entretanto, não há um período específico para citar o marco inicial do surgimento das Políticas Sociais, pois como processo social se gestou na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal. Sua origem está relacionada aos movimentos de massas e também se situa na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista.

A sociedade pré-capitalista não privilegia as forças de mercado e assumem algumas responsabilidades sociais, são para garantir o bem comum, mas com o objetivo de manter a ordem social e punir qualquer tipo de “vagabundagem”. Junto à caridade privada e ações filantrópicas, surgem algumas iniciativas com características assistenciais que são identificadas como plataformas de políticas sociais, surgindo assim as legislações seminais, sendo que “as mais citadas delas são as leis inglesas que se desenvolveram no período que antecedeu a Revolução Industrial.

Essas legislações possuem caráter punitivo e repressivo e não protetor, sua função é manter a ordem e impedir a livre circulação da força de trabalho. O princípio estruturador dessas leis era obrigar o exercício do trabalho a todos que apresentassem condições de trabalhar e as ações assistenciais previstas induziam o

1

trabalhador a se manter por meio forçado, essas ações garantiam auxílios mínimos como alimentação aos pobres reclusos nas casas de trabalho, mas são poucos que conseguiam receber esse benefício, pois o critério de acesso era extremamente restritivo e seletivo. Essas legislações estabeleciam distinção entre pobres “merecedores” e pobres “não merecedores”, sendo assim considerada como “lei dos pobres”.

As legislações sociais pré-capitalistas agiam na interseção da assistência social e do trabalho forçado, apesar de punitivas e restritivas, mas o abandono dessas tímidas e repressivas medidas de proteção no auge da Revolução Industrial lança pobres à “servidão da liberdade sem proteção” no contexto de plena subsunção do trabalho ao capital, provocando o pauperismo como fenômeno mais agudo decorrente da chamada “questão social”. São “as lutas pela jornada normal de trabalho” que provocam o surgimento de novas regulamentações sociais e do trabalho pelo Estado.

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento às expressões multifacetadas da “questão social” no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho. À medida que a “questão social” ganha novos contornos, onde a classe trabalhadora produz formas de enfrentamento. Portanto, sua gênese está na maneira com que os homens se organizaram em determinadas esferas de reprodução para produzir em um determinado momento histórico, como o da constituição das relações sociais capitalistas continuando na esfera da reprodução social.

A perspectiva de descobrir a gênese da desigualdade social no capitalismo tem a frente o movimento operário que busca a superação das desigualdades geradas por este modo de produção. O processo de produção articula a valorização do capital do processo de trabalho. O trabalho passa a ser elemento decisivo que transfere e cria valor, então tal processo se refere, sobretudo, a produção e representação de indivíduos, classes sociais e relações sociais, sendo assim a política e a luta de classes são elementos internos à lei do valor e à compreensão da “questão social”.

Através da força, em meio à luta de classes, o Estado atua sob a direção do capital, porém com uma autonomia relativa, ainda reproduzida nesse período. Então,

o Estado, de um lado, reprimia duramente os trabalhadores e, de outro lado, iniciava a regulamentação das relações de produção por meio da legislação fabril. A luta em torno da jornada de trabalho e as respostas das classes e do Estado são, portanto, as primeiras expressões contundentes da “questão social” com múltiplas e ricas determinações naquele momento, começa a ocorrer o deslocamento do problema da desigualdade social e da exploração como “questão social” que passa a ser tratado no âmbito estatal e pelo direito formal.

O período que vai de meados do século XIX até a terceira década do século XX é profundamente marcado pelo predomínio do liberalismo e de seu principal sustentáculo, o princípio do trabalho como mercadoria e sua regulação pelo livre mercado. O liberalismo formula a justificativa econômica para a necessária e incessante busca do interesse individual, introduzindo a tese da ação do Estado liberal, onde cada indivíduo age em seu próprio interesse econômico, atuando junto a uma coletividade de indivíduos, maximizando o bem-estar coletivo. O papel do Estado no liberalismo é fornecer base legal com a qual o mercado pode melhor maximizar os benefícios dos homens.

Na perspectiva liberal, a miséria é insolúvel e alguns indivíduos não têm condições de competir no mercado de trabalho, ao Estado cabe apenas assegurar assistência mínima a esse grupo. Para os liberais a pobreza deve ser minorada pela caridade privada.

Já no caso brasileiro, em face da formação social, econômica e política de caráter autoritário e clientelista, houve grande dificuldade de criar um projeto democrático, pois toda e qualquer mudança sempre acontecia de forma a manter a hegemonia das classes dominantes. O máximo que se permitia acontecer era uma incorporação destas novas demandas da classe trabalhadora aos novos elementos, visando o próprio desenvolvimento.

O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo do movimento de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das correlações e composição de força no âmbito do Estado. Há um consenso entre os autores ao situar o final do século XIX como o período em que o Estado capitalista passa a assumir e realizar ações sociais de forma mais ampla com caráter de obrigatoriedade. Os direitos sociais passam a ser vistos como elementos da cidadania, o interesse estatal vai

além da manutenção da ordem e incorpora a preocupação de atendimento às necessidades sociais reivindicadas pelos trabalhadores. Neste mesmo período, final do século XIX e início do século XX, as bases materiais de sustentação dos argumentos liberais enfraquecem em consequência de alguns processos políticos e econômicos, como o crescimento do movimento operário que conquistam espaços políticos e sociais importantes como o parlamento, obrigando a burguesia a reconhecer direitos de cidadania política e social cada vez mais amplo para esse segmento. Outro processo não menos importante é a concentração e monopolização do capital, colocando fim a utopia liberal do indivíduo empreendedor.

No Brasil a política social se desenvolveu de forma diferente. Para pensar a política social é preciso pensar a particularidade do desenvolvimento do capitalismo em nosso país. É possível observar que os pilares do capitalismo aqui foram introduzidos no contexto colonial se afirmando com a criação do Estado nacional.

O fato de não sermos o berço da Revolução Industrial fez com que as relações sociais tipicamente capitalistas desenvolvessem aqui de forma bem diferente dos países de capitalismo central, ainda que mantivesse suas características essenciais.

A transição para o capitalismo no Brasil é marcada por uma visão reduzida do domínio do mercado interno e destina-se a impedir qualquer crescimento a partir de dentro, prevalecendo os interesses do setor agroexportador. Outro fator é a presença do trabalho escravo na sociedade brasileira marcando a cultura, os valores, as ideias, a ética e os ritmos de mudança, causando impactos importantes no nascimento do trabalho livre.

Como a política social está relacionada com a luta de classes e considerando que o trabalho no Brasil esteve atravessado pelas marcas do escravismo, pela informalidade e pela fragmentação em que as classes dominantes nunca tiveram compromissos democráticos e redistribuídos. Há um cenário complexo para as lutas em defesa dos direitos de cidadania, que envolve a constituição da política social. É nesse quadro que observamos então medidas expressas e frágeis de proteção social no país até a década de 1930.

A fase do capitalismo maduro é marcada em seus primeiros 30 anos por uma forte expansão, com altas taxas de lucros, aumento da produtividade e políticas

sociais para os trabalhadores, erguendo o Estado Social nos diferentes formatos históricos.

O capitalismo tardio ou maduro possui como característica o processo intenso de monopolização do capital pela intervenção do Estado na economia e no livre movimento do mercado, constituindo-se oligopólios privados e estatais e expandindo após a crise de 1929-1932 e, sobretudo, após a Segunda Guerra Mundial.

Preocupado em compreender e em encontrar resposta para a crise de 1929, Keynes buscou a saída desta crise em elaborações acerca da intervenção estatal com vistas a reativar a produção, defendendo mudança na relação do Estado com o sistema produtivo, rompendo principalmente com os princípios do liberalismo. O Estado, com o keynesianismo, tornou-se produtor e regulador, mas isso não significava o abandono do capitalismo ou a aproximação da socialização dos meios de produção.

Cabe ao Estado, com sua visão de conjunto, o papel de restabelecer o equilíbrio econômico por meio de uma política fiscal, creditada e de gastos, realizando investimentos ou inversões reais, estimulando a economia nos períodos de depressão com a ação do Estado, elevando a demanda global, evitando a crise, amortecendo através de mecanismos, evitando riscos das amplas flutuações periódicas, intervenção na relação capital-trabalho através da política salarial, política fiscal, oferta de créditos e as políticas sociais. Essas estratégias realizadas pelos poderes públicos têm o objetivo de conter a queda da taxa de lucros, obtendo algum controle sobre o ciclo do capital.

A proposta de intervenção estatal para fugir da crise baseava-se em dois pilares principais: o pleno emprego e a maior igualdade social, podendo ser alcançados a partir da ação estatal. O primeiro é gerar empregos via produção de serviços públicos, além da produção privada. O segundo é aumentar a renda e promover maior igualdade, por meio da instituição de serviços públicos, dentre elas as políticas sociais.

O keynesianismo agregou-se ao fordismo, que tinha o pacto da produção em massa para o consumo de massa e do acordo coletivo com os trabalhadores do setor monopolista em torno dos ganhos de produtividade do trabalho, foi uma forma de regular as relações sociais em condições políticas determinantes. O que há de

novo em Ford é a perspectiva de combinar produção em massa com consumo em massa. Essa articulação entre consumo de massa e produção em massa como via de sustentação do capitalismo sem grandes abalos, implica sobre controle no modo de vida e de consumo dos trabalhadores. Juntos, o keynesianismo e o fordismo constituem os pilares do processo de acumulação acelerada do capital no pós-1945.

O Brasil no decorrer da década de 50, a economia passou por mudanças significativas de seu eixo, tornando-se um país mais industrializado obedecendo ao Plano de Metas implantado no governo JK, neste período há um aumento considerável das indústrias principalmente a de bens duráveis. Mesmo passando por estas mudanças no país, observa-se na área social uma ausência de políticas sociais significativas, uma vez que socialmente o Brasil ainda estava atrasado frente aos países europeus.

No entanto, no final dos anos 60, após o Golpe de 1964, a expansão capitalista começa a se exaurir, bem como as taxas de crescimento e a capacidade do Estado de exercer suas funções mediadoras, a absorção das novas gerações no mercado de trabalho, restrito naquele momento pela tecnologia poupadora de mão-de-obra, não são as mesmas, contrariando as expectativas do pleno emprego. Mesmo neste contexto os militares fazem com que o país tenha sua economia cada vez mais internacionalizada, mantendo assim seu projeto e visando uma valorização do mercado produtivo. As elites político-econômicas então começam a questionar e a responsabilizar a atuação gigantesca do Estado mediador, especialmente naqueles setores que não revertiam diretamente em favor de seus interesses, incluindo as políticas sociais.

No início dos anos 70, o capitalismo começou a dar sinais de uma crise devido ao aumento do preço da força de trabalho que levou uma queda na taxa dos lucros e conseqüentemente ao desemprego estrutural. Nesse quadro crescente de crise, pode-se visualizar o que houve de avanço no campo das políticas sociais neste período tão conturbado historicamente onde houve uma significativa perda das liberdades individuais e coletivas, o Estado busca sua legitimidade através da organização dos aparelhos já existentes, tais como a unificação do INPS- Instituto Nacional de Previdência Social e a ampliação de acordo com as demandas da população.

Em 1974 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, ampliando ainda mais o caráter tecnocrático presente no período ditatorial brasileiro, associa-se previdência, assistência e saúde. Os aparelhos utilizados para este tripé passaram por uma reforma administrativa ampla, com a criação do Dataprev- Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social; do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social; do IAPAS- Instituto de Administração Financeira de Previdência e Assistência; onde impõe-se um atendimento curativo, especializado, fazendo assim com que haja também um incentivo dos equipamentos médicos hospitalares, principalmente os privados.

As mudanças deste período também refletem nas políticas de habitação, impulsionando a criação do Banco Nacional de Habitação, que utilizava como fontes de financiamento o FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, o PIS – Programas de Integração Social e o PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público que impulsionaram a indústria da construção civil.

Na década de 70 tem-se uma crescente abertura para o processo de redemocratização do país, mesmo sendo um processo lento e gradual, é fruto de um período onde a burguesia percebia que era necessário buscar outras formas para a manutenção da política vigente no país. Este é um período de fortalecimento dos movimentos sociais que voltam a ser mais atuantes e participativos.

O reflexo dessa organização da sociedade civil é a crescente de movimentos populares autônomos frente ao aparelho estatal e o embrião da organização do Partido dos Trabalhadores, que representará o primeiro partido de esquerda que emerge diretamente das classes trabalhadoras, aglutinando uma gama de sujeitos sociais em torno de um projeto de esquerda para o Brasil.

Observa-se então a luta por objetivos específicos de alguns segmentos sociais graças ao surgimento de movimentos de caráter urbano e outros identitários. Entretanto o que unia esses movimentos era a luta por um país democrático livre do regime autoritário, mesmo dentro de suas especificidades os movimentos sociais deste período inicialmente tinham demandas sociais próximas e com seu posterior amadurecimento e organização passam a ter uma identidade própria e demandas específicas de cada grupo ali representado, mesmo compartilhando de ideais consonantes a todos.

Economicamente a década de 80 é tida como perdida, uma vez que no fim da década anterior houve um período de recessão que acarretou numa desaceleração econômica mundial, que no Brasil refletiu diretamente no financiamento de novas políticas públicas e sociais. Neste contexto há um crescente endividamento do país, com o estrangulamento econômico que dificulta a entrada do país na terceira revolução industrial.

Mesmo sendo um período de grandes dificuldades econômicas, o processo iniciado na década anterior com a ascensão dos movimentos sociais tem seu auge na década de 80, com movimentos sociais mais organizados e com uma sociedade mobilizada, exigindo a volta da democracia no país. Em 1983 surge o movimento Diretas Já, que mobilizou diversos setores da sociedade para que se encerrasse o período de autoritarismo vivido no país desde o golpe de 1964. Mesmo não tendo o resultado esperado, o movimento fez com que acontecessem eleições diretas, um passo rumo à conclusão do processo de redemocratização. A Constituição Federal de 1988 inaugurou um padrão de proteção social afirmativo de direitos sociais enquanto direito de cidadania, fruto das conquistas alcançadas pelos movimentos sociais das décadas anteriores.

Contudo, na década de 1990 o projeto neoliberal teve um avanço se espalhando pelo mundo, no qual realizou, através de seu programa de ajuste fiscal, um verdadeiro desajuste social. O governo Collor (1990-1992) inaugurou a entrada do projeto neoliberal no país, com intensos processos de desregulamentação, abertura dos mercados, incentivos a reestruturação das empresas e a disseminação ideológica por toda sociedade brasileira de que a causa dos problemas sociais era o “gigantismo” do Estado, apresentando como solução sua redução ao máximo e a transferência de suas funções para as empresas.

No campo social o governo Collor inaugurou os preceitos constitucionais ao desconsiderar o sistema de Seguridade Social inscrito na Constituição Federal de 1988. Nesta, a Seguridade Social é compreendida como um conjunto integrado de ações públicas e da sociedade destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência. Desta forma a Seguridade Social necessita de uma proposta orçamentária elaborada de forma integrada e um ministério da Seguridade Social, o que não foi realizado.

O governo Collor fragmentou a Seguridade Social em diferentes ministérios, dando-lhe margem para vetar a LOAS no campo da assistência social, porém após a saída de Collor, Itamar Franco sancionou a LOAS, que tem como perspectiva tornar a assistência social visível como política pública e inovadora ao afirmar seu caráter de direito contributivo e ao propor a participação da sociedade na gestão e execução das políticas públicas. Porém preparou o terreno para a continuidade da política neoliberal, agora com um perfil intelectualizado.

Assim que Fernando Henrique Cardoso foi eleito em 1994 para a presidência da República, pode-se afirmar que as políticas neoliberais foram eficientemente implantadas pelo Estado brasileiro.

No plano econômico, se deu a privatização da maior parte do patrimônio público, a desregulamentação trabalhista, a abertura dos mercados e o apoio ao capital financeiro através de um ajuste fiscal e no plano político foi implementado o projeto de reforma do Estado brasileiro, diminuindo bruscamente suas funções, transferindo-as para a sociedade civil.

No plano social, realizou-se um verdadeiro desmonte do que foi construído a partir das Constituição Federal de 1988 e das legislações sociais surgidas no período, como o LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social e o ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. Ao final do primeiro mandato do governo FHC, o país já contava com um Sistema Nacional de Assistência de forte institucionalidade, paralelamente a essa política foi implementada uma frente de ação voltada ao combate à pobreza com a criação da Rede de Proteção Social, que faria a transferência de renda à famílias empobrecidas.

Dessa forma nascia a Rede Social Brasileira de Proteção Social, concebida como um conjunto de transferências monetárias a pessoas de famílias de mais baixa renda, destinada a protegê-los nas circunstâncias de risco e vulnerabilidade social. A Rede Social não foi implementada como tal, mas seu surgimento na política social brasileira, como alternativa de enfrentamento da pobreza, produziu importantes rupturas.

Em dezembro de 2003 acontece a IV Conferencia Nacional de Assistência Social, o que significou um avanço na retomada da valorização de espaços de controle social para os segmentos populacionais usuários da Política de Assistência

Social no país. Seus princípios e diretrizes apontam para a universalização do sistema, a descentralização político-administrativa, a padronização dos serviços de assistência social, a integração de ações, serviços, benefícios, programas e projetos e a garantia de proteção social. A proposta do SUAS é um avanço e a concretização de um modelo de gestão que possibilita a efetivação da política de assistência, conforme é determinado na LOAS.

O governo Lula foi coerente no campo da assistência social quando aprovou a Política Nacional de Assistência Social e o SUAS, porém permaneceu com ações que proporcionam lucro ao capitalismo financeiro, o qual subordina os direitos sociais à lógica mercantil. Portanto, por mais que se afirme a cidadania, o direito social encontra-se extremamente limitado devido à perpetuação do direcionamento neoliberal à política econômica, a qual produz uma política social insuficiente para os pobres. No campo da assistência social, alerta-se para a importância de iniciativas políticas que afirmem os princípios da Seguridade Social e do seu caráter sistêmico, o que significa a fuga de uma ótica das políticas sociais. Tratar a política social separada da política econômica é cair na ilusão de que é possível a efetivação de uma sem a outra. Com a existência de uma política neoliberal é possível indicar a ausência ou a redução da política social, mas uma política social de cunho universalista exige uma política econômica radicalmente oposta da que vem sendo implementada até os dias atuais.

Diante desse quadro nota-se que a “questão social” vem passando por um grande processo de reestruturação com processos que visam uma redução da miserabilidade, a questão da população inclusa neste quadro de vulnerabilidade, denotando a necessidade de respostas urgentes para esta população, sendo necessárias políticas sociais efetivas. O crescimento da população idosa exigindo do Estado e da sociedade mudanças nos mais diferentes campos de atuação. Como uma atuação falha, o Estado deixa lacunas e não faz sua parte, o que acaba fazendo com que a família tome para si a responsabilidade pelos cuidados do idoso, principalmente o que apresenta uma debilidade no estado físico que requer uma atenção maior, procurando suprir suas necessidades, dentro da própria casa e quando não tem condições de assumir esse cuidado, fica evidente o abandono ao idoso devido à precariedade dos serviços e programas sociais e de saúde, particularmente aos idosos de baixa renda.

Neste sentido, o tripé da Seguridade Social mostra sua fragilidade uma vez que não consegue efetivamente atender as demandas da população, fazendo assim necessária a criação de políticas de transferência de renda que visam não o bem estar da parcela da população atendida, mas, sobretudo, reduzir as vulnerabilidades e as urgências desta população. Esta fragilidade também está presente quando o crescimento do terceiro setor que consegue eventualmente cobrir as lacunas deixadas pelo Estado e por políticas que muitas vezes apresentam-se falhas e inadequadas à aquela parcela ao qual foi pensada.

3.1 Intervenção do serviço social na doença renal crônica

Do ponto de vista da tese o Serviço Social se desenvolve como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, enquanto produto do desenvolvimento do capital industrial e da expansão urbana (IAMAMOTO E CARVALHO, 2001 apud SOUZA, 2012).

O Serviço Social, segundo tem sua gênese marcada por determinações históricas da evolução da sociedade capitalista. Essa afirmação pertence a primeira das duas teses que tentam explicar a origem e a natureza do Serviço Social. A segunda tese, endogenista, afirma que o Serviço Social é uma profissionalização, organização e sistematização da caridade e da filantropia, portanto a-histórica, e, segundo o autor, equivocada, pois não considera os processos históricos, políticos e econômicos da divisão social de classe, espaço esse que se configura como campo de atuação do Serviço Social (MONTAÑO, 1998 apud Souza, 2012 p. 01).

Desta forma o pode-se verificar que o Serviço Social é uma profissão que se consolida nas lutas de classe e que tem, portanto, esta realidade social enquanto objeto de intervenção profissional.

O Serviço Social sofre influências do contexto político-econômico e social de cada época. Exemplo disso é a sua própria institucionalização, determinada pelo contexto do capitalismo monopolista, que pela figura do Estado os assistentes sociais são profissionais requisitados para responder às expressões da questão social via operacionalização das políticas sociais, ainda que nesse momento se tratasse de uma prática esvaziada de concepção teórico-metodológica e que se apresentava como prática conservadora (SOUZA, 2012 p. 01).

Melo (2009) informa que o principal objetivo da assistente social está na orientação e na relação deste profissional, com a família, criança, ao adolescente, ao idoso, no que se refere, à saúde, à educação, ao desemprego, pelos direitos sociais, entre outras. A questão social não pode ser entendida de forma isolada, pois a sociedade está repleta de expressões da questão social, independentes ou até mesmo, interligadas entre si.

Iamamoto (1999 apud Melo 2009 p. 07) observa a questão social 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”.

Ainda na visão de Melo (2009 p. 08) a falta de eficiência nas políticas públicas repercute na precariedade das condições socioeconômicas da população, o que coloca a sociedade em condições de risco social, a partir da negação das suas necessidades básicas, tais como alimentação, moradia adequada, acesso aos serviços de saúde, entre outras.

O trabalho do assistente social e o seu exercício profissional tornam-se objeto desse artigo dada a necessidade de reflexão coletiva sobre os consequentes rumos do fazer profissional diante das mudanças no mundo do trabalho, desencadeadas no Brasil na década de 1990, mesmo período em que o Serviço Social tem aprovada sua lei de regulamentação da profissão (Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993) e o novo código de ética profissional, resultado do amadurecimento teórico-metodológico do Serviço Social nas décadas anteriores (SOUZA, 2012 p. 03).

Existem argumentos científicos suficientes para sustentar que tanto a saúde como a doença são construções sociais, informa Braz, (2008). Tal afirmação não exclui as bases biológicas do universo de conhecimentos em termos de saúde e doença. Somente demonstra que “as situações biopsíquicas normalmente codificadas como problemas de saúde têm, em diferentes graus, uma etiologia sociocultural” (MITJAVILA e FERNÁNDEZ, 1998 apud BRAZ 2008 p. 12).

As condições do ambiente físico, os hábitos alimentares, as desigualdades no acesso ao consumo de bens e serviços, a educação, valores, classe social, condições de trabalho, a posição nas relações de poder, a pertença a grupos sociais, a disponibilidade e qualidade dos cuidados médicos, as

formas de sociabilidade, do lazer, tradições e costumes a respeito do corpo e doença e as ideias religiosas são alguns dos inúmeros fatores socioculturais que apresentam uma comprovada participação nos processos de adoecimento (BRAZ 2008 p. 14).

Conforme Braz (2008) fenômenos como envelhecimento e pobreza pode estar ligada à causa da insuficiência renal crônica, pois as alterações inerentes ao processo de envelhecimento não significam doença, mas a probabilidade de seu aparecimento aumenta com a idade, uma vez que o envelhecimento torna as pessoas mais vulneráveis aos processos patológicos, caracterizando a senilidade

Backes (2004) informa sobre a necessidade de humanização nos hospitais, principalmente no que se diz respeito às áreas críticas, como no caso da Doença Renal Crônica. Conforme a autora, o ser humano quando procura atendimento hospitalar, não o faz somente pela falta de saúde, mas porque necessita de atendimento para algum sintoma físico ou psíquico, procura alívios para suas dores e respostas as suas angústias.

3.2 Experiência pessoal no setor de Terapia Renal Substitutiva do HU-UFJF

Como citado anteriormente, a motivação acadêmica por essa temática, se deu a partir da experiência vivida dentro do setor de Terapia Renal Substitutiva do hospital universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora onde exerço a função de técnica de enfermagem deste o ano de 1992.

Através dessa vivência, pude observar de forma mais abrangente inúmeros aspectos que envolvem o processo de adoecimento dos portadores de Doença Renal Crônica. Faz-se necessário abordar as dimensões socioculturais para tecermos os cuidados necessários para dar assistência aos pacientes como por exemplo, as condições de moradia em que vivem, os hábitos alimentares, as reclamações das desigualdades sociais no acesso ao consumo de bens e serviços, a educação, valores, condições de trabalho, dentre outras.

Quanto profissionais da área da enfermagem, servíamos também de instrumentos para que os profissionais do setor de hemodiálise pudesse realizar assistência, tendo em vista uma melhora da qualidade de vida dos pacientes já que o tratamento não deveria se restringir apenas ao uso do medicamento prescrito pelo médico.

Naquela época, não existiam políticas de saúde que regulamentasse o atendimento aos portadores da doença renal crônica, haviam duas assistentes sociais no quadro de funcionários da instituição para atender o hospital inteiro, e com isso, era impossível atender as demandas que surgiam dos pacientes na hemodiálise, mesmo porque as visitas do serviço social no setor eram realizadas de forma esporádica.

Quando se tem uma equipe comprometida com o contexto social do paciente, é muito bom, a relação com a enfermagem era imprescindível para interagirmos com os pacientes promovendo mobilizações, integrações dos familiares junto ao tratamento e com isso, as demandas surgiam espontâneas, fazíamos o que podíamos para atendê-las.

Lembro das festas de Final de Ano, era uma alegria ver em cada rosto sofrido a satisfação dos encontros para festejar mais um ano de vida, especialmente junto aos familiares, as crianças, filhos ou netos dos pacientes, etc., o salão era cedido no prédio velho da faculdade de medicina, até “Papai Noel” já fui rrsrs. Havia uma funcionária de nome Cida, a mais antiga no setor, era a quem tomava frente da ajuda aos pacientes, todo mês ela por si só, corria atrás de medicações para os pacientes, seja na rede pública, no Lions, Associações, enfim a medicação era adquirida nem que fosse com recurso próprio, a cesta de alimentos era enormes, geralmente os motoristas das ambulâncias ajudava a carregar.

É claro que isso nos dias de hoje isso não existe mais com tanta intensidade, o serviço cresceu, e “alguns” se incomodaram com esse assistencialismo que tanto beneficiava os pacientes, a Cida foi transferida de setor, agora é obrigatoriedade o atendimento interdisciplinar no atendimento ao portador de Doença Renal Crônica que tem uma assistente social exclusiva para atender o serviço.

Atualmente o atendimento ao portador e doença renal conta com uma equipe multidisciplinar dentre estes, um profissional do Serviço Social, que aborda o usuário logo no início que da entrada no setor de Terapia Renal Substitutiva.

4 CONCLUSÃO

Conforme observado a Doença Renal Crônica é um problema de grande relevância clínica e complexa que exige múltiplas abordagens no seu tratamento. Ao diagnosticar a DRC e instituir medidas terapêuticas imediatas é fundamental para minimizar ou prevenir os desfechos indesejáveis da doença, como, por exemplo, a mortalidade precoce (BASTOS, 2014).

Para que se identifique a doença são realizados testes laboratoriais simples, disponíveis e de baixo custo principalmente nos estágios iniciais. O paciente portador da Doença Renal Crônica não pode ser considerado como doente, por este motivo há uma necessidade da atuação do assistente social, em debater sobre tais direitos.

A experiência vivida nos hospitais ressalta esta importância, e verifica a necessidade de apoio, não somente dos pacientes, como de seus familiares no geral.

REFERÊNCIAS

APRC. Associações de Pacientes Renais Crônicos. **Perfil da Doença Renal Crônica: o desafio brasileiro**. Artigo publicado em 2013. Preparado pelo Grupo Multisetorial de Doença Renal Crônica: SBN, SOBEN, ABCDT. Disponível em

BACKES, Dirce Stein. **A construção de um espaço dialógico reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar**. Dissertação apresentada no curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em enfermagem aérea de Concentração: enfermagem e saúde. Rio Grande, 2004.

BASTOS, Marcus Gomes; BREGMAN, Rachel; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. **Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável**. Trabalho realizado nas Universidades - Universidade federal de Juiz de Fora - MG, Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ e Universidade Federal de São Paulo - Unifesp, São Paulo, SP, 2014.

BEIER, Simone. **A intervenção do serviço social em crianças com fibrose cística e suas famílias**. Artigo publicado em 2011. Disponível em Rev HCPA 2011;31(2):203-210

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/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRAZ, Fernanda Guimarães. **Aspectos sociais da doença renal crônica: dimensões de análise e desafios para o serviço social**. Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como exigência parcial a obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social. Florianópolis, 2008.

BRIGGS, Vanda Regina Braga. **A importância da família Junto ao paciente portador de insuficiência renal crônica terminal transplantado**. Monografia apresentada como requisito parcial para a disciplina de metodologia da pesquisa para conclusão do curso de Terapia da Família, Universidade Candido Mendes, 2007.

MARIOTTI, Milton Carlos. **Qualidade de vida na hemodiálise: impacto de um programa de terapia ocupacional**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde. Curitiba, 2009.

MELLO, Cristiane Ferraz Quevedo de. **O serviço social no Hospital Nossa Senhora da Conceição e o trabalho em equipe**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como Requisito parcial à obtenção do título no curso de especialização em informação científica e tecnológica em saúde. Porto Alegre, 2009.

RAMOS, Bruno Leal. **Participação da família junto ao paciente em tratamento dialítico**. Monografia (Curso de Pós-graduação em Nefrologia) Universidade Paulista. Centro de Consultoria Educacional. Recife: Ed. do Autor, 2012. 28f..

RAMOS, Bruno Leal. **Participação da família junto ao paciente em tratamento dialítico**. Monografia (Curso de Pós-graduação em Nefrologia) – Universidade Paulista. Centro de Consultoria Educacional. Recife : Ed. do Autor, 2012.

RIBEIRO, D.F.et al. Processo de cuidar do idoso em diálise peritoneal ambulatorial continua no domicílio. 2009_ IN RAMOS, Bruno Leal. **Participação da família junto ao paciente em tratamento dialítico**. Monografia (Curso de Pós-graduação em Nefrologia) Universidade Paulista. Centro de Consultoria Educacional. Recife: Ed. do Autor, 2012. 28f..

ROMÃO JUNIOR, João Egidio. **Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação**. Artigo publicado em 2013. Disponível em file:///C:/Users/Supervisor/Downloads/v26n3s1a02%20(2).pdf. Acesso em 07.08.16

SILVEIRA, Jussara Grossi Barros da. **O colegiado do centro de convivência do idoso D' Itália Franco: uma análise de sua importância para os idosos participantes**. Monografia de Conclusão de Curso apresentada ao Departamento de Política de Ação do Serviço Social da Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. Juiz de Fora, 2011.

SIMONETTI, Janete Pessuto; FERREIRA, Joice Cristina. **Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica**. Artigo publicado em 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/03.pdf>. Acesso em 03.03.16.

SOUZA, Maciela Rocha. **Serviço social e o exercício profissional: desafios e perspectivas contemporâneas**. Artigo publicado em 2012. Disponível em [http://fjav.com.br/revista/Downloads/edicao07/Servico Social e o Exercício Profissional Desafios e Perspectivas Contemporaneas.pdf](http://fjav.com.br/revista/Downloads/edicao07/Servico%20Social%20e%20o%20Exercicio%20Profissional%20Desafios%20e%20Perspectivas%20Contemporaneas.pdf)

TEIXEIRA, Rodrigo da Silva et al. **Participação familiar no tratamento do paciente renal crônico**. Artigo publicado em 2012. Disponível em <http://www.uss.br/pages/revistas/revistaprouiversus/V4N12013/pdf/004.pdf>. Acesso em 04.05.16