POLÍTICAS PÚBLICAS NA CONTEMPORANEIDADE E OS IMPACTOS PARA OS PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA

Amanda Bento Soares[1]

Isabela Santos de Lima[2]

Karina Vieira Carvalho[3]

Maria Caroline da Silva Souza[4]

RESUMO

O artigo ora apresentado, tem por objetivo contextualizar a dinâmica dos usuários com Doença Renal Crônica com o enfoque nos que realizam terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise. Parte-se do contexto enquanto residentes de Serviço Social no Hospital Universitário Pedro Ernesto, atuando no setor da nefrologia. Para fundamentar o artigo realiza-se breve resgate da seguridade social no Brasil para se pensar a organização da política de saúde e os conceitos que respaldam o debate a partir da concepção ampliada de saúde, aborda-se também legislações pertinentes a pessoa com DRC para fundamentar os desafios enfrentados por esta população no decorrer do processo de acompanhamento.

Palavras-Chave: Políticas Públicas; Política de Saúde; Doença Renal Crônica; Terapia Renal Substitutiva; Hemodiálise.

ABSTRACT

The article presented here aims to contextualize the dynamics of users with Chronic Kidney Disease, with a focus on those who undergo renal replacement therapy in the hemodialysis modality. We start from the context as residents of Social Work at Hospital Universitário Pedro Ernesto, working in the nephrology sector. To support the article, a brief review of social security in Brazil is carried out to think about the organization of health policy and the concepts that support the debate from the expanded concept of health. the challenges faced by this population during the follow-up process.

Keywords: Health Policy, Chronic Kidney Disease, Kidney Replacement Therapy, Hemodialysis.

1 Assistente Social Residente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: as.amandab@yahoo.com
2 Assistente Social Residente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) E-mail: isabelasantslima@gmail.com
3 Assistente Social Residente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Especialista em Políticas Públicas e Serviço Social pela Faculdade de Ciência e Educação do Caparaó (FACEC). Email:krina_jpa@yahoo.com.br
4 Assistente Social Residente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestranda no programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSS/UFRJ). Especialista em Cidades, Políticas Urbanas e Movimentos Sociais pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional (IPPUR) da UFRJ. E-mail: carolinedassouza@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho é fruto de reflexões realizadas a partir das vivências no programa de residência uniprofissional em Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), unidade de abrangência estadual, situada no município do Rio de Janeiro. Vale destacar, que é uma unidade que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto hospital escola vinculado a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que prevê, portanto, ensino, pesquisa e extensão e disponibiliza atendimento de média e alta complexidade em saúde.

A iniciativa desta produção surge a partir da dinâmica de trabalho no setor de nefrologia, visto que o que se observa é o acompanhamento de usuários adoecidos cronicamente, que após a descoberta do adoecimento renal permanecem no processo de tratamento por muitos anos. Cabe destacar, que segundo Silva, et al. (2020), a doença renal crônica ocupa importante posição em rankings de mortalidade, assim como revela maiores taxas de mortalidade em países considerados de baixa renda.

Nesta perspectiva, objetiva-se trazer contribuição a partir de dados levantados pela equipe do setor, assim como a partir do debate traçado diante da experiência vivenciada na unidade a qual vem demonstrando como o impacto das condições de vida e trabalho reverberam no processo de prevenção, promoção e recuperação em saúde, na especificidade das doenças renais. Sendo, portanto, o debate norteado a partir de breve resgate a respeito da seguridade social brasileira, assim como a concepção ampliada de saúde tendo em vista compreender os determinantes sociais em saúde que impactam a vida da pessoa com doença Renal Crônica (DRC).

2 Proteção Social no Brasil: A construção da seguridade social Brasileira e os impactos na política de Saúde

A partir da Constituição Federal de 1988 (CF-88), as políticas de previdência social, saúde e assistência social formam o tripé da seguridade social no país. Boschetti (2009), aponta que apesar dos ganhos políticos com a CF-88, ela restringiu a previdência social aos contribuintes, universalizou a saúde e limitou a assistência social a quem dela necessitar. Neste modelo, fica sem acesso aos direitos da seguridade social uma enorme parcela da população, a qual não contribui com a previdência social e não faz parte do público alvo da assistência social. Acabou se “materializando políticas com características próprias e específicas que mais se

excluem do que se complementam, fazendo com que, na prática, o conceito de seguridade fique no meio do caminho, entre o seguro e a assistência" (ibidem, p. 10)

No caso da assistência social, pelo modo como ela é praticada nos países periféricos, se tem a percepção de que é incompatível com o trabalho, pois ela tem se efetivado principalmente por meio de programas de transferência de renda, como um substitutivo dos rendimentos de um emprego que não existe. No entanto, ela "não pode e não deve substituir o trabalho, mas pode ser um elemento intrínseco de um sistema maior de proteção social, complementar aos direitos do trabalho, podendo contribuir para transferir renda do capital para o trabalho. " (Ibidem, p. 7-8)

O texto da CF-88 contemplou grande parte das reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária, ao colocar a saúde como direito universal, dever do Estado e de relevância pública; constituir o SUS, integrando todos os serviços públicos de saúde em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade via conselhos; e, limitar a atuação do setor privado apenas como um complemento. Contudo, em virtude de processos como desfinanciamento, focalização e precarização de ações, e terceirização de recursos humanos,

> [...] o SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não tem acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proporção do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou (BRAVO, 2006, p.20)

Assim, a seguridade social, que expressa a correlação de forças no processo de redemocratização do país e uma série de trabalhadores, não consegue fornecer uma completa proteção social à população. Com a virada do ciclo expansivo do capital para a estagnação, a partir dos anos 1970, o capital assume uma postura ofensiva e engendra diversas transformações no seio da sociedade. O neoliberalismo, doutrina econômica adotada pelo capitalismo na contemporaneidade, dá continuidade ao movimento do capital se particularizando por dar fim às restrições sociopolíticas que limitam o seu movimento, buscando reverter a queda na taxa de lucro

Para a classe trabalhadora os rebatimentos são dramáticos. A crise do capital é direcionada para o Estado, e os custos são pagos pela referida classe, com a supressão de direitos sociais, privatizações, e flexibilização do trabalho, que resultam na intensificação da questão social. Netto (1996) aponta quatro desdobramentos das

transformações iniciadas no Brasil a partir da década de 1990: 1) Mudanças nas relações Estado/sociedade civil; 2) A alteração nas formas de sociabilidade (sociabilidade do mercado); 3) A alteração na forma de produção, organização e gestão do Trabalho; 4) A lógica da financeirização.

Neste contexto, a disputa por fundos públicos intensifica-se, ajustes fiscais são promovidos para beneficiar as demandas do capital. Para Behring (2009), trata-se de uma redistribuição às avessas, que tende a se ampliar na crise e beneficia largamente o empresariado. Os cortes dos gastos estatais têm sido preconizados, sob argumentos ideológicos de escassez de recursos e pela necessidade de conter o déficit público com a falsa premissa de equilíbrio das contas públicas. Desta maneira, é promovida do ponto de vista fiscal, uma mudança de pauta regressiva, que atinge especialmente os direitos e as políticas sociais.

Um exemplo nefasto deste processo de mudança progressiva dos gastos públicos, foi a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95 do Teto dos Gastos Públicos, no ano de 2016. Como o nome já demarca, esta EC instituiu um teto para as despesas públicas durante 20 anos, o que inclui os gastos com políticas sociais. Estima-se que a política de saúde perdeu bilhões em investimentos, que vão se somar ao processo de desfinanciamento histórico do SUS, desde a aprovação desta EC.

Neste cenário, as políticas sociais são “caracterizadas como: paternalistas, geradoras de desequilíbrio, custo excessivo do trabalho, e de preferência, devem ser acessadas via mercado, transformando-se em serviços privados” (ibidem, p. 9). Assim, tem se acentuado as tendências de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social pelo Estado, com vista a um Estado mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital, conforme apontado por Netto e Braz (2012). A degradação dos serviços públicos, com o corte dos gastos sociais, leva a um processo de privatização deste terreno, pois há uma mercantilização e transformação das políticas sociais em negócios. Ao Estado, coube assegurar as condições de produção e reprodução do capital. (BEHRING, 2009)

Desta forma, a conjuntura para as políticas sociais no Brasil não tem sido favorável, os padrões universalistas e redistributivos de proteção social foram fortemente afetados com a privatização de setores de utilidade pública, como é possível observar de forma evidente na política de saúde. Os processos de privatizações e de contrarreformas das políticas sociais se consolidaram de forma

decisiva na realidade brasileira impactando todos os serviços de saúde e as condições de acesso e vida da população usuária.

3 Doença Renal Crônica (DRC) e a Terapia Renal Substitutiva (TRS) na modalidade Hemodiálise (HD)

A doença renal crônica (DRC) é caracterizada pela progressiva perda da função renal. Devido a sua grande incidência, tem sido considerada um problema de saúde em todo o mundo. Por possuir um caráter irreversível, exige aos portadores uma transformação da sua rotina para a adesão ao tratamento indicado, conforme apontam Lins *et al.* (2018).

A DRC possui cinco estágios e quando atinge o grau V, estágio qualificado como terminal, é indicado ao portador o início de uma terapia renal substitutiva (TRS), dentre:

> • A hemodiálise, um tratamento que, geralmente, possibilita prolongar indefinidamente a vida do portador de doença renal crônica, porém, não cessa a evolução natural da doença e, em longo prazo, produz resultados imprevisíveis e inconstantes.
> • A diálise peritoneal, uma terapia mais simples que evita as complicações relacionadas ao cateter e permite uma maior autonomia e independência ao paciente, possibilitando, inclusive, seu uso em domicílio.
> • O transplante renal, o tratamento de escolha para os pacientes com insuficiência renal crônica, desde que tenham condições de submeter-se à cirurgia e não tenham contraindicações quanto ao uso das medicações imunossupressoras. Essa modalidade de terapia substitutiva proporciona melhor qualidade de vida ao paciente, quando bem orientado, uma vez que proporciona melhor reabilitação socioeconômica com menor custo social. (OLIVEIRA; AMORIM; FELIZARDO, 2014)

Entre as três TRS citadas, a amplamente utilizada é a hemodiálise (HD). Sendo grande parte das demandas voltadas ao serviço social voltadas a esta TRS, visto que no HUPE as máquinas de HD são utilizadas pelos usuários que vão de casa até o hospital para a realização do procedimento (cabe destacar que este é um segmento adicionado ao quadro de HD do hospital a partir de necessidades de saúde específicas que geralmente dificultam a realização nas clínicas de hemodiálise) e também pelos usuários que já realizam HD e passam por internação (em diversas especialidades) ou que iniciaram o procedimento durante a internação no HUPE.

Apesar do seu grande impacto na saúde da população, somente em 2004 foi instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, através da portaria do Ministério da Saúde nº 1.168, de 15 de junho de 2004. A criação desta

legislação e das anteriores referentes aos portadores de doença renal decorre após a "A Tragédia de Caruaru" oriunda de um caso de contaminação da água utilizada nos equipamentos de HD que levou a óbito mais de 70 pessoas portadoras de DRC, em Caruaru- PE no ano de 1996 e ficou mundialmente conhecida.

Silva et al (2020) discorre sobre os avanços nas políticas públicas direcionadas ao enfrentamento da progressão da DRC, como o lançamento das Diretrizes para Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica, em 2016; a Portaria nº 389 de 2014 que define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC, com foco nas necessidades de saúde da população, coordenado pela atenção básica e contemplando todos os níveis de atenção, assim como também em 2014 estabelecem diretrizes para o cuidado às pessoas com DRC na rede de atenção às pessoas com doenças crônicas.

Para o deslocamento necessário ao seu tratamento de saúde, as legislações prevêem a concessão da gratuidade no transporte coletivo. No âmbito do estado do Rio de Janeiro, a lei nº 4.510, de 13 de janeiro de 2005[5], institui o Vale Social, cujo acesso é permitido aos usuários que comprovem ao menos um acompanhamento mensal de saúde. O número de isenção das passagens é despendido de acordo com a frequência do tratamento de saúde.

Na cidade do Rio de Janeiro, capital do estado, para os doentes renais crônicos são concedidas 60 passagens por mês a partir do Decreto municipal 41.575/2016[6]. Para os que realizam HD e apresentam dificuldade de locomoção, há previsão de realização do transporte sanitário[7] pelo aplicativo Taxi.Rio, através de parceria com a Prefeitura do município em que os pacientes solicitam a corrida com um dos taxistas disponíveis, instituída pelo decreto municipal nº 45716 de 15 de março de 2019.

3.1 Usuários em hemodiálise e os desafios para a integralidade do tratamento

5 Benefício que fornece a isenção do pagamento nos transportes intermunicipais para as pessoas portadoras de deficiência e portadoras de doença crônica de natureza física ou mental que exijam tratamento continuado e cuja interrupção no tratamento possa acarretar risco de vida.

6 Em seu art. 10º "§1º As pessoas acometidas por doenças renais crônicas, transplantados, hansenianos e portadores do vírus HIV, com respectivos acompanhantes, receberão o passe livre correspondente a 60 (sessenta) viagens mensais. "

7 "O decreto define como transporte sanitário o deslocamento programado de pessoas para procedimentos de caráter não urgente e emergencial, no município de residência ou em outro nas regiões de saúde de referência. " (RIO DE JANEIRO (RJ), 2019)

A atuação na unidade docente assistencial (UDA) da nefrologia visa atender os usuários com doenças renais crônicas e agudas. Esta UDA conta com atendimentos desde o processo de investigação da doença renal até procedimentos de TRS.

O HUPE dispõe de atendimento ambulatorial bem como enfermaria própria do setor de nefrologia, desempenhando ações através do acompanhamento dos usuários em tratamento conservador e em TRS através das modalidades hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal.

Dentro da equipe multiprofissional mínima para o atendimento aos portadores de DRC e, em especial aquelas diretamente relacionadas aos processos de diálise, o assistente social é um dos profissionais essenciais. É o que se observa na Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, já pontuada anteriormente. Sendo assim, todos os usuários que acessam esses serviços são objeto do atendimento da equipe de serviço social de referência da nefrologia no HUPE.

O Assistente Social busca diante disso, intervir no acesso aos direitos relacionados à mobilidade, educação, renda, acesso a medicamentos, socialização de informações referente aos fluxos nas unidades de saúde e no processo de educação em saúde. Tal processo ocorre de forma complexa, envolvendo diferentes relações, concepções de saúde, de cuidado e uma necessidade cotidiana de articulações com os serviços de saúde e diferentes instituições. Partindo de uma perspectiva integral dos usuários, objetiva-se garantir subsídios para o enfrentamento das necessidades dos usuários que possam dificultar sua adesão ao tratamento proposto.

Prevista como princípio na Lei Orgânica da Saúde, a integralidade é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Para isto, deve-se ir além dessa definição e perceber o usuário em sua subjetividade, reivindicando dos profissionais envolvidos a “apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente essa habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde” (MATTOS, 2004, p.1414)

Por mais que para a efetividade da TRS, a adesão do paciente tenha um papel central, é imprescindível que a equipe multiprofissional elabore e implemente constantemente estratégias de educação em saúde e assistência ao paciente renal.

Como apontado no levantamento realizado por Lins et al. (2018), muitos usuários que fazem HD só recebem orientações específicas no início do seu tratamento, o que dificulta a sua adesão, já que o processo de adesão é dinâmico e os impactos à sua vida são grandes.

Se a expectativa de vida aumenta, deve-se aumentar também a qualidade de vida, do contrário viver mais não seria uma conquista, mas sim uma prostração. Sendo assim, a atenção integral é imprescindível para que o paciente renal crônico possa viver com condições mínimas de bem-estar físico e mental, pois são enfermidades de avanço progressivo e irreversível.

Pena et al. (2012) nos apresentam que a DRC muitas vezes poderia ser controlada se houvesse detecção precoce. Ações na atenção básica como exames de urina (que são de baixo custo), com foco nos grupos de risco (histórico de doença na família, idosos, portadores de diabetes ou pressão alta) diminuiriam os altos custos e as longas filas de espera para TRS e transplante.

Ao receber o diagnóstico de doença renal crônica (DRC), o usuário vê toda sua rotina ser modificada: acompanhamentos em consultas de rotina, necessidade de realização de exames, mudanças alimentares, exigindo ao usuário reorganização em sua vida cotidiana, envolvendo inclusive a rede familiar.

No tocante às relações de trabalho, ao atingir a fase mais aguda da doença o portador passa a realizar uma das modalidades de diálise, em geral a hemodiálise, muitos acabam sendo afastados dos empregos já que precisam se dedicar às sessões durante quatro horas no dia, três vezes por semana, excetuando o deslocamento da moradia até a Clínica de HD. Constantes afastamentos levam ao auxílio-doença e posteriormente à aposentadoria por invalidez, isso quando o usuário está segurado pela Previdência Social, do contrário, passam a depender do Benefício de Prestação Continuada[8]. Todavia, o doente renal crônico não é reconhecido como pessoa com deficiência, ainda que apresente limitações a longo prazo e dificuldades de acessibilidade, o que prejudica o acesso ao direito.

> Esse fato reflete no campo do trabalho, onde há o impedimento no desempenho de papéis sociais, representando uma barreira, que se percebe uma alternância entre a vida hospitalar e o convívio social. O mercado de

8 De acordo com o art. 20 da lei 8.742/93 “o benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. ” (BRASIL, 1993)

> trabalho exige funcionários polivalentes, que exerçam várias funções, dificultando a inserção dos pacientes renais, que necessitam de uma maior flexibilidade nos horários e compreensão dos órgãos governamentais, iniciativas privadas e sociedade sobre a sua deficiência. (RIBEIRO, 2019. p.11)

Estas adversidades geram desgaste físico e emocional aos usuários. Como apontam Lins et al. (2018), os aspectos psicológicos e motivacionais ocupam um papel de destaque na não adesão dos usuários ao tratamento.

Os autores destacam ainda que pela rigorosidade do regime dietético proposto ao doente renal em HD, o seu seguimento depende de fatores como: “paladar, situação econômica, preferência individual, status social, nível educacional, comportamento, preferências individuais e crenças religiosas.” (ibidem, p. 58)

Aqui há que se evidenciar duas discussões que estão correlacionadas e que vão se expressar durante todo o debate sobre quem são e quais são as condições de saúde e de vida das pessoas com DRC no Brasil. A primeira diz respeito a população acometida pelas doenças de base da DRC e a segunda sobre os determinantes sociais em saúde e a relação destes com esta população.

A doença hipertensiva e a diabetes mellitus são tidas, como aponta Bastos et al. (2010) como causas comuns e frequentes da DRC. A diabetes mellitus é apontada pelos autores como a segunda origem mais comum da DRC no país e a mais frequente no mundo. Outros autores, como Cunha (2012) vão destacar como estas, entre outros agravos de saúde, possuem maior prevalência em grupos étnicos raciais específicos. Em especial na população negra, tais doenças vão ser responsáveis por efeitos diretos e indiretos nas condições de saúde e na mortalidade desta população.

Destaca-se ainda que, no caso do Brasil, ao nos referirmos à população negra estamos falando de mais de 50% da população. Os pretos e pardos, autodeclarados, compõem hoje a maioria da população do país e, inegavelmente, a maioria dos que acessam os serviços públicos de saúde. No caso do tratamento hemodialítico, Meliande (2021), vai apontar elementos de caracterização da população usuária na região metropolitana do Rio de Janeiro. É possível observar que a maioria dos usuários são do sexo masculino (61,8%); destes 76,9% possuem renda familiar de até dois salários mínimos e não possuem vínculo empregatício; dentre a maioria dos que possuem renda esta é proveniente de benefício vinculado ao INSS; a maioria dos usuários relata dificuldades de deslocamento para o tratamento de saúde; 50,8%

possuem ensino fundamental incompleto e os brancos representam somente 34,8% dos usuários sitematizados.

Salienta-se ainda que a população negra historicamente, como fruto do impacto do racismo que estrutura a sociedade brasileira[9], vai amargar os piores índices econômicos, educacionais, de habitação e outros elementos tão fundamentais e que determinam o processo de saúde-doença. Alguns dados fundamentais podem ser observados em publicação disponibilizada pelo IBGE datada de 2019 com o título de "Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil", esta vai comparar a realidade socioeconômica de brancos e negros do país evidenciam um cenário de profunda desigualdade racial.

Já nas demais regiões é possível observar na pesquisa realizada por Meliande (2021) que outros estados/municípios apresentam cenários parecidos. Nestes, como no Rio Grande do Sul, Piauí e em Minas Gerais, a maioria dos usuários são homens, um número expressivo estão na faixa etária acima dos 40 anos, com alto índice de baixa escolaridade e uma grande porcentagem com renda de até 2 salários mínimos. A autora, que vai realizar um amplo levantamento do perfil dos usuários pelo país, sinaliza ainda para a falta do quesito raça-cor em algumas localidades e para falta de informações na região Norte do país.

O panorama nacional é apresentado pela autora por meio do Censo Nacional de Diálise. Os dados são parte do documento elaborado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) e, além de apresentarem o perfil das clínicas de HD pelo país, mostram que

> O perfil dos usuários aponta que a maioria dos usuários com necessidade de TRS/diálise são do sexo masculino (58%), predominantemente na faixa etária de 45-65 anos (41,5%), seguida pela faixa etária dos maiores de 65 anos (35%). A SBN exibe uma relação das doenças de base com a evolução da doença e intercorrências do tratamento, além disso expõe uma lista de espera para transplante renal com 29.545 usuários (MELIANDE, 2021, p.44)

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vai instituir a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDSS) com objetivo de produzir evidências sobre os determinantes sociais da saúde. Sendo assim, se recolocará em âmbito mundial o debate sobre os impactos das condições sociais na saúde. O debate unicamente

[9] Para um aprofundamento no aspecto estrutural do racismo ver o livro *Racismo Estrutural* (2018) do filósofo, advogado e professor universitário Silvio Luiz de Almeida.

biológico sobre o processo saúde doença sofre então os impactos da reposição da reinserção da dimensão social da saúde.

Destaca-se ainda que, como fruto das conquistas do Movimento da Reforma Sanitária, base fundamental da construção do SUS promulgado na CF-88 e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, a concepção ampliada de saúde será adotada. Nesta, como aponta Barata (2009), estarão inseridos os principais determinantes sociais em saúde além de ser essa concepção a base para os princípios que vão reger o sistema único de saúde do país.

A perspectiva de integralidade, central para pensar as necessidades de saúde inseridas em contexto macro, revelam como as inúmeras dificuldades enfrentadas são fundamentalmente geradas pela lógica neoliberal, onde o cuidado em saúde é muitas vezes pensado fora dos eixos centrais do SUS. Cabe destacar também, que a perspectiva da intersetorialidade é fundamental para a efetivação da integralidade, todavia, o desmonte das políticas públicas já mencionado é ameaça constante na vida da classe trabalhadora.

4 CONCLUSÃO

No contexto da pandemia da covid-19, os usuários que fazem hemodiálise não puderam permanecer em isolamento social restrito, em virtude da necessidade de manter a regularidade das sessões nas clínicas de hemodiálise. Mesmo compondo um grupo de risco para o vírus da covid-19, devido a questões relacionadas a imunidade, assim como fatores de risco relacionados à DRC. Assim, “faz-se necessário reforçar os cuidados específicos com esses indivíduos, os quais já apresentam a saúde debilitada e risco maior de desenvolver complicações relacionadas à infecção pelo novo coronavírus.” (GAMA, 2020. p.4)

Apesar da evolução nas legislações específicas dos doentes renais, o que se observa é que com os sucessivos desmontes na saúde pública os usuários enfrentam escassez de recursos e falta de acesso aos cuidados básicos. Um cenário que tende a se aprofundar frente aos profundos ataques postulados no último período, em especial frente ao aprofundamento de um cenário de crise combinado com o governo de extrema direita de Jair Bolsonaro que vem aplicando sistemáticos ataques alinhado com interesses da burguesia nacional.

Dentre estes, recentemente vimos avançar ataques como a MP1045, chamada de “minirreforma trabalhista”, a privatização dos Correios e tentativas de se avançar sobre os já escassos direitos dos povos originários com a PL490 e a votação do Marco Temporal. No que se refere mais diretamente ao debate deste trabalho destacamos a reformulação do BPC, por meio do Projeto de Lei de Conversão (PLV) nº 10/2021, que entre as modificações da legislação vigente até então reformula o processo de avaliação biopsicossocial necessário a concessão do benefício. Frente a esse PLV, que certamente impactará os usuários portadores de DRC, o Conselho Federal de Assistentes Sociais e outras entidades das categorias manifestaram uma correta posição contrária[10].

Uma série de outros ataques impactam as políticas públicas, o conjunto da classe trabalhadora e, em particular, os usuários do SUS. O que se observa é que frente ao perfil de usuários apresentado e as particularidades do adoecimento renal, com ênfase na TRS hemodiálise, fica evidente o grande desafio para a elaboração de estratégias no sentido de ações integrais, principalmente diante dos ataques aos direitos vivenciados.

REFERÊNCIAS

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BASTOS, et al. Doença Renal Crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. In: **Revista Assoc Med Bras**. 2010, 56(2), p. 248-253.

BEHRING, Elaine. As novas configurações do Estado e da Sociedade Civil no contexto da crise do capital. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. ABEPSS. (Organizadores). **Serviço social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília, 1ª ed. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009, p. 78-99.

BOSCHETTI, Ivanete. A política de Seguridade no Brasil. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. ABEPSS. (Organizadores) **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. 1ed. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009, p. 323-338.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, 1988.

[10] A posição expressa pelo Conselho Federal de Serviço Social pode ser acessada no site do órgão por meio do respectivo link http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1814

BRASIL. **Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Portaria nº 1.168, de 15 de junho de 2004.** Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (Organizadores) **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; ABEPSS; OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2006.

CUNHA, E. M. G. de P. da. Recorte étnico-racial: Caminhos trilhados e novos desafios. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. (Orgs.). **Saúde da população negra**. 2 ed. Brasília: ABPN, 2012.

DE ALMEIDA, Silvio Luiz. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

GAMA, B.M.B.M. et al. Pandemia de COVID-19 e os cuidados de enfermagem aos pacientes em tratamento hemodialítico. **Escola Anna Nery**. 2020; 24 (spe) Rio de Janeiro.

IBGE. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. In: **Estudos e Pesquisas**. Informação Demográfica e Socioeconômica. nº 41, 2019

LINS, Sílvia Maria de Sá Basílio; et al. Adesão de portadores de doença renal crônica em hemodiálise ao tratamento estabelecido. **Acta Paul Enferm**. 2018; 31(1): 54-60.

MATTOS. Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno Saúde Pública**, 20(5). p. 1411-1516. Rio de Janeiro. Set-out, 2004.

MELIANDE, Giulia Tardelli Lourenço. **A rede de atenção à pessoa com doença renal crônica em hemodiálise no Estado e no município do Rio de Janeiro: um debate sobre a complementaridade do setor privado**. Trabalho de conclusão de residência (Especialista em Serviço Social e Saúde). Faculdade de Serviço Social do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2021.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012. – (Biblioteca básica de serviço social; v. 1)

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e Serviço Social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. SP: Cortez, nº 50, 1996

OLIVEIRA, Ariana Maria de; AMORIM, Wellington Mendonça de; FELIZARDO, Daniela Bardoza. Evolução da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença

Renal no Brasil (1999 a 2004). In: **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis: UFSC, v. 5, n. 3, p. 105-112, p. 2014.

PENA, Paulo Félix de Almeida. et. al. Cuidado ao paciente com doença renal crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 17, 2012, p. 3135-3144.

RIBEIRO, Cássia Teixeira. **Percurso do reconhecimento dos pacientes renais crônicos como pessoas com deficiência: implicações para as políticas públicas de inclusão e de mercado de trabalho.** Monografia (Bacharel em Gestão de Políticas Públicas). Curso de Gestão de Políticas Públicas, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2019.

RIO DE JANEIRO. **Lei nº 4.510, de 13 de janeiro de 2005**. Dispõe sobre a isenção do pagamento de tarifas nos serviços de transporte intermunicipal de passageiros por ônibus do estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO (RJ). **Decreto nº 41575 de 18 de abril de 2016.** Dá nova redação ao Decreto nº 32.842, de 1º de outubro de 2010, que regulamentou a Lei nº 5211, de 01 de julho de 2010, que institui o Bilhete Único no Município do Rio de Janeiro, bem como a Lei nº 3167, de 27 de dezembro de 2000, que disciplina a Bilhetagem Eletrônica nos serviços de Transporte Público de Passageiros do Município do Rio de Janeiro, incluído o exercício das gratuidades legalmente instituídas.

RIO DE JANEIRO (RJ). **Decreto nº 45716 de 15 de março de 2019**. Regulamenta o uso do TÁXI-RIO Corporativo no âmbito da Administração Pública Municipal, e dá outras providências.

SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa. SILVA, Líliam Barbosa. SANTOS, Joseph Fabiano Guimarães. SOARES, Sônia Maria. **Política pública brasileira na prevenção da doença renal crônica: desafios e perspectivas.** Revista Saúde Pública, Vol. 54, São Paulo, 2020.