



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL - CAMPUS SÃO BORJA/RS**

**VITÓRIA CAROLINE LOPES CRUZ**

**DETERMINANTES SOCIAIS DO ADOECIMENTO RENAL: AS MEDIAÇÕES DAS  
CONDIÇÕES E MODOS DE VIDA COM OS PROCESSOS DE SAÚDE E DOENÇA**

**São Borja – RS  
2023**

**VITÓRIA CAROLINE LOPES CRUZ**

**DETERMINANTES SOCIAIS DO ADOECIMENTO RENAL: AS MEDIAÇÕES DAS  
CONDIÇÕES E MODOS DE VIDA COM OS PROCESSOS DE SAÚDE E DOENÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado na Universidade Federal do  
Pampa, como requisito parcial para  
obtenção do Título de Bacharel em  
Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. José Wesley  
Ferreira

**São Borja – RS  
2023**

## VITÓRIA CAROLINE LOPEZ CRUZ

**DETERMINANTES SOCIAIS DO ADOECIMENTO RENAL: As mediações das condições e modos de vida com os processos de saúde e doença**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Trabalho de Conclusão defendido e aprovado em: 03/02/2023.

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. José Wesley Ferreira

Orientador

UNIPAMPA

---

Prof. Dr. Jocenir de Oliveira Silva

UNIPAMPA

---

Profa Dra Elisângela Maia Pessôa

UNIPAMPA



Assinado eletronicamente por **ELISANGELA MAIA PESSOA, PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 07/02/2023, às 16:05, conforme horário oficial de Brasília, de acordo com as normativas legais aplicáveis.



Assinado eletronicamente por **JOCENIR DE OLIVEIRA SILVA, PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 07/02/2023, às 16:12, conforme horário oficial de Brasília, de acordo com as normativas legais aplicáveis.



Assinado eletronicamente por **JOSE WESLEY FERREIRA, PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 07/02/2023, às 17:33, conforme horário oficial de Brasília, de acordo com as normativas legais aplicáveis.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.unipampa.edu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.unipampa.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1050199** e o código CRC **CCF1D440**.

**DETERMINANTES SOCIAIS DO ADOECIMENTO RENAL: As mediações das condições e modos de vida com os processos de saúde e doença**

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA ENFERMEDAD RENAL: Las mediaciones de las condiciones y modos de vida con los procesos de salud y enfermedad**

Vitória Caroline Lopes Cruz<sup>1</sup>

José Wesley Ferreira<sup>2</sup>

**RESUMO**

No cenário brasileiro a doença renal crônica cresce ano após ano, sendo tratada de forma epidêmica, isso devido a uma série de fatores que oportunistam o seu agravamento. Desta forma, esse artigo buscou desvendar como os determinantes sociais impactam nas condições e modos de vida dos usuários atendidos na Clínica Renal de São Borja e como favorecem a evolução da doença renal crônica. Essa produção abarca uma análise documental dos diários de campo produzidos durante o estágio obrigatório curricular de Serviço Social, onde foram coletadas informações para análise. Trata-se de uma pesquisa descritiva de cunho qualitativo. Os resultados demonstram que a pobreza aliada à fragilidade dos serviços ofertados no âmbito saúde são grandes fatores de risco para o surgimento e agravamento da doença renal crônica, visto que a falta de recursos financeiros impossibilita uma condição de vida no qual as pessoas disponham de tempo e recursos para cuidar da saúde. Também demonstram que o desmonte das políticas públicas de saúde inviabiliza a atuação das equipes de saúde, que não possuem recursos para a operacionalizar os serviços de saúde, favorecendo assim o adoecimento renal, ao mesmo passo que as famílias são inteiramente responsabilizadas pelo bem estar dos seus membros e culpabilizadas pelas desproteções vivenciadas. Destaca-se portanto a importância reconhecer os determinantes sociais da doença renal crônica para a superação desse panorama.

**Palavras-chaves:** Adoecimento renal; Determinantes Sociais de saúde; Condições e modos de vida.

**RESUMEN**

En el escenario brasileño, la enfermedad renal crónica crece año tras año, siendo tratada de forma epidémica, debido a una serie de factores que favorecen su empeoramiento. Así, este artículo buscó desentrañar cómo los determinantes sociales impactan en las condiciones y

---

<sup>1</sup> Graduanda do curso de Serviço Social na Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA, Rio Grande do Sul, Brasil. Bolsista da Chamada Interna nº 07/2022 - GÊNERO E SEXUALIDADE, no Programa de Extensão Mulheres Sem Fronteiras. Integrante do GEOP - Grupo de Pesquisa em Gênero, Ética, Educação e Política. E-mail: [vtoriacruz.aluno@unipampa.edu.br](mailto:vtoriacruz.aluno@unipampa.edu.br)

<sup>2</sup> Doutor em Serviço Social (PUCRS), Mestre em Serviço Social (PUCRS), Graduado em Serviço Social pela Universidade Luterana do Brasil. Professor do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa-Campus São Borja-RS. E-mail: [joseferreira@unipampa.edu.br](mailto:joseferreira@unipampa.edu.br)

estilos de vida de los usuarios atendidos en la Clínica Renal de São Borja y cómo favorecen la evolución de la enfermedad renal crónica. Esta producción comprende un análisis documental de los diarios de campo elaborados durante la pasantía curricular obligatoria de Trabajo Social, donde se recopiló información para el análisis. Se trata de una investigación cualitativa descriptiva. Los resultados muestran que la pobreza combinada con la fragilidad de los servicios ofrecidos en el campo de la salud son factores de riesgo importantes para la aparición y el empeoramiento de la enfermedad renal crónica, ya que la falta de recursos económicos imposibilita que las personas cuenten con el tiempo y los recursos para la atención de la salud. . También demuestran que el desmantelamiento de las políticas públicas de salud inviabiliza el trabajo de los equipos de salud, que no cuentan con los recursos para operar los servicios de salud, favoreciendo así las enfermedades renales, mientras que las familias son plenamente responsables del bienestar de sus hijos e hijas. y culpabilizados por la desprotección experimentada. Por lo tanto, es importante reconocer los determinantes sociales de la enfermedad renal crónica para superar esta situación.

**Palabras clave:** Enfermedad del riñon; Los determinantes sociales de la salud; Condiciones y modos de vida.

## 1 INTRODUÇÃO

O presente artigo foi elaborado nas disciplinas de TCC 1 e 2, configurando-se enquanto Trabalho de Conclusão de Curso, pré requisito para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social. Tem como tema os determinantes sociais de saúde<sup>3</sup> como agravantes do adoecimento renal crônico<sup>4</sup>. Já a delimitação do objeto de estudo foi as condições e modos de vida como determinantes e agravantes do surgimento e desenvolvimento da lesão nos rins.

A motivação para esse estudo advém da experiência nos componentes curriculares de Estágio I e II realizados na Clínica Renal de São Borja, onde observou-se que a maioria dos usuários em tratamento na instituição haviam desenvolvido a insuficiência renal crônica em decorrência da negligência dos cuidados com a diabetes mellitus e hipertensão arterial, duas comorbidades associadas a lesão nos rins. Além disso, as expressões da questão social presentes na vida dos usuários deixam indícios de que o fator socioeconômico pode ser o grande causador do adoecimento renal.

Desta forma, o presente estudo buscou responder a seguinte indagação: Como as condições e os modos de vida condicionam no desenvolvimento e agravamento da

---

<sup>3</sup>Condições de vida e trabalho que exercem influência sobre as condições de saúde do indivíduo ou comunidade (BUSS; FILHO, 2007).

<sup>4</sup>A doença renal crônica consiste na perda progressiva e irreversível da função dos rins.

insuficiência renal crônica? O objetivo geral foi desvendar como os determinantes sociais de saúde se articulam com o desenvolvimento e agravamento da lesão nos rins, com a finalidade de oferecer subsídios que contribuam com o aprimoramento das políticas públicas necessárias para ampliar as condições objetivas para produção, prevenção e assistência a saúde dos usuários em adoecimento renal.

As condições de vida referem-se aos determinantes objetivos que ampliam as possibilidades de cuidados em saúde, por exemplo, condições de trabalho, moradia, renda, etc. Já o modo de vida se refere ao modo como os sujeitos experienciam suas condições de vida e articulam estratégias para viver em determinadas condições objetivas (THOMPSON, 1981). Portanto, as condições de vida podem limitar ou ampliar as possibilidades de desenvolvimento de modos de vida que incidem nos cuidados em saúde, visto que um trabalhador informal está exposto a maiores riscos, carga horária extensa e estresses relacionados a instabilidade do seu vínculo de trabalho ou inexistência do mesmo nos casos onde o trabalhador exerce suas atividade por conta própria. Já um trabalhador que tem vínculo estável e uma renda elevada dispõe de mais condições de desenvolver um modo de vida no qual o planejamento cotidiano inclui exercícios físicos e a organização logística para se alimentar de um modo saudável, dentre outras atividades que permitem a ampliação da saúde, que também são resultantes de suas condições de trabalho como dispor de tempo para atividades de lazer com a família, amigos e renda para acessar teatros, cinemas, viagens.

Portanto, as condições de vida condicionantes dos modos de vida podem limitar ou ampliar as possibilidades de produção, prevenção e assistência a saúde dos usuários em adoecimento renal, visto que o modo de vida de pessoas que ocupam a maior parte do seu tempo planejando e desenvolvendo estratégias de sobrevivência para suprir necessidades imediatas, tende a negligenciar os cuidados com a saúde física e mental. Nesse contexto, os usuários por falta de tempo, dinheiro e energia, negligenciam a alimentação e o acesso a serviços preventivos de saúde pública o que potencializa o surgimento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes mellitus que quando não são identificadas e tratadas podem se agravar e produzir o adoecimento renal.

A presente pesquisa baseia-se em um estudo descritivo de cunho qualitativo por considerá-la mais adequada aos objetivos desta pesquisa. Para MINAYO (2002) a pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo nas relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A análise da

realidade foi feita com base no método dialético-crítico a partir de quatro categorias essenciais, a mediação, totalidade, historicidade e a contradição.

A pesquisa tem como universo a totalidade dos diários de campo produzidos durante o período de estágio curricular obrigatório em serviço social. Já a amostragem foi composta pelos diários que demonstraram como as condições e modos de vida impactam na produção e no agravamento do adoecimento renal. A amostra retrata um “subconjunto do universo ou da população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população”(GIL, 2008, p. 90). Foi utilizada a amostragem não probabilística, pois a finalidade do estudo não é quantificar ou mensurar os dados obtidos (GIL, 2008). O critério de definição de amostragem foi a identificação de extratos dos diários de campo que demonstraram a relação das condições e dos modos de vida com o surgimento e agravamento do adoecimento renal crônico.

Foram elaboradas duas questões norteadoras: 1. Como a escassez de recursos financeiros se relaciona com o surgimento e agravamento do adoecimento renal? 2. Como a fragilização dos vínculos familiares, comunitários e sociais incidem no desenvolvimento/agravamento da doença renal?

As respostas dessas questões norteadoras ajudaram no processo de desvendamento de “Como as condições e os modos de vida condicionam o desenvolvimento da insuficiência renal crônica dos/as usuários/as da Clínica Renal de São Borja?

O artigo está estruturado da seguinte forma: Introdução; Os reflexos da escassez de recursos financeiros e da precariedade na oferta de serviços nos processos de saúde e doença; Necessidades básicas dos usuários da clínica renal de São Borja- RS; Vínculos sociais, familiares e o trabalho do assistente social no agravamento da doença renal; Por fim as considerações finais.

## **2 OS REFLEXOS DA ESCASSEZ DE RECURSOS FINANCEIROS E DA PRECARIEDADE NA OFERTA DE SERVIÇOS NOS PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA**

No sistema de produção capitalista, dispor de recursos financeiros significa ter acesso a bens e serviços que proporcionem uma qualidade de vida adequada. No contexto atual a saúde<sup>5</sup> está diretamente condicionada ao poder de compra, uma vez que após a deposição ilegítima da presidenta Dilma Rousseff em 2016, “o governo ilegítimo de Temer se

---

<sup>5</sup>Segundo a Organização Mundial da Saúde (1946), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.



encarregou de adequar o País às exigências da acumulação capitalista em nível mundial, impondo um “novo regime fiscal” e uma agenda de ofensivas ao trabalho, às políticas sociais e ao meio ambiente que conformam a nova etapa do ajuste neoliberal, o ultra neoliberalismo”(CASSIN, 2022, p. 18). Desde então, no Brasil, tem se intensificado a violação de direitos sociais, impactando diretamente as populações mais vulneráveis, que sofrem diariamente com a falta de recursos essenciais para a sobrevivência e consequentemente tem sua saúde afetada em virtude da falta de acesso ao produto social<sup>6</sup>.

Apesar de a saúde, assistência social, previdência social, educação, trabalho, moradia, transporte e lazer se firmarem como direito comum a todos os brasileiros desde a Constituição Federal de 1988, evidencia-se que o acesso a bens e serviços que promovem a qualidade de vida estão diretamente ligados à renda, de forma que quanto maior a renda mais qualidade de vida o indivíduo pode proporcionar para si e seus familiares. Dados levantados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019), evidenciam que o percentual de famílias com rendimento per capita de até meio salário mínimo que praticam atividades físicas é de 21,8%, enquanto para famílias com o rendimento maior que 3 salários mínimos o índice sobe para 48,80%. Grande parte da classe trabalhadora demonstra falta de tempo e renda para desenvolver atividades de produção de saúde, demonstrando que os condicionantes à produção de saúde estão relacionados a ausência de tempo e dinheiro.

Os trabalhadores, principalmente os mais precarizados, gastam a maior parte do seu tempo de vida em atividades laborais pelas quais recebem baixos salários. Portanto, nos termos de Marx (2004), os mesmos vivem na busca de satisfazer suas grosseiras necessidades, seus modos de vida se reduzem a trabalhar para viver e viver para trabalhar, pois não tem tempo para praticar esportes, cuidar da alimentação, realizar atividades de lazer, etc. Esses trabalhadores mais precarizados também não dispõem de recursos financeiros, visto que recebem apenas o suficiente para alimentação e gastos básicos<sup>7</sup>. Dessa forma, mesmo que houvesse políticas públicas eficazes, a classe trabalhadora ainda seria obrigada a dedicar a maior parte do seu tempo de vida ao trabalho, tendo em vista a necessidade do salário para subsidiar suas condições de vida. Para pensar uma sociedade na qual as condições de vida proporcionam o desenvolvimento de um modo de vida onde os seres humanos teriam plena liberdade para produzir saúde é necessário superar o modo de produção capitalista, já que

---

<sup>6</sup> Riqueza produzida pelo trabalho humano.

<sup>7</sup> Às vezes, não conseguem renda sequer para demandas básicas como alimentação, custeio de despesas com água e luz, dentre outras.

“enquanto existir a lei geral da acumulação capitalista existirá a “questão social” e seus desdobramentos para a saúde” (SOUZA, et al, 2013, p. 56).

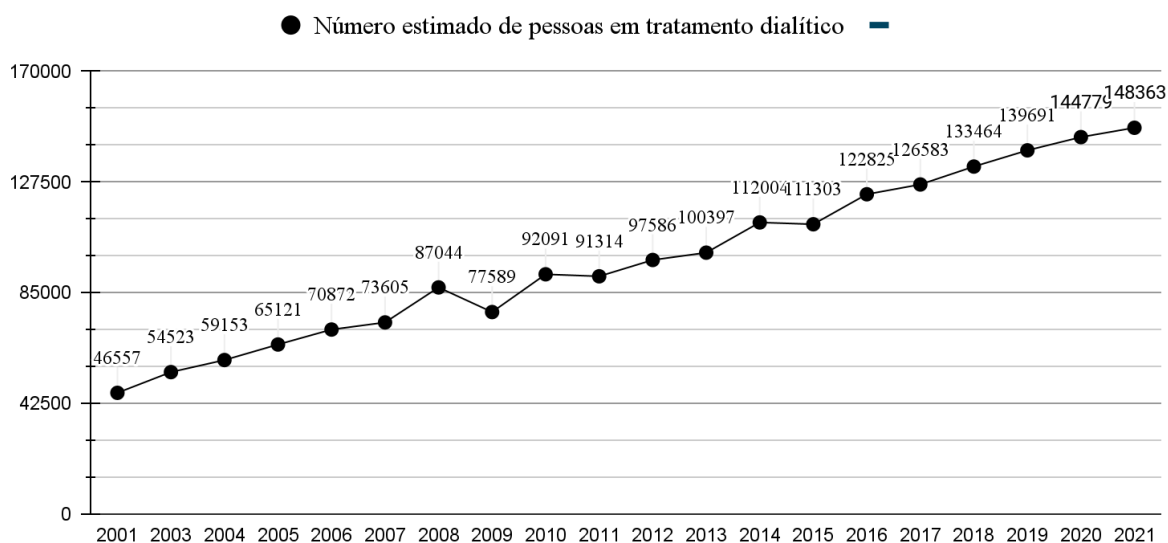
Atualmente doenças como a Tuberculose, hanseníase, verminoses, malária e doença de Chagas já são associadas à pobreza visto que são ocasionadas pelas condições de higiene e saneamento, enquanto outras como a diabetes mellitus e a hipertensão são mais comumente associadas a pré disposições genéticas, mesmo que seu agravamento esteja diretamente relacionado às condições e modos de vida que são condicionados pelo poder aquisitivo de cada um. Natalino Salgado Filho, reitor da UFMA, durante a 9º Conferência Internacional de Nefrologia afirmou que:

Todos os envolvidos com este tema concordam que as causas são multifacetadas e com forte componente sócio-econômico [...] tanto a doença renal como as comorbidades associadas enquadram-se, não como doenças da pobreza, mas que atingem de maneira especialmente relevante às classes menos favorecidas, em virtude de terem menos acesso ao sistema de saúde, alimentação adequada, educação de alta qualidade, fator que é um aliado poderoso nas políticas de prevenção.

A doença renal vem sendo tratada de forma epidêmica visto que cresce ano após ano devido a prevalência da hipertensão e diabetes mellitus, as principais causadoras do adoecimento renal, ambas doenças que podem ser tratadas com alimentação saudável, atividade física e adesão à medicação ao ponto de evitar seu desdobramento em adoecimento renal. Portanto, o tratamento dessas doenças se constitui como medida preventiva ao adoecimento renal.

Conforme a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2021), estima-se que o número de pessoas em tratamento dialítico em 2021 tenha sido de 148.363, 2,5% a mais que no ano anterior. No período de 19 anos de monitoramento, o número de pessoas em tratamento dialítico teve queda somente nos anos de 2009, 2011 e 2015 como demonstrado no gráfico a seguir:

Gráfico 1- Pessoas em tratamento dialítico por ano.



Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia (2021).

É importante ressaltar que 82% dos pacientes em adoecimento renal têm seus tratamentos financiados pelo Sistema Único de Saúde por meio do repasse de recursos públicos a clínicas privadas e, também, vinculadas a instituições filantrópicas. Destaca-se também que as respostas que informam sobre o quantitativo de usuários em adoecimento renal são vagas estimativas, visto que as clínicas renais não são obrigadas a enviar seus dados referentes ao número de usuários com a doença<sup>8</sup> o que inviabiliza o monitoramento e reduz as possibilidades de planejamento de políticas públicas para prevenir o adoecimento renal e tratar as pessoas já acometidas pela doença. Os dados divulgados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia também demonstram que no Brasil existem 849 unidades de diálise, das quais apenas 120 responderam ao censo de 2021, demonstrando a fragilidade dos dados apresentados sobre o quantitativo de usuários em adoecimento renal no país. Além disso, os dados informam apenas sobre o quantitativo de usuários com adoecimento renal, não demonstrando seus determinantes relacionados com diabetes e hipertensão. Nesse sentido, um melhor monitoramento pode auxiliar no rastreamento de fatores agravantes, além de contribuir para a criação de estratégias que vão auxiliar na coordenação do cuidado da Atenção Básica.

Os programas de prevenção e atenção à Hipertensão e Diabetes são operacionalizados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio das Estratégias de Saúde da

<sup>8</sup>A clínica renal de São Borja-RS não participou do censo de 2021 promovido pela Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Família. Em 2017, houveram alterações que flexibilizaram o financiamento e reduziram a qualidade dos serviços por meio da redução do número mínimo de agentes comunitários que passou a ser um por Equipe de Saúde da Família, aumentando assim as suas demandas. Além disso, a nova normativa atribui a Equipe de Saúde da Família as ações dos agentes de combate a endemias e facultam as competências atualmente desempenhadas pelos técnicos de enfermagem (MELO, et.al., 2018).

As mudanças na forma de financiamento da Atenção Básica atendem a necessidade de reduzir os gastos sociais, coerente com a política de ajuste ultraneoliberal. Elas produzem a precarização do trabalho na atenção básica e aumentam os desafios para trabalhar a prevenção da hipertensão e diabetes mellitus, uma vez que a diminuição dos agentes comunitários dificulta a realização de atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde. O agente comunitário também é fundamental no fortalecimento do vínculo entre os usuários e as unidades de saúde, formando uma espécie de ponte de informações, onde chegam até as unidades de saúde as demandas da população e a população as informações de saúde. Sem essa ponte fica a cargo dos usuários que residem no território a responsabilidade de identificar os sintomas ou agravos e buscar a unidade de saúde.

A detecção da Doença Renal é especialmente difícil sem a realização de exames periódicos, uma vez que evolui silenciosamente e só apresenta sintomas quando os rins já estão com grande parte da sua função comprometida, eliminando assim algumas possibilidades de reduzir os danos e impedir a evolução para Insuficiência Renal<sup>9</sup>.

Para BREGMAN (2006) a detecção precoce da doença renal e condutas adequadas podem retardar a evolução da doença e impedir complicações, melhorando assim a qualidade de vida dos usuários e diminuindo os custos do tratamento. Na clínica renal de São Borja evidencia-se que

muitos casos poderiam ser evitados, já que grande parte dos usuários desenvolve insuficiência renal crônica porque não recebeu o tratamento adequado para diabetes e/ou hipertensão, duas doenças que poderiam ser controladas, com diagnóstico precoce e adoção de hábitos saudáveis de alimentação, prática de exercícios físicos entre outros fatores, além do tratamento gratuito previsto pelo SUS. (CRUZ, 2021, p.2)

Por essa razão, faz-se importante viabilizar o funcionamento da atenção básica na detecção precoce dos fatores de risco da doença renal e adoção dos protocolos de tratamento. A promoção da saúde depende do investimento público, qualificação das equipes e implementação de planos estratégicos para alcançar a população, considerando as características do seu território e suas condições de vida e trabalho pois existem uma série de

---

<sup>9</sup> Condição irreversível na qual os rins perdem a capacidade de efetuar sua função.

fatores sociais que influenciam nesse processo, fatores que são produzidos na estrutura social capitalista e se manifestam e se reproduzem no modo de vida dos usuários do SUS. Ainda, se a prevenção ou tratamento de uma doença depende da disponibilidade de recursos financeiros para o custeio de determinados produtos e serviços, pode-se concluir que as pessoas que não dispõem desses recursos têm maior probabilidade de desenvolver essas doenças.

## **2.2 NECESSIDADES BÁSICAS DOS USUÁRIOS DA CLÍNICA RENAL DE SÃO BORJA- RS**

A alimentação saudável antes de tudo é uma necessidade básica, pré requisito para prevenção de qualquer agravo em saúde, além de ser um direito constitucional que em maior ou menor medida não consegue ser assegurado a todas as famílias e como supracitado tem grande influência sócio econômica. Durante a realização do estágio curricular obrigatório na Clínica Renal de São Borja foi possível desvendar algumas expressões da questão social que se manifestam na realidade dos usuários e sua família, dentre elas a insegurança alimentar e falta de acesso a roupas e agasalhos. Dados publicados pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (PENSSAN) informa que cerca de 33 milhões de pessoas passaram fome no Brasil em 2022, índice especialmente preocupante para o país que é o terceiro maior produtor de alimentos do mundo, deixando nítida a urgência com que a fome precisa ser tratada.

Os rins são fundamentais para o funcionamento do corpo, por isso o seu mau funcionamento traz riscos ao funcionamento de outros órgãos, dessa forma é comum que pessoas com insuficiência renal em hemodiálise sofram com a desnutrição energético-proteica e alterações na taxa de minerais (MACHADO, et. al, 2014). O trecho do diário de campo a seguir demonstra a realidade dos usuários em hemodiálise de São Borja:

Ao iniciar o tratamento de hemodiálise os usuários precisam se submeter a uma dieta mais rígida, devido às restrições impostas pelo próprio tratamento e pelas patologias associadas a IRC, como a diabetes mellitus, hipertensão, anemia, desnutrição, entre outras. No entanto, essas dietas específicas para cada paciente demandam condições financeiras que muitas vezes não existem. (CRUZ, 2021, p.2)

A pessoa em hemodiálise precisa adotar uma dieta personalizada, que deve ser feita por nutricionista mediante a avaliação do quadro clínico e com base nos exames que apontam as perdas de nutrientes que ocorrem durante a sessão de hemodiálise. Cada usuário vai demandar uma alimentação diferente, por isso a importância do acompanhamento nutricional dentro da equipe multidisciplinar que vai ser capaz de auxiliar na adaptação e acesso aos alimentos adequados.

A diabetes mellitus e a hipertensão são doenças causadoras do adoecimento renal e ambas são causadas por fatores modificáveis, ou seja, podem ser evitadas com a adoção de hábitos saudáveis como alimentação adequada e rotina de exercícios físicos, além do diagnóstico precoce e a adoção de condutas adequadas que podem evitar o seu desenvolvimento. No entanto como supracitado a pobreza é uma das barreiras para a produção de saúde que associada a precarização das políticas públicas de saúde e a responsabilização das famílias pela promoção do seu bem estar oportuniza o aumento de pessoas atingidas pela diabetes e hipertensão que futuramente, se não tiverem acesso ao tratamento adequado pode evoluir para doença renal crônica.

Na clínica Renal de São Borja evidencia-se que a alimentação dos usuários é condicionada pelo seu acesso, ou seja, se alimentam daquilo que está disponível.

Na clínica, atualmente não acontecem os atendimentos com a nutricionista. A alimentação é pauta somente quando um novo usuário chega na clínica, onde no momento do acolhimento são repassados a família algumas recomendações, dentre elas os alimentos que devem ser evitados pelo usuário em hemodiálise. Essas informações geralmente são passadas pelo/a enfermeiro/a. (CRUZ, 2021, p. 2)

Nesse sentido, a falta de acesso soma-se a falta de instrução e o usuário acaba consumindo, não por opção, alimentos que vão prejudicar a sua saúde, deixando nítido que nos diversos estágios de saúde dos usuários a negligência dos hábitos alimentares agrava e desenvolve outras doenças. Nos termos de SOUZA et. al (2013) “há um mútuo condicionamento entre esses diversos fatores sociais – a título de exemplo: a pobreza que gera doença que gera mais pobreza”.

No entanto, o acesso aos alimentos não é o único obstáculo a ser ultrapassado, já que a raiz do problema é a pobreza decorrente das contradições do capitalismo. Logo, existem privações objetivas decorrentes da falta de dinheiro que se desdobram em falta de alimento, gás, panelas, fogão e dificuldades no planejamento dos cuidados em saúde pelo usuário em adoecimento renal. O processo no qual eles necessitam elaborar muitas estratégias para acessar os recursos materiais para subsistir produz um asoberbamento mental que obstaculiza o planejamento das compras e a preparação de comidas adequadas a dietas.

A preocupação em suprir as necessidades imediatas fundamentais para a manutenção da vida colocam os indivíduos em um modo de sobrevivência guiado pelas grosseiras necessidades, onde o cuidado com a saúde não se insere como prioridade, já que isso só poderia afetá-lo a longo prazo. Por hora, devido a necessidade de suprir as demandas mais imediatas do dia a dia como a fome e o frio, esse indivíduo fica por hora alienado de si próprio, impedido de se enxergar como ser humano passível de experimentar boas sensações e

de planejar os cuidados com sua saúde. A pobreza como produto das relações capitalistas alimenta cada vez mais a questão social, produzindo mais e mais expressões.

O adoecimento renal aparece imediatamente fragmentado da questão social como sendo um problema estritamente clínico, de fatores biológicos, mas seu desenvolvimento e agravamento é intensamente produzido por processos sociais decorrentes do modo de produção capitalista, visto que o desemprego, precarização do trabalho, pobreza, falta de acesso à alimentação e o modo de vida determinado pela satisfação das grosseiras necessidades obstaculiza o desenvolvimento de estratégias de sobrevivência no qual os usuários tenham condições de vida que permitam inserir os cuidados em saúde em sua rotina, o que favorece o desenvolvimento de doenças que ocasionam outras doenças.<sup>10</sup>

Sabendo da importância da alimentação adequada para as pessoas em adoecimento renal, a portaria Nº 389, DE 13 DE MARÇO DE 2014, define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica, deixando assegurado em seu Art. 9º aos usuários das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia o direito ao aporte nutricional, sob orientação do nutricionista e com base na prescrição médica. Na unidade de São Borja esse direito não é atendido, sendo substituído por ações assistencialistas como evidenciado a seguir:

Os aportes nutricionais entregues pela clínica aos usuários são doados por iniciativas da sociedade civil, arrecadados através de campanhas de doação de alimentos, portanto nem sempre condizem com as orientações nutricionais. São montados de acordo com a disponibilidade de alimentos e não consideram as especificidades da prescrição de cada usuário. Além disso, a quantidade de aportes é insuficiente e não condiz com a previsão legal. (CRUZ, 2021, p. 3)

Não foi possível evidenciar os motivos pelos quais são utilizadas doações de iniciativas civis, o fato é que esse direito não está sendo garantido de acordo com o previsto, exigindo da assistente social a busca por recursos além dos disponíveis na instituição, resultando na participação do assistencialismo da sociedade civil, que tenta através de doações resolver essa lacuna. Além de resgatar práticas assistencialistas, as doações são insuficientes e inadequadas às dietas dos usuários que as recebem. Diante da indisponibilidade da quantidade adequada de alimentos para o número de usuários, a Assistente Social precisa estabelecer um critério para a distribuição. O critério mais comum utilizado é “quem mais precisa”, onde a profissional precisa decidir quais pessoas têm uma necessidade mais urgente de adquirir tais alimentos. O trecho do diário de campo a seguir mostra a origem dos alimentos:

As cestas básicas são doadas pelas “mulheres da sociedade”, chegando à instituição de modo irregular, numa frequência de mais ou menos uma vez por mês. Como eram poucas cestas básicas para a demanda, a assistente social tinha a ingrata tarefa de

---

<sup>10</sup> Hipertensão e diabetes que desencadeiam o adoecimento renal.

decidir quem eram as pessoas em maior vulnerabilidade para destinar as cestas básicas doadas. (CRUZ, 2021, p.3)

A política de assistência social ajustada aos interesses ultraneoliberais faz a manutenção da pobreza através da precarização de tais políticas, como a terceirização das responsabilidades no âmbito da saúde. As instituições de direito privado e interesse público são fundamentais para a estratégia de desmonte da saúde pública, uma vez que o Estado cada vez mais se utiliza dos benefícios desta para a violação de direitos da classe trabalhadora e flexibilização das leis que institucionalizam o SUS. As instituições de caráter privado, mesmo que atendendo aos interesses públicos e financiadas pelos SUS, possuem autonomia para gerir sua abordagem, definição de prioridades, equipe de trabalho e vínculo empregatício. A contratação de serviços privados exime o Estado da criação de mecanismos públicos para o atendimento de tais demandas. Esse movimento demonstra explicitamente o tipo de atenção que o Estado dá à classe trabalhadora, mínima, sem a intenção de diminuir os índices de vulnerabilidade social, intencionalmente nutrida para dar manutenção à máquina capitalista. Este cenário também deixa implícita a culpabilização dos usuários pela situação de pobreza em que se encontram, como se fossem eles os responsáveis pelas vivências às quais são submetidos devido a negligência do acesso a saúde, renda, trabalho, moradia, saneamento básico etc. Além disso, as políticas públicas têm se reestruturado como políticas que atendem aqueles que mais necessitam com medidas emergenciais e atenção somente às demandas aparentes e imediatas, sem a intenção de romper com os ciclos de violência que se manifestam na vida dos usuários.

Ações como as realizadas pela clínica renal de São Borja não atendem as demandas dos usuários e ainda reforçam a padronização nos atendimentos e serviços ofertados, que desconsideram as especificidades de cada usuário. Ações como estas vão de encontro com o princípio da integralidade, da equidade e negligenciam o direito dos usuários em adoecimento renal ao acesso a uma dieta especial que considere suas particularidades.

Conforme SENNA (2002), a equidade sugere um atendimento ajustado às particularidades dos usuários que têm demandas diferentes em razão da idade, condições sociais e quadro de saúde agravado. O paciente em adoecimento renal não pode receber o mesmo aporte nutricional que um usuário que não tem restrições em suas dietas. A superação desse problema requer a intensificação da intersetorialidade das políticas públicas de saúde e assistência social, pois a ausência de articulação entre os setores inviabiliza a prestação de serviços que contemplem o princípio da integralidade que, nos termos FRACOLLI, et. al (2010), considera o sujeito a partir de seus aspectos sociais, culturais e ideológicos,



extrapolando a análise isolada da doença na qual ela é fragmentada do contexto no qual o sujeito vive.

Desse modo, os usuários que vivenciam a pobreza e o adoecimento renal quando acessam o direito a alimentação, tem seu direito à saúde violado, porque o tratamento das comorbidades associadas ao adoecimento renal como diabetes mellitus e hipertensão requerem uma alimentação baseada em frutas, verduras, grãos integrais, leguminosas e restringe alimentos com açúcar e sódio, completamente distante dos aportes nutricionais distribuídos pela política de assistência social que são padronizadas e contém somente alimentos não perecíveis, enlatados que são carregados de sódio e não contém verduras, frutas, leguminosas, grãos integrais que seriam fundamentais para o tratamento do usuários em hemodiálise.

No caso da clínica renal de São Borja, a alimentação é garantida pelas cestas básicas doadas pelas “mulheres da sociedade” que também não se adequam às dietas dos usuários em adoecimento renal. Portanto, tanto a ausência de aportes nutricionais distribuídos pela assistência social como a inadequação das cestas básicas repassadas aos usuários em adoecimento renal expressam a redução de investimentos sociais que inviabilizam a garantia de direitos.

Outras demandas ligadas à pobreza foram percebidas, uma delas a falta de roupas e agasalhos, itens essenciais para a manutenção da vida, visto que no inverno protegem do frio e são importantes para a convivência em sociedade. No Brasil hoje são realizadas em diversas instituições, sejam públicas ou privadas, às "campanhas do agasalho", essas iniciativas reforçam e incentivam a caridade em mais um dos casos onde a sociedade é chamada a resolver um problema estrutural gerado pelos instrumentos capitalistas como demonstra o trecho do diário de campo:

A demanda por roupas, calçados e agasalhos chega através dos usuários, da família e também é identificada pelos profissionais que atendem na instituição e os que prestam serviços fora da clínica, mas recorrem a ela como referência na solução desse problema. Essa demanda é parcialmente atendida pelas iniciativas civis. (CRUZ, 2021, p.)

A campanha do agasalho é mais uma das estratégias utilizadas para a diminuição do investimento em políticas públicas através da responsabilização da sociedade civil, em nome da solidariedade e oportunidade de fazer o bem ao próximo. No entanto, vale ressaltar que caridade não constitui direito, mas sim em uma atividade caritativa que não é universalizada e não possui regras para sua operacionalização. Como evidência MONTAÑO

Tais respostas não constituiriam direito, mas uma atividade filantrópico/voluntária ou um serviço comercializável assim como a qualidade dos serviços responde ao

poder de compra da pessoa, a universalização cede lugar à focalização e descentralização, a “solidariedade social” passa a ser localizada, pontual, identificada à auto-ajuda e ajuda mútua.[...] Em idêntico sentido, os serviços sociais, a assistência estatal, as subvenções de produtos e serviços de uso popular, os “complementos salariais” etc., se vêem fortemente reduzidos em quantidade, qualidade e variabilidade. O que significa que os “serviços estatais para pobres” são “pobres serviços estatais”. (MONTAÑO, s/a, p.3)

Assim como os aportes nutricionais, as roupas doadas são insuficientes para a atenção integral da demanda, exigindo também a criação de critérios pelos profissionais para a distribuição.

A distribuição dos agasalhos é feita com base nos critérios da profissional que identifica quem mais precisa e avalia as condições que cada usuário tem de cuidar dos itens, aquele julgado como o mais apto recebe as roupas mais novas, os cobertores mais quentes, os calçados em melhor condição. (CRUZ, 2021, p.3)

A crueldade existente nesse processo é justamente priorizar o cuidado com o objeto e não com a pessoa. No caso dos agasalhos, diferentes dos alimentos, não existe uma garantia legal para a materialização desse direito, assim o recolhimento e a distribuição dos agasalhos fica a critério de cada instituição, que pode adotar práticas caritativas e culpabilizadoras, remontando as práticas exercidas pelo serviço social no seu surgimento como profissão. Segundo LESSA (2011) o Serviço Social firma sua atuação na saúde executando práticas pautadas no modelo assistencial médico, curativo e hospitalocêntrico da previdência social, que reproduzia a lógica burocrático-centralizada das políticas públicas, devido a essas raízes controversas onde a profissão surge, até os dias atuais existe a necessidade de reafirmar que a categoria profissional atua em favor da equidade, justiça social, na defesa dos direitos humanos e pela ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à contribuir com a garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras. Esses e outros princípios são firmados pela Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e pelo Código de Ética Profissional (1993), documentos fundamentais para a regulamentação da profissão.

Por isso, é preciso caminhar no sentido de transformar o acesso a roupas em responsabilidade do Estado, visto que da mesma forma que alimentação e condições adequadas de moradia fica condicionado ao poder aquisitivo de cada um que por sua vez é determinado pelo seu acesso ao trabalho e renda.

### **3 VÍNCULOS SOCIAIS, FAMILIARES E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO AGRAVAMENTO DA DOENÇA RENAL**

A insuficiência renal crônica causa diversas mudanças no dia a dia do usuário diagnosticado e daqueles que o cercam, modifica os vínculos familiares, sociais e de trabalho.

Esse diagnóstico representa mudanças nos hábitos alimentares, adesão a uma rotina de realização de exames, consultas, hemodiálise<sup>11</sup>, cuidados com a fistula arteriovenosa<sup>12</sup>, adoecimento mental e modificações na sua auto imagem, além dos efeitos colaterais da condição clínica, do tratamento e dos remédios. Já para a família o diagnóstico implica na reorganização financeira, redistribuição de tarefas, modificações na dinâmica do dia a dia da família, sobrecarga gerada pela responsabilidade atribuída a família em garantir o bem estar dos seus membros, perda de vínculos a medida em que precisam se dedicar em tempo integral aos cuidados do familiar com IRC, adoecimento mental, entre outros.

A rotina de hemodiálise requer quatro sessões semanais com duração média de três horas cada uma, podendo variar de acordo com a necessidade de cada usuário. O trecho do diário de campo a seguir demonstra alguns efeitos colaterais das sessões.

Nas salas de hemodiálise quem reina é o silêncio, poucos se manifestam sequer para cumprimentar quando chegamos. A assistente social conversa diretamente com o usuário somente quando não é possível fazer contato com algum familiar e na maioria das vezes o diálogo com o usuário é difícil devido a fragilidade do mesmo. Durante as sessões os usuários permanecem muito quietos, devido aos incômodos gerados pela filtragem, é comum que haja oscilações na pressão arterial, sensação de fraqueza e dores (CRUZ, 2022, p.2)

Também foi possível observar que a idade e doenças pré existentes determinam a intensidade dos sintomas, pessoas mais novas possuem maior mobilidade e interagem mais com a equipe, enquanto pessoas de maior idade apresentam maior dependência dos profissionais ou acompanhantes. A doença renal afeta em maior quantidade pessoas idosas, tanto pelo processo natural de envelhecimento como pela alta prevalência de diabetes mellitus e hipertensão arterial nesta população (SESSO et al., 2017 apud CARVALHO et al, 2010, p.131), por isso é comum que esteja associada também a doenças que afetam com maior incidência esse grupo demográfico, como doenças cardiovasculares, alzheimer, mal de parkinson, infecções respiratórias, catarata, osteoporose, entre outros. Isso fica evidenciado nos trechos dos diários de campo a seguir:

A insuficiência renal por si só não incapacita o usuário, mas é uma condição que na maioria dos casos está associada a uma ou várias comorbidades como a diabetes mellitus, hipertensão arterial, anemia, além de ser uma doença mais comum em pessoas com idade acima de 65 anos. (CRUZ, 2022, p.3)

Com exceção da diabetes mellitus e hipertensão arterial, outras doenças pré existentes podem não causar a doença renal, mas quando associadas podem gerar o agravamento da doença e das condições físicas e psicológicas do usuário. O Alzheimer, por exemplo, por si só não modifica o quadro clínico, mas determina um maior nível de cuidado, visto que para

---

<sup>11</sup> Procedimento no qual uma máquina filtra o sangue, substituindo a função dos rins.

<sup>12</sup> Acesso venoso a uma artéria que possibilita a filtragem do sangue durante a hemodiálise.

garantir o bem estar da pessoa acometida por ele vai ser necessário um acompanhante sempre presente para evitar acidentes ou para ajudá-lo a manter sua rotina de alimentação e higiene.

As sessões de hemodiálise tornam-se a principal atividade da pessoa em adoecimento renal não só porque é fundamental para a manutenção da sua vida e saúde, mas porque produzem efeitos colaterais permanentes que causam indisposição para o desenvolvimento de outras atividades. Nesse sentido, é comum que a pessoa em hemodiálise passe a se dedicar quase exclusivamente às demandas da doença, deixando de lado hábitos anteriores ao diagnóstico, como viagens, visitas, atividades de lazer, físicas, domésticas e de trabalho.

Na maioria das vezes, a rotina do paciente se restringe a consultas médicas, sessões de hemodiálise três vezes por semana por um período de quatro horas a sessão, estando o paciente restrito a uma dieta e principalmente limitado à execução de tarefas que requeiram esforços físicos, pois sente-se muito fraco e cansado. (CENTENARO, 2010, p. 1882)

Nesse processo é comum que ocorra o afastamento das atividades laborais em razão da indisposição da pessoa em adoecimento renal e porque a maioria dos vínculos de trabalho não aceitariam um funcionário que precisa se ausentar quatro vezes por semanas, por quatro horas, sem contar o tempo do deslocamento até a clínica. A pessoa em tratamento tem sua mobilidade afetada e sua capacidade de interação social diminuída, atividades que exigem muito esforço físico são imediatamente cortadas para preservar a fístula arteriovenosa que exige cuidados especiais, como evitar hematomas que dificultam a circulação sanguínea, higienização adequada para evitar a proliferação de bactérias e alimentação adequada, pois não é incomum em pessoas com diabetes mellitus a perda do acesso por meio da fístula por conta da alteração na taxa de glicose, entre outros cuidados. A fístula é de extrema importância, visto que é por ela que a filtração do sangue é feita.

Dessa forma, o desemprego afeta a família no aspecto econômico, que conseqüentemente gera estresse em outros aspectos devido a falta de recursos para alimentação, moradia, água, luz, entre outros. Mesmo que o usuário tenha direito ao Benefício de Prestação Continuada no valor de um salário mínimo, verifica-se que este valor não é suficiente para subsidiar os custos da manutenção da vida e bem-estar de uma família, nem os custos extras com o tratamento do familiar com doença renal crônica. Dados do DIEESE apontam que, no Brasil, em novembro de 2022 o salário mínimo necessário para atender uma família de quatro pessoas era de R\$ 6.575,30.

Nesse contexto é exigido uma reorganização nas despesas da família, contenção de gastos ou sobrecarga de outros familiares que precisam fazer trabalhos extras para dar conta das despesas.

Quando uma pessoa, que sustenta a família, é acometida pela doença renal, ocasiona interferência no trabalho, tendo que se afastar dele, alguns muitas vezes sem a qualidade de segurado pela previdência social, e fica a mercê, tendo que ser sustentado por familiares. A falta de recursos econômicos e os gastos com a medicação e exames que muitas vezes não são fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) levam conseqüentemente ao desespero e desânimo, fazendo o paciente ter vontade de abandonar o tratamento. (CENTENARO, 2010, p. 1882)

Esse panorama ocasiona a diminuição da qualidade de vida e com o acúmulo de contas a pagar na mesma medida em que os gastos com o tratamento da pessoa renal aumentam. Nesse sentido, a ausência de renda gera não só o adoecimento físico mas também o adoecimento mental dos membros da família. “Muitas pessoas com adoecimento renal são chefes de família, donas de casa e diante da indisposição para as atividades laborais que exerciam anteriormente se submetem a algumas atividades artesanais para manter o sustento da casa e da família” (CENTENARO, 2010, p. 1882). Casos assim ocorrem com mais frequência entre as mulheres visto que historicamente já foram designadas ao trabalho manual e caseiro. Já os homens sofrem mais com essa adaptação, justamente pelo oposto, historicamente foram designados ao trabalho braçal e público, também muito ligado a imagem do homem que traz o sustento para casa, por isso diante da impossibilidade de exercer esse papel muito sofrem com as alterações na sua auto-imagem.

Ou seja, em um curto período de tempo a família da pessoa em hemodiálise precisa desenvolver estratégias para sobreviver sem a sua principal fonte de renda e ainda arcar com as despesas relacionadas ao tratamento que não são subsidiadas pelo SUS, por exemplo, itens que promovem o bem estar da pessoa que em decorrência do tratamento ficou acamada. Esses itens são colchões que evitam feridas geradas pelo atrito constante do corpo com a cama ou até mesmo camas mais altas que facilitam a locomoção do familiar acamado, entre outros.

Essa sobrecarga sobre as famílias é fruto da construção histórica do seu papel como única responsável pelo bem estar dos seus membros.

Esse fenômeno é denominado familismo, segundo Esping Andersen este está presente nos sistemas de proteção social à medida que “a política pública considera -na verdade- insiste em que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem estar de seus membros” correspondendo a uma menor provisão de bem estar por parte do Estado. (ESPING ANDERSEN, 1999, p.5, apud MORAES et.al, 2020, p. 805)

Fica nítida as dificuldades da família em garantir que todas as necessidades dos seus membros sejam atendidas, visto que suas vivências são atravessadas por determinações que fogem do seu controle, como o iminente desemprego diante da necessidade de se dedicar integralmente aos cuidados do familiar com doença renal crônica.

Não raramente a família não possui condições materiais nem subjetivas para cuidar adequadamente do familiar com IRC, assim como o usuário sofre impactos

psicológicos, a família também passa pela fragilização ou agravamento da saúde mental. Às vezes, antes do diagnóstico a família já estava em situação de vulnerabilidade social, dessa forma passa a ver o familiar com IRC como mais um problema a ser resolvido. (CRUZ, 2021, p. 3)

Esse contexto obriga as famílias a estabelecerem prioridade entre trabalhar ou cuidar do familiar que demanda ajuda nesse momento, em um processo no qual o Estado culpa as famílias por não garantir condições de vida adequadas aos seus membros. Além dos impactos gerados pela falta de renda e redução da mobilidade, outros sintomas da doença renal também modificam a dinâmica e distribuição de tarefas a serem realizadas para manutenção do convívio familiar, visto que as tarefas que eram realizadas pela pessoa renal agora precisam ser redistribuídas para os outros membros da família contribuindo para o acúmulo de tarefas e adoecimento mental desses familiares. Outro fator são os cuidados básicos para manutenção da vida da pessoa em adoecimento renal, que devido aos sintomas do agravamento da doença passa a depender dos seus familiares para se locomover, tomar banho, se alimentar, entre outras tarefas básicas que contribuem para a sua qualidade de vida. O acúmulo desses fatores gera a sobrecarga dos familiares que ficam inteiramente responsáveis por atender as demandas do familiar com DRC, exigindo que este abandone sua própria rotina e desejos para atender as necessidades de outra pessoa. O trecho do diário de campo a seguir mostra um exemplo de configuração familiar e as estratégias utilizadas por um dos membros da família para atender as demandas da esposa com doença renal em fase terminal.

Em uma visita de acompanhamento no Hospital Ivan Goulart, o companheiro da usuária internada relata que diante do agravamento do quadro clínico da esposa precisou largar o emprego para se dedicar aos cuidados da mesma. Também foi necessário se mudar para a casa de um dos filhos, já que por conta da ausência de renda não tinha condições de pagar pelo aluguel, assim como as demais despesas da casa. (CRUZ, 2022, p.1)

No caso acima, diante do agravamento do quadro clínico da usuária, seu companheiro teve que abandonar o trabalho para se dedicar aos seus cuidados, diante da falta de renda ficou impossível pagar o aluguel da casa onde moravam, sendo assim foram obrigados a se mudarem para a casa do filho. A demanda aparente que era o agravamento do quadro clínico da usuária, em primeiro momento não revela os seus desdobramentos, ao longo da conversa fica evidente que a família não está lidando somente com o agravamento da doença e a possibilidade de morte, mas também com a falta de renda que ocasiona a falta de moradia, a fome, dificuldade de deslocamento, entre outros. Quando as famílias são muito pobres, se produz um contexto de muita sobrecarga aos familiares, que têm o direito a acompanhar o seu familiar com adoecimento renal no hospital, mas ficam sem condições de dormir porque não há cama para acompanhantes nos quartos do SUS. Também ficam sem condições de se

alimentar e tomar banho e como geralmente residem longe dos hospitais ficam sem transporte para se deslocar até suas casas para dormir, se alimentar e tomar banho. Esse caso evidencia a desproteção vivenciada pelas famílias das pessoas com doença renal que não recebem nenhum tipo de suporte para lidar com o processo de saúde/doença, sendo, inclusive, responsabilizadas pela negligência do Estado com sua parcela de responsabilidade em relação ao tratamento das pessoas em adoecimento renal.

Quando não há a presença da família para atribuir essa responsabilidade, o usuário vinculado a clínica fica à mercê das políticas públicas fragilizadas e despreparadas para tais situações. Esse processo é demonstrado no relato a seguir:

Em diálogo com uma das médicas da clínica, ela relata que ao notarem a ausência do usuário nas sessões de hemodiálise buscaram saber os motivos, ao não conseguir contato via telefone foram até o endereço do mesmo. Ao chegar lá o usuário estava na cama sem se alimentar a bastante tempo e sem condições de desempenhar as atividades cotidianas de manutenção da própria vida como tomar banho, ir no banheiro, dentre outras. (CRUZ, 2022, p.2)

Tanto a clínica renal quanto os demais níveis de atenção em saúde e políticas públicas setoriais não mantinham relação e vínculo com o usuário, pois sua situação não era conhecida pelo poder público. Ou seja, o usuário não tinha relações familiares e sua situação não era de conhecimento dos serviços públicos que trabalham no território como equipes de saúde da família e Centro de Referência de Assistência Social, evidenciando a necessidade de ampliar o número de equipes que realizam busca ativa, acompanhamento, identificação e atendimento das demandas da pessoa em adoecimento renal tendo em vista o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

As políticas de assistência social e saúde, no Brasil, assumem um caráter de política pública destinada a amenizar casos emergenciais, pois as demandas de saúde dos usuários são vistas como problemas isolados a serem resolvidos num viés clínico centrado na doença e não determinados pelas condições e modos de vida impactados pelos determinantes sociais que requerem uma intervenção intersetorial para articular um conjunto de políticas públicas que atendam as demandas de saúde em sua integralidade. Para superar esses problemas é necessário investimento na ampliação do número de Centros de Referência de Assistência Social e de Estratégias da Saúde da Família nos territórios, o que vai de encontro com os ajustes ultraliberais que vem moldando a gestão estatal voltada para a austeridade fiscal.

Como discutido no item anterior, o acesso a bens e serviços necessários para manutenção da vida e tratamento adequado da doença renal crônica é proporcional ao poder aquisitivo do usuário, visto que fica a cargo da família subsidiar os custos extras com o

tratamento da doença. Nesse processo, a família se constitui enquanto a principal fonte de apoio nas áreas em que o Estado se exime da sua responsabilidade.

O filho de uma das usuárias da clínica veio para o atendimento com a assistente social para tentar encaminhar uma consulta com um especialista, a assistente social sinalizou que as marcações com esse profissional estavam demorando demais por meio da secretaria de saúde e recomendou que fizesse a marcação ele mesmo e arcasse com os custos. O rapaz comentou que sairia muito caro, mas faria o possível para conseguir pagar. Após o atendimento, em conversa com a assistente social, a mesma relatou que a usuária em questão estava em uma situação clínica delicada e precisava ser atendida o quanto antes. ( CRUZ, 2021, p. 2)

A redução do Estado em suas responsabilidades sociais incide diretamente nas relações familiares, visto que os membros da família precisam arcar com gastos decorrentes do tratamento que não são subsidiados em tempo hábil pelo Estado. Nesse processo, o adoecimento renal produz uma sobrecarga na família e isso pode repercutir na qualidade das relações, visto que, a impossibilidade de arcar com os custos do tratamento pode desencadear sentimentos de culpa e impotência diante dos problemas enfrentados.

Os aspectos demonstrados interferem diretamente na saúde mental do usuário, que na maioria das vezes passa a se enxergar como um fardo para a família. O próprio diagnóstico é um fator determinante do adoecimento mental dessa pessoa e de sua família, visto que, a partir do mesmo, a família começa a vivenciar uma série de dificuldades que mudam a rotina e que, muitas vezes, não são possíveis de serem superadas por dificuldades financeiras, pois a vivência do processo de saúde-doença está condicionada ao acesso à renda, saúde mental, moradia digna, alimentação adequada e atendimento em saúde qualificado, uma vez que estes são determinantes para a qualidade de vida do usuário e sua família.

Diante disso, é comum que a pessoa submetida à hemodiálise sofra alterações na sua auto-imagem, visto que o adoecimento renal limita e reestrutura sua vivência de acordo com os condicionantes impostos pela doença, gerando a perda de diversos vínculos, alterações corporais, cicatrizes geradas pela fistula arteriovenosa, exames, cirurgias, perda peso, palidez, alteração metabólica, mudanças nos hábitos alimentares, entre outros. O usuário passa por um processo de luto gerado pela alteração do seu status de saúde, pela dependência de uma máquina para sobreviver, pela perda de muitas coisas que até então eram vistas como fundamentais para a sua vivência e agregavam valor à sua existência.

Nesse sentido, a redução da responsabilidade do Estado diante das demandas em saúde, além de gerar a desproteção dos usuários que precisam acessar os diversos níveis de atenção, também gera a responsabilização da família. MIOTO (2009) afirma que após a instauração do liberalismo, a família se conforma com a ideia de ser um espaço privado por excelência e, como espaço privado, deve responder pela proteção social de seus membros. No



entanto, como demonstrado acima, as famílias que não conseguem, por diversos motivos, ser auto suficientes, instaura-se a sensação de impotência diante da impossibilidade de promover a qualidade de vida dos seus membros. Essa impotência, na maioria das vezes cai sobre a mulher visto que o “trabalho de cuidar [...] compõe o mito de “qualidades femininas”, onde junto a outros elementos sociais, é tratado como se fizesse parte do processo natural de Ser mulher (SILVA, 2021, p.39). Nos casos onde a mulher fica impossibilitada de exercer esse papel que lhe foi atribuído pelo fato de ser ela a pessoa em adoecimento renal, ou porque existe a necessidade de complementar a renda familiar, tende a ocorrer a designação dessa tarefa a outra mulher.

Entende-se portanto que os vínculos familiares sofrem diversas mudanças em decorrência do diagnóstico da doença renal crônica, passando por mudanças na organização familiar, desemprego, sobrecarga pela alta demanda de tarefas relacionadas ao cuidado do familiar com doença renal crônica e angústias geradas pela responsabilização do Estado sobre as famílias. Todos esses processos incidem diretamente na saúde mental da família, uma vez que lidam com a preocupação em relação a saúde do familiar e as angústias por não poder proporcionar qualidade de vida aos seus membros.

Diante disso, a intervenção do assistente social junto ao usuário em adoecimento renal e sua família deve se desenvolver no sentido de fortalecer a autonomia à doença, identificando suas necessidades e potencialidades junto a família e a comunidade, como destaca Martinelli (2011).

É isso que nos pede a ética da proteção social como direito, como elemento fundante da cidadania, lembrando-nos da importância de captar as diferenças sociais, as necessidades dos usuários, mas também as suas capacidades que podem ser desenvolvidas tanto no contexto hospitalar quanto em sua própria comunidade por meio das redes de apoio, o que é fundamental para sua proteção e autonomia.(MARTINELLI, 2011, pg. 503)

Na política de saúde, em específico na Clínica Renal de São Borja, o/a assistente social está em contato com pessoas fragilizadas pelo processo saúde-doença, exigindo do/a profissional um olhar atento e disponibilidade para uma escuta sensível e qualificada visto que, como afirma Martinelli (2011) esta é uma área onde o/a assistente social trabalha com a vida e suas múltiplas manifestações, desde o nascimento até a finitude.

Para além do vínculo entre assistente social e usuário, entende-se que o trabalho interdisciplinar é determinante para o êxito do tratamento, independente do estágio de evolução da doença e o tratamento que está sendo feito, visto que a qualidade de vida da pessoa com insuficiência renal crônica é determinada por diversos fatores sociais, psicológicos, econômicos, espirituais e clínicos, exigindo assim o fortalecimento do vínculo

entre família, usuário e equipe multidisciplinar. Dessa forma, o investimento em unidades de saúde e o fortalecimento das práticas multiprofissionais pode melhorar o atendimento e qualidade de vida dos usuários e suas famílias.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto fica evidente que as pessoas em adoecimento renal e suas famílias passam por uma série de desproteções e permanecem invisíveis ao poder público.

A pobreza é inerente ao sistema de produção capitalista que através das suas manobras para obtenção de lucros, gera o desemprego, a fome e modificação das relações sociais de modo geral. Os impactos desse modo de produção se refletem nas condições e os modos de vida da classe trabalhadora mais explorada que devido a falta de dinheiro, tempo e energia não tem acesso a condições de vida que propiciem modos de vida ajustados a uma rotina de alimentação saudável, exercícios físicos e atividades de lazer, entre outros fatores que auxiliam na produção de saúde. Nesse sentido, à medida em que a pobreza se faz necessária para a manutenção do capitalismo, essas se tornam doenças inerentes a esse sistema de produção. Assim, aqueles que não possuem condições financeiras, tempo nem energia para cuidar da saúde ficam propensos ao desenvolvimento e agravamento de doenças.

Atrelado a isso ainda tem-se o panorama de precarização que assombra a política de saúde, principalmente a atenção básica onde estão previstas a prevenção, diagnóstico adequado e tratamento dos agravos de saúde, mas que não conseguem ser viabilizadas por falta de recursos, facilitando assim o adoecimento da população. Nesse contexto acontece uma reversão dos papéis, onde o Estado se desresponsabiliza pela garantia de saúde à população à medida em que responsabiliza as famílias pelas desproteções geradas pelo movimento do capital.

Ainda que a doença renal não possa ser completamente evitada, entende-se que existem formas de retardar e evitar em alguns casos a lesão nos rins e o seu agravamento, além de melhorar a qualidade de vida da pessoa em adoecimento renal e sua família, atendendo às suas demandas e as desresponsabilizando pelas situações que fogem do seu controle. Para a superação desse panorama é necessário que invista-se na compreensão dos determinantes sociais de saúde com vistas a ampliação e formulação de políticas que possibilitem a compreensão dos sujeitos considerando toda sua complexidade, o contexto em que está inserida, e os fatores sociais, econômicos, psicológicos e culturais. Além disso, é

incontestável a importância existente em responsabilizar o Estado pelas instituições de saúde em todos os níveis de atenção, visto que é seu dever garantir a saúde e as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

## REFERÊNCIAS

9º CONGRESSO INTERNACIONAL DE NEFROLOGIA. **Portal da Universidade Federal do Maranhão**. 2011. Disponível em:

[https://portais.ufma.br/PortalUfma/paginas/palavra\\_reitor.jsf?id=41&reitor=1](https://portais.ufma.br/PortalUfma/paginas/palavra_reitor.jsf?id=41&reitor=1). Acesso em: 15 de novembro de 2022.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem? **Serviço Social & Sociedade**, n. 140, p. 66-83, abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.238>. Acesso em: 15 de maio de 2022.

BRASIL. PORTARIA Nº 389, DE 13 DE MARÇO DE 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389\\_13\\_03\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html). Acesso em: 20 de outubro de 2022.

BREGMAN, Rachel. Avaliação de Pacientes com Doença Renal Crônica em Tratamento Especializado por Equipe Multidisciplinar. **J Bras Nefrol** Volume 18, nº 3, Supl. 2. 2006 Disponível em: [https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn\\_v28n3s2a09.pdf](https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v28n3s2a09.pdf). Acesso em: 20 de outubro de 2022.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 77-93. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 de outubro de 2022.

CASSIN, Márcia Pereira da Silva. Dependência e Ultraneoliberalismo: as políticas sociais no Brasil pós-golpe de 2016. **Temporalis**, Brasília (DF), n.43, p.17-33, jan./jun de 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/37772/25300>. Acesso em: 9 de novembro de 2022.

CFESS- Conselho Regional de Serviço Social. **Código de Ética do Assistente Social Lei 8662/93**. 10ª ed., Brasília. 2012. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em: 5 de outubro de 2022.

CFESS. **Parâmetro para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Grupo de Trabalho "Serviço Social na Saúde". Brasília, Março de 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 5 de outubro de 2022.

CRUZ, Vitória Caroline Lopes. Diário de Campo nº 2. São Borja. 2021.

CRUZ, Vitória Caroline Lopes. Diário de Campo nº 3. São Borja. 2021.

CRUZ, Vitória Caroline Lopes. Diário de Campo nº 4. São Borja. 2021.

CRUZ, Vitória Caroline Lopes. Diário de Campo nº 5. São Borja. 2022.

CRUZ, Vitória Caroline Lopes. Diário de Campo nº 6. São Borja. 2022.

DA SILVA, Lais Olimpio. **O Cuidado Social na Dimensão da Reprodução Social: Um olhar sobre a política de assistência social**. Dissertação (Mestrado em Política social), Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro. 2021. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/23705/O%20cuidado%20social%20na%20dimensão%20da%20reprodução%20social%20-%20Versão%20Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 2 de janeiro de 2023.

DE CARVALHO, Dayara de Nazaré Rosa; MARTINS, Jaqueline Dantas Neres; BENDELAQUE, Dandara de Fátima Ribeiro; BATISTA, Abigail das Mercês do Vale; COSTA, Rafael Everton Assunção Ribeiro da; AGUIAR, Viviane Ferraz Ferreira de. **Estratégias de cuidado para pacientes idosos com doença renal crônica em hemodiálise: uma revisão integrativa**. *Revista Principia*, João Pessoa, nº 54, p. 130-136. 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Rafael-Everton-Da-Costa/publication/350467595\\_Estrategias\\_de\\_cuidado\\_para\\_pacientes\\_idosos\\_com\\_doenca\\_renal\\_cronica\\_em\\_hemodialise\\_uma\\_revisao\\_integrativa/links/6061ff4092851cd8ce760810/Estrategias-de-cuidado-para-pacientes-idosos-com-doenca-renal-cronica-em-hemodialise-uma-revisao-integrativa.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Rafael-Everton-Da-Costa/publication/350467595_Estrategias_de_cuidado_para_pacientes_idosos_com_doenca_renal_cronica_em_hemodialise_uma_revisao_integrativa/links/6061ff4092851cd8ce760810/Estrategias-de-cuidado-para-pacientes-idosos-com-doenca-renal-cronica-em-hemodialise-uma-revisao-integrativa.pdf). Acesso em: 12 de dezembro de 2022.

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Boletim de conjuntura**. nº 35. 2022. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimdeconjuntura/2022/boletimconjuntura35.html>. Acesso em: 6 de outubro de 2022.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Pavone; GRANJA, Gabriela Ferreira; Regina Célia ERMEL. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, p. 1135-1141. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/NLKhPGd9YWpQr9gYZL6MgKt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de janeiro de 2023.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4º ed. São Paulo. Atlas. 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6º ed. São Paulo. Atlas. 2008.

LESSA, S. TONET, I. **Introdução à filosofia de Marx**. 2º ed. São Paulo. Expressão popular, 2011.

MARTINELLI, Maria L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. *Serviço Social & Sociedade*. Cortez, São Paulo, nº 107, p. 497-508 jul/set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/9SbgQxd7Wm6WLGyQ9R5WbYN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 de outubro de 2022.

MARX, Karl. **Manuscritos econômicos-filosóficos**. Boitempo, São Paulo. 1º ed. 2004.

MELO, Eduardo A. MENDONÇA, Maria Helena M. OLIVEIRA, Jarbas R. ANDRADE, Gabriella C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Revista Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 38-51. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/pt>. Acesso em: 6 de outubro de 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21ª ed. Rio de Janeiro. Vozes. 2002

MONTAÑO, Carlos. E. **O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “terceiro setor”**. s/p. s/a. Disponível em: [http://www4.pucsp.br/neils/downloads/v8\\_carlos\\_montano.pdf](http://www4.pucsp.br/neils/downloads/v8_carlos_montano.pdf). Acesso em: 15 de outubro de 2022

MORAES, Patricia Maccarini; NUNES, Renata; HORST, Claudio Henrique Miranda; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Familismo e Política Social: aproximações com as bases da formação sócio-histórica brasileira. **Revista políticas públicas**. p. 803-818, 2020. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/13675/8634>. Acesso em: 15 de novembro de 2022.

OMS- Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. 1946. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod\\_resource/content/0/Constituição%20da%20Organização%20Mundial%20da%20Saúde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constituição%20da%20Organização%20Mundial%20da%20Saúde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf). Acesso em: 6 de outubro de 2022.

REDE PENSSAN- Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. **Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. 2022**. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 15 de novembro de 2022

SBN- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo de Diálise 2021**. 2021. Disponível em: [https://www.sbn.org.br/fileadmin/user\\_upload/2022\\_noticias/censo\\_para\\_IMPrensa.pdf](https://www.sbn.org.br/fileadmin/user_upload/2022_noticias/censo_para_IMPrensa.pdf). Acesso em: 9 de novembro de 2022.

SENNA, Mônica de Castro Maia. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 203-211, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/X3sq5kZJJmR5rhR6Q7QmTgt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 de dezembro de 2022.

SILVA, LOPES. Sigilo Profissional do Assistente Social: limites e possibilidades de manutenção diante da infraestrutura de seus espaços sócio ocupacionais. *in*: 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Brasília, 2019. **Anais [...]**. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1022/997>. Acesso em: 2 de outubro de 2022.

SOUZA, Diego de Oliveira; DA SILVA, Sóstenes Ericson Vicente; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc.**, São Paulo, n.1, p. 44-56. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YJcDtBH4hX3prjZDtXCSPk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 de outubro de 2022.

THOMPSON, E. P. A Miséria da Teoria. Rio: Zahar, 1981.