



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CLEONICE DE FATIMA RAIMONDO

**DESAFIOS ÉTICOS NO COTIDIANO DE SERVIÇOS DE
TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA**

Londrina
2014

CLEONICE DE FATIMA RAIMONDO

**DESAFIOS ÉTICOS NO COTIDIANO DE SERVIÇOS DE
TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. OLegna de Souza Guedes

Londrina
2014

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (Cip)

R153d Raimondo, Cleonice de Fatima.
Desafios Éticos no Cotidiano de Serviços de Terapia Renal Substitutiva. / Cleonice de Fatima Raimondo – Londrina, 2014.
136 f

Orientador: Olegna de Souza Guedes.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) –
Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2014.
Inclui bibliografia.

1. Ética em Saúde. 2. Terapia Renal Substitutiva. 3. Cotidiano da Saúde. I. Guedes, Olegna de Souza. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

CDU 362.14

CLEONICE DE FATIMA RAIMONDO

**DESAFIOS ÉTICOS NO COTIDIANO DE SERVIÇOS DE TERAPIA
RENAL SUBSTITUTIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Olegna de Souza Guedes
UEL – Londrina - PR

Profª Drª Sandra Lourenço de Andrade Fortuna
UEL – Londrina - PR

Profª Drª Rosemeri Moreira
UNICENTRO – Guarapuava - PR

Londrina, 28 de março de 2014.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização desta pesquisa:

Às minhas irmãs, Maria Lúcia e Maria Isabel pelo apoio, incentivo, compreensão e paciência no cotidiano do processo de pesquisa.

À minha irmã Salete pelo cuidado com minha casa e com minha vida durante o período de viagens.

À minha orientadora Olegna de Souza Guedes, pelo compromisso, pela dedicação, por acreditar no meu potencial, e principalmente por tornar o processo mais humano.

À professora Líria Maria Bettiol Lanza, pela contribuição sobre o direcionamento do conteúdo, fundamental para o desenvolvimento deste estudo.

Às **professoras** Sandra Lourenço de Andrade Fortuna e Rosemeri Moreira pela participação e valiosas contribuições na banca de defesa.

Às professoras Daniela Viganó Zanoti Jeronymo e Débora Braga Zagabria pelas contribuições na banca de qualificação.

Aos gestores e profissionais por possibilitarem a pesquisa de campo no cotidiano dos serviços de saúde.

A todos os meus colegas de aula por tornarem os dias mais animados.

À Luciane, amiga e psicóloga profissional por conduzir o processo de retomada no momento de crise.

Aos colegas da CLIRE pela valorização, respeito e incentivo aos conhecimentos profissionais.

Às colegas do CRAS II pela compreensão, incentivo e paciência.

Ao Francisco Carlos Navarro, por tudo.

**Pesquisador
artesão do verbo.
Verbo não mais espontâneo
mas construído
tijolo por tijolo.**

**Buscar palavras
compor idéias
lapidar percepções
para expressar
entraves
dilemas
caminhos
de pequeninos recortes
minúsculos setores
das práticas profissionais
dos problemas sociais.**

**Trabalho de arte
que parece se perder
nas idas, voltas e desvios
dos dias que se repetem
diante da mesa
dos escritos, dos
pensamentos
e, ai, como é duro,
dos sentimentos confusos
brotando do isolamento.**

**Ah!
Quantas voltas!
Quantas tarefas
preliminares!**

**Quantos esquemas
recompostos!
Firmeza para não desanimar.
Calma para elaborar as
frustrações.**

**Para que tanto esforço
que, de tão lento,
nem parece esforço
confunde-se com ócio?**

**Quanta força preciso
para continuar acreditando
no fruto nebuloso
que de tanto tardar
nem sei se há de ter
serventia real.**

**Nesse desconforto
nessa arte
nesse ócio
o verbo se faz.
Sem perceber
a gente se refaz.
Satisfação.**

**Verbo construído
Original
lançado ao vento.
Em que ouvido chegará?
Em que dará?**

Eymard Mourão Vasconcelos,
1999.

RAIMONDO, Cleonice de Fatima. **Desafios éticos no cotidiano de serviços de terapia renal substitutiva**. 2014. 136f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

RESUMO

O cotidiano dos serviços de saúde no Brasil tem determinantes históricos que envolvem concepções de saúde, de política e de serviços que representam características de projetos sociais. Em especial dois desses projetos se fizeram presentes nas últimas décadas, na política de saúde: um de defesa da privatização do setor de saúde e outro de defesa da responsabilização do Estado e universalização do direito à saúde. Tratam-se de projetos construídos teleologicamente com finalidades e meios que representam valores de diferentes classes e grupos com posicionamentos antagônicos sobre as concepções de saúde e de direito. Considerando que no cotidiano estão as possibilidades de reprodução dos valores, como também, de construção de novos valores e que podem interferir na gestão e operacionalização de serviços de terapia renal substitutiva, este estudo tem como objetivo investigar valores necessários para a inscrição da ética no cotidiano da gestão e operacionalização de serviços de Terapia Renal Substitutiva. Foi construído a partir de dois capítulos. O primeiro centra-se na análise de aspectos da gestão e operacionalização da política de saúde para a prestação de serviços de terapia renal substitutiva; o segundo aborda a inscrição de valores no cotidiano institucional em serviços de terapia renal substitutiva. Para construí-los, foi utilizada a pesquisa bibliográfica e de campo. Com relação à esta segunda modalidade, utilizamos de abordagem qualitativa, com coleta de dados na área territorial da 5ª regional de saúde do estado do Paraná, envolvendo a própria regional, três municípios e a unidade prestadora de serviços de terapia renal substitutiva. Os sujeitos participantes são os gestores, da regional e das secretarias municipais de saúde, e trabalhadores da unidade prestadora de serviços de terapia renal substitutiva. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas, grupos focais e diário de campo. Dentre os resultados foi possível entender que o cotidiano dos serviços de terapia renal substitutiva na região Centro-Oeste do Paraná é construído a partir das determinações históricas da política de saúde brasileira. A estrutura da vida cotidiana nestes serviços envolve condições objetivas e subjetivas, que dão possibilidade para construção de valores que concorrem para a valorização humana, porém, neste cotidiano também estão presentes condições para desenvolver ações pautadas em valores próprios da sociabilidade burguesa.

Palavras-chave: Saúde. Gestão e operacionalização de serviços de terapia renal substitutiva. Ética. Cotidiano.valores.

RAIMONDO, Cleonice de Fatima. **Ethical challenges in everyday life of Renal Replacement Therapy services**. 2014. 136f. Dissertation (Masters in Social Work and Social Policy) – State University of Londrina, Londrina, 2014.

ABSTRACT

The everyday life of health services in Brazil has historical determinants involving conceptions of health policy and services that represent characteristics of social projects. In particular two of these projects were present in recent decades in health policy: A defense of the privatization of the health sector and another for the defense of the state responsibility and universal right to health. These are projects teleologically built with purpose and means which represent values of different classes and groups with opposing positions on the conceptions of health and law. Whereas the chances of breeding values are in everyday life, as well as the construction of new values, and that can interfere with the operation and management of renal replacement therapy services, this study aims to investigate values required for inclusion of ethics in daily life management and operation of Renal Replacement Therapy services. It was constructed from two chapters. The first focuses on the analysis of aspects of the management and operationalizing of health policy for the provision of renal replacement therapy services, while the second deals with the description of the institutional routine values in renal replacement therapy services. To build them, bibliographical and field research were utilized. Regarding this second mode we use a qualitative approach with data collection within the area of the 5th Regional of Health of Paraná state, involving the regional itself, three municipalities and the unit providing renal replacement therapy services. The subjects are managers, of the regional and municipal health departments and employees of the provider of renal replacement therapy services. Data collection was through interviews, focus groups and field journal. Among the results was possible to understand that the routine practice of renal replacement therapy services in the Midwest region of Paraná is built from the historical determinations of Brazilian health policy. The structure of everyday life in these services involves objective and subjective conditions, giving the possibility for construction of values that contribute to human enhancement, however, in this routine are also present conditions to develop actions based on the bourgeois own sociability values.

Keywords: Health. Management and operating of services of renal replacement Therapy. Ethics. Everyday life. Values.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Imagens sobre Modalidades de Diálise.....	85
-------------------------------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias teóricas para análise de dados	19
Quadro 2 - Causas da Mortalidade no Brasil no ano de 2009.....	65
Quadro 3 - Óbitos por doenças do aparelho circulatório por Faixa etária, no Paraná, período de 2002-2011	68
Quadro 4 - Óbitos por diabete mellitus por Faixa etária, no Paraná no período de 2002-2011	69
Quadro 5 - Pacientes em diálise no Brasil, por Faixa etária, Período: 2003-2012	82
Quadro 6 - Pacientes em diálise no Paraná, por Faixa etária, Período: 2003-2012	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEP/UEL	Comitê de Ética em Pesquisa/Universidade Estadual de Londrina
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DRC	Doença Renal Crônica
DPAC	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
DPCC	Diálise Peritoneal Cíclica Contínua
DPI	Diálise Peritoneal Intermitente
IAP's	Institutos Públicos de Aposentadoria e Pensão
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IRA	Insuficiência Renal Aguda
IRC	Insuficiência Renal Crônica
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MTIC	Ministério do Trabalho Indústria e Comércio
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOAS/SUS	Norma Operacional de Assistência à Saúde/Sistema Único de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste
PNAPDR	Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal
PRO-RURAL	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia

SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNS	Secretaria Nacional de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanha de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TRS	Terapia Renal Substitutiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I - GESTÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAUDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA	22
1.1 ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS: CONFIGURAÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE COMO PARTE DA SEGURIDADE SOCIAL	22
1.2 ASPECTOS DO PROCESSO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	27
1.3 A PROPOSTA DE REFORMA SANITÁRIA E SEUS DESDOBRAMENTOS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE	34
1.4 INFLUÊNCIAS NEOLIBERAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE: ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO	39
1.5 GESTÃO DA POLÍTICA SOCIAL PÚBLICA DE SAÚDE: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES	45
1.6 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOCIALMENTE CONSTRUÍDOS.....	64
1.7 DOENÇAS RENAIIS CRÔNICAS: NECESSIDADES HUMANAS DE MANUTENÇÃO DA VIDA ATRAVÉS DAS TERAPIAS RENAIIS SUBSTITUTIVAS	73
CAPÍTULO II - A INSCRIÇÃO DE VALORES NO COTIDIANO INSTITUCIONAL EM SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA: DESAFIOS ÉTICOS	87
2.1 O Ser Humano Como Ser Social: um Ponto de Partida para Análise dos Valores de uma Dada Sociabilidade	88
2.2 A Inscrição e Construção de Valores no Cotidiano.....	92
2.3 Cotidiano: Assimilação de Valores, Preconceitos e Possibilidades de Novos Valores	98
2.4 Aspectos da Reprodução de Valores no Cotidiano na Gestão e Operacionalização de Serviços de Terapia Renal Substitutiva	110
CONCLUSÃO	121

REFERÊNCIAS.....	124
APÊNDICES	132
APÊNDICE A - Roteiro das entrevistas	133
APÊNDICE B - Roteiro dos Grupos Focais	134
APÊNDICE C - Roteiro do diário de campo	136

INTRODUÇÃO

O tema aqui apresentado é resultado de inquietações, reflexões e observações a partir do cotidiano de atuação profissional na área de saúde, que desenvolve serviços cuja viabilização se dá a partir de uma ampla rede de relações entre gestores, trabalhadores e usuários do serviço de Terapia Renal Substitutiva – TRS, na região Centro-Oeste do Paraná.

Em conformidade com a política de saúde brasileira, o atendimento integral aos usuários dessa política deve ocorrer através da articulação entre diferentes níveis de complexidade: atenção básica ou primária, média complexidade e alta complexidade.

Os serviços de TRS são considerados de alta complexidade, e no estado do Paraná, têm sua gestão sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, sendo a 5ª Regional de Saúde, situada em Guarapuava, responsável pela gestão e operacionalização deste serviço na região Centro-Oeste. Trata-se de uma regional de saúde que abrange vinte (20) municípios: Boa Ventura de São Roque; Campina do Simão; Candói; Cantagalo; Foz do Jordão; Goioxim; Guarapuava; Laranjeiras do Sul; Marquinho; Nova Laranjeiras; Palmital; Pinhão; Pitanga¹; Porto Barreiro; Prudentópolis; Reserva do Iguaçu; Rio Bonito do Iguaçu; Turvo; Virmond. (PARANÁ/SESA, 2014)

Na região Centro-Oeste do Paraná existe um único serviço de TRS, que é uma clínica privada localizada no município de Guarapuava, a qual realiza somente tratamentos de diálise (diálise peritoneal e Hemodiálise). Esta clínica atende usuários de convênios de saúde privados, e é contratada para atender a demanda do Sistema Único de Saúde - SUS dos municípios referenciados na 5ª Regional de Saúde. No momento da coleta de dados deste estudo, esta clínica atendia cento e quarenta e três usuários (143), sendo quatro (4) de convênios privados e cento e trinta e nove (139) do SUS. Entre as modalidades de tratamento eram seis (6) pessoas em diálise peritoneal e cento e trinta e sete (137) em hemodiálise.

Por não existir serviços de transplante renal localizados na área territorial da 5ª regional de Saúde, as referências para este tratamento são serviços localizados em Curitiba (Capital do estado do Paraná), desta forma, para acessar

¹ Embora conste como município pertencente à 5ª Regional de Saúde, Pitanga tem como referência para diálise os serviços de TRS da Regional de Saúde de Ivaiporã.

serviços de transplante renal a população que reside na região precisa se deslocar até a Capital do estado.

Durante a atuação profissional, como assistente social, na unidade de tratamento de diálise da região, foi possível observar que o cotidiano dos trabalhadores envolvidos na gestão e viabilização da política de saúde é repleto de valores. Decorre, então, a necessária reflexão ética para a compreensão desses valores porque eles envolvem escolhas e comportamentos que podem interferir para qualidade, ou não, dos serviços prestados a população usuária dessa política. É nesta perspectiva que foi construído o objeto dessa pesquisa.

A partir da crítica marxiana à sociabilidade burguesa que prioriza valores particulares egoístas, centrados no individualismo, em detrimento ao humano-genérico², volta-se nesta pesquisa, aos valores presentes no cotidiano dos serviços de diálise. Se vivemos numa sociabilidade que reproduz um cotidiano no qual os indivíduos sociais reproduzem relações pautadas em interesses individuais, e desenvolvem estratégias de manutenção da vida material pautadas em escolhas e necessidades individuais, é possível materializar serviços de saúde, pautados em valores que concorrem para a valorização do humano-genérico? Ou ainda, qual o sentido da reflexão sobre valores, num cotidiano de serviços de operacionalização de Terapia Renal Substitutiva que requer dedicação, cuidado, altruísmo, mas requer também respostas imediatas para movimentar uma rotina de procedimentos?

A partir dessas inquietações foi possível uma primeira aproximação ao objeto da pesquisa: a análise de valores presentes na inscrição de princípios orientadores da política de saúde e os desafios de viabilizá-los no cotidiano de atendimento de uma rede de serviços voltados ao tratamento de terapia renal substitutiva. Entre esses desafios, destacava-se, na constatação da pesquisadora, dado o seu envolvimento com essa rede de serviços, o enfrentamento de uma tendência à reprodução, nesse cotidiano, de valores fundados em consensos que não necessariamente concorrem para a ampliação do gênero humano e que, muitas vezes se inscrevem como preconceitos. Essa constatação levou, então, à definição do objeto da pesquisa: desafios éticos no cotidiano de serviços de terapia renal substitutiva.

² Trataremos dessa análise no capítulo II deste texto.

A partir desse objeto, foi possível estabelecer como objetivo geral da pesquisa a investigação de valores necessários para a inscrição da ética no cotidiano da gestão e operacionalização de serviços de Terapia Renal Substitutiva.

E como objetivos específicos: identificar a interpretação que gestores e trabalhadores de saúde envolvidos na prestação de serviços de alta complexidade têm em relação aos princípios que orientam a política de saúde; investigar preceitos da política de saúde com relação a aspectos formativos necessários ao processo saúde-doença-cuidado que envolve demandas de alta complexidade; evidenciar valores que orientam gestores e trabalhadores da saúde que atuam nos serviços de acesso ao tratamento de terapia renal substitutiva na região Centro-Oeste do Paraná; identificar valores que orientam a interpretação que os trabalhadores da saúde têm dos usuários portadores de Insuficiência renal crônica em programa de diálise na região centro-oeste do Paraná.

Optou-se pela pesquisa qualitativa, pois entende-se que a temática da saúde, como conceito ampliado, oportuniza o desenvolvimento da pesquisa social abordando fatores objetivos e subjetivos. Desta forma, a abordagem qualitativa oferece condições para a apreensão de componentes subjetivos essenciais do cotidiano de relações sociais presentes nos serviços de saúde, sem desconsiderar as condições objetivas desta política.

A discussão que envolve valores necessários para a inscrição da ética na saúde requer o aprofundamento de seus significados. A pesquisa qualitativa, desta forma, “[...] muito tem a oferecer exercitando justamente a vocação para a análise em profundidade das relações e vivências, trazendo as singularidades do adoecer, da produção dos cuidados e da busca da saúde”. (DESLANDES; GOMES, 2007, p. 117)

Considerando a complexidade que envolve o objeto proposto nesta pesquisa, entendemos que o uso do método qualitativo oportuniza o aprofundamento do conhecimento sobre valores necessários para a inscrição da ética no cotidiano de serviços de terapia renal substitutiva, bem como, a apreensão de problemas prático-morais, presentes no campo pesquisado. Entendemos que os procedimentos metodológicos são construídos pela relação intrínseca entre teoria e metodologia, desta forma a pesquisa se iniciou com o levantamento bibliográfico para construção de referência teórica sobre o objeto, possibilitando a construção do conhecimento pretendido.

A partir dessa referência teórica foi construída a pesquisa de campo, desenvolvida na região Centro-Oeste do Paraná.

Objetiva-se, nessa pesquisa, colher dados empíricos para análise de valores reproduzidos no cotidiano de serviços de operacionalização de Terapia Renal Substitutiva. Esses dados foram coletados em instituições de saúde envolvidas no acesso e tratamento de diálise: na 5ª regional de Saúde, em três (3) secretarias municipais de saúde (uma de pequeno, uma de médio e uma de grande porte) e na clínica privada de prestação de serviços de diálise. A escolha destes locais se deu de forma intencional considerando que:

- A regional de saúde representa o órgão gestor na regionalização da política e dos serviços de saúde, implementando os serviços de alta complexidade, como são consideradas as terapia renais substitutivas.
- As secretarias municipais, de municípios de grande, médio e pequeno porte, por representarem características distintas na configuração da descentralização e hierarquização da gestão da política de saúde. A escolha entre os municípios seguiu o critério de maior número de usuários no momento da coleta de dados.
- A clínica de prestação de serviços de diálise, considerando que há apenas uma unidade de referência para terapia renal substitutiva no território de abrangência da 5ª Regional de Saúde e esta desenvolve apenas modalidades de tratamento diálise.

Devido à complexidade que envolve a discussão sobre os valores e a viabilização da política de saúde, os dados foram coletados com o uso de três instrumentos, diário de campo, entrevista e grupo focal.

O instrumento diário de campo foi utilizado pela pesquisadora no cotidiano do espaço sócio-ocupacional onde trabalhava (clínica de prestação de serviço de diálise), local em que mantinha contato com gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde da regional de saúde, dos municípios atendidos e da clínica de diálise. Os dados observados foram registrados em diário de campo, o qual segundo Brandão (2007), se dá pelo registro de acontecimentos observados pelo pesquisador no campo, cujo conteúdo esteja relacionado ao tema abordado pela pesquisa.

O roteiro deste instrumento para registro de observações, foi elaborado a partir das colocações feitas por Minayo (1996), que considera o diário de campo um método de documentação que permite selecionar, descrever e refletir sobre a realidade observada no trabalho de campo. Desta forma, o instrumento descreve local, data, hora, sujeitos, contexto, reflexão sobre valores observados, tendo como base de análise o referencial teórico construído, registrando aspectos sobre valores que orientam as ações.

Um segundo instrumento para a coleta de dados nesta pesquisa, a entrevista, foi escolhida por ser um instrumento que contribui para o levantamento de dados na pesquisa qualitativa. O instrumento metodológico foi elaborado de forma semi-estruturada. Segundo Triviños (1987, p.146), a entrevista semi-estruturada

[...] parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

O roteiro da entrevista abordou questões que envolvem valores que se relacionam a orientação da política, tendo em vista à conduta ética que envolve a gestão dos serviços de alta complexidade. Este instrumento foi aplicado pela pesquisadora, que utilizou de gravador para o registro.

Finalmente, outro instrumento utilizado, ainda nesta pesquisa, o grupo focal foi escolhido por ser adequado para pesquisas que usam mais de um instrumento de coleta de dados. Optou-se pela sua utilização por possibilitar abordagem em grupos formados por pessoas que apresentam características semelhantes, gerando espontaneidade durante o debate do tema e possibilidade de analisar diversidade de percepções em torno de um tema, o qual, muitas vezes, não é abordado de forma direta ou individual. O uso do grupo focal pode permitir a compreensão de aspectos vivenciados por grupos sociais, entender comportamentos, valores e práticas cotidianas. E como coloca Barbour (2009), este instrumento permite ao pesquisador, perceber conteúdos verbais e não verbais, como as expressões e gestos dos participantes.

Este instrumento consiste em expor o tema desejado e promover um debate sobre o mesmo. Segundo Gondim (2003), a elaboração do roteiro para grupo focal deve permitir a fluidez do debate com mínima interferência do moderador. Desta forma, o roteiro elaborado para esta pesquisa está composto por categorias

que se relacionam aos valores que permeiam as relações do cotidiano da saúde. A coleta de dados nos grupos focais, de forma escrita e gravada, foi realizada pela pesquisadora.

Importa ressaltar que na escolha dos sujeitos da pesquisa, considerou-se que o acesso ao serviço, e o tratamento de diálise, envolve diferentes espaços de gestão e implementação da política de saúde. Assim, esses sujeitos se diferenciam intencionalmente, conforme utilização de cada instrumento em diferentes instâncias.

- Na entrevista participaram gestores da saúde. A escolha destes sujeitos se deu por pertencerem a instituições públicas em diferentes esferas da gestão e implementação do SUS. Totalizando quatro (4) sujeitos no uso deste instrumento.
- No Grupo focal participaram os trabalhadores da saúde envolvidos cotidianamente na execução dos serviços de diálise: dois (2) grupos focais formados por seis (6) pessoas, trabalhadores da clínica de diálise envolvendo profissionais liberais, técnicos de enfermagem e da área administrativa escolhidos pelo critério de maior tempo de trabalho na área. Totalizando doze (12) sujeitos no uso deste instrumento.
- No diário de campo foram registradas expressões de valores, que se referem as observações feitas pela pesquisadora no espaço de atuação profissional, no período definido de janeiro a julho de 2012. Na utilização deste instrumento as situações observadas envolveram gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de terapia renal substitutiva, os quais não foram quantificados.

As entrevistas e os grupos focais, bem como, a utilização dos dados registrados em diário de campo iniciaram apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL o qual teve aprovação com o parecer Nº 078/2012. O levantamento de dados foi desenvolvido pela pesquisadora que, na elaboração do texto da dissertação utiliza relatos dos sujeitos, substituindo os nomes próprios por pseudônimos, fazendo uso de nomes de flores e cores para preservar a identidade dessas pessoas.

As gravações das entrevistas e dos Grupos focais foram realizadas após o aceite voluntário de cada participante, leitura e assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, conforme preconiza a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, atendendo as exigências éticas e científicas fundamentais do ser humano e da sociedade, respeitando a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça; visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. (BRASIL, 1996)

Para a análise foram utilizados conteúdos dos três instrumentos, considerando que as entrevistas e os grupos focais foram transcritos na íntegra; o diário de campo, elaborado a partir de observações feitas e registradas pela pesquisadora no cotidiano de atuação profissional.

Buscou-se neste estudo manter a relação intrínseca entre teoria e metodologia para análise qualitativa dos dados. Foi desenvolvida por categorias extraídas dos três instrumentos utilizados, pois entende-se que esta forma de análise oferece subsídios para apreensão de valores presentes nas relações cotidianas que envolvem os serviços de saúde pesquisados.

Segundo Minayo (2008, p. 70), categoria

[...] se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. [...] está ligada à idéia de classe ou serie. As categorias são empregadas para estabelecer classificações. [...] trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito [...].

As categorias teóricas que orientam este conhecimento permeiam a saúde no Brasil e partem de dois projetos antagônicos, sendo um de cunho conservador, outro reformista. Conforme exposto no quadro abaixo.

Quadro 1 - Categorias teóricas para análise de dados

Projetos	Reformista	Conservador
Categorias	Universalidade	Individualização
	Integralidade	Fragmentação
	Equidade	Focalização

Fonte: Material elaborado pela autora deste estudo.

Analisadas por uma concepção crítica, estas categorias teóricas³ expressam valores presentes nos dois projetos mencionados anteriormente, sendo um de reforma da saúde e outro de conservação do modelo tradicional. O projeto reformista tem em seus princípios, que aqui definimos como categorias teóricas, uma proposta de produção de novos valores com finalidade de construir uma concepção ampliada de saúde e de direito universal; o projeto conservador apresenta propostas baseadas nas categorias teóricas, que traduzem a reprodução de valores para a conservação de um modelo de saúde próprio da sociabilidade burguesa e que, do ponto de vista da ética, estão no campo axiológico negativo.

Essas grandes categorias teóricas orientam ações e comportamentos que expressam valores. Como expressões de um movimento da realidade, elas estão presentes no cotidiano de gestão e operacionalização de serviços de saúde; expressam um movimento de ruptura e continuidade com um modelo de saúde privatista próprio da sociabilidade burguesa. Assim, a partir dessas categorias este estudo buscou identificar, nos dados coletados, valores que estão presentes nas reflexões de sujeitos e que orientam ações desses sujeitos quando da viabilização (direta ou indireta) dos serviços de terapia renal substitutiva.

O texto que segue apresenta resultados construídos a partir de levantamento teórico-conceitual, e dos dados colhidos em campo. Procura-se, nesse texto, destacar concepções políticas vinculadas a diferentes contextos históricos sobre a gestão da política de saúde, e valores que se reproduzem no cotidiano de ação nos serviços de terapia renal substitutiva, nas modalidades de tratamento dialítico, na região Centro-Oeste do Paraná. Está dividido em dois capítulos: a gestão e operacionalização da política de saúde para prestação de serviços de terapia renal substitutiva; a inscrição de valores no cotidiano institucional em serviços de terapia renal substitutiva.

O primeiro aborda aspectos conceituais sobre Estado e políticas sociais, aspectos históricos no desenvolvimento da política de saúde no Brasil, a proposta da reforma sanitária, influências neoliberais na implementação da política de saúde, princípios e diretrizes de gestão, as doenças Crônicas Não Transmissíveis, as Doenças Renais Crônicas e necessidades humanas de manutenção da vida através das Terapias Renais Substitutivas.

³ A discussão teórica que envolve estas categorias encontra-se nos tópicos 1.3 e 1.4 deste trabalho.

O segundo capítulo trata de conteúdo referente a compreensão sobre o ser social como ponto de partida para análise dos valores de uma dada sociabilidade, a inscrição e construção de valores no cotidiano, cotidiano como espaço de assimilação de valores, preconceitos e possibilidades de novos valores, finalizando com a compreensão de aspectos que envolvem a reprodução de valores no cotidiano de gestão e operacionalização de Serviços de Terapia Renal Substitutiva.

CAPÍTULO I

GESTÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Um dos aspectos necessários para a análise da gestão e operacionalização da política de saúde refere-se ao cotidiano institucional. E, na análise de uma política direcionada à prestação de serviços, como a terapia renal substitutiva, faz-se necessário compreender a lógica que permeia a elaboração, produção e consumo dos serviços e que está presente nas relações entre gestores, profissionais e usuários no cotidiano institucional.

Dentre estas relações, destaca-se, previamente, na análise de instituições criadas para gerenciar e viabilizar serviços saúde, a estrutura da rede desses serviços que, na atual configuração da política de saúde no Brasil, é construída a partir de instituições de diferentes naturezas: pública e privada. Esta dualidade, presente na construção do sistema único de saúde, imprime-lhe uma estrutura híbrida, com gerenciamento e ordenamento político atribuído ao Estado e serviços advindos do setor privado. Faz-se necessário, portanto, para entender tal estrutura e seu funcionamento, analisar a configuração do Estado na gestão das políticas de saúde que, como as políticas de assistência e previdência, compõem um modelo de seguridade social que apresenta particularidades do Estado brasileiro.

1.1 ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS: CONFIGURAÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE COMO PARTE DA SEGURIDADE SOCIAL

O cotidiano dos serviços de saúde se constrói nas relações que se estabelecem entre Estado e sociedade civil. Nestas relações, o Estado afirma-se como responsável por imprimir uma direção política, ainda que estas sejam resultantes, muitas vezes de interesses econômicos orientados para acumulação capitalista.

O Estado, segundo Weber (2007), tem o poder de autoridade e uso legítimo da força/violência; sua legitimidade se dá por razões internas que se convertem em três fundamentos distintos: poder destinado para preservação da tradição; poder concedido ao seu representante movido pelo carisma; poder pela

legalidade que é a crença em regras transformadas em estatuto legal. Para o autor, a política é atividade inerente ao Estado na condução do poder para controle dos conflitos.

Na perspectiva do pensamento marxista, o Estado é conceituado como um Estado de Classes que objetiva a manutenção da ordem capitalista. Configura-se como um complexo de atividades, distintas das de produção, destinado a preservar a ordem social burguesa, assegurar a continuidade da divisão social. Ancorada nesta perspectiva marxista, Souza (1984) destaca três fases no desenvolvimento do Estado, no que tange às suas relações com as necessidades de manutenção do padrão de acumulação capitalista. Uma primeira, é aquela em que Estado tem um caráter repressor, assume função econômica de contribuir para acumulação capitalista ao controlar a força de trabalho. A segunda é a que o Estado aparece como guardião da acumulação capitalista e assume a função política de repressor e regulador de mecanismos para evitar crises econômicas. Por fim, uma terceira fase, é a que o Estado, além de repressor e regulador, também se apresenta como produtor. Esta última caracteriza o período que se traduz como capitalismo monopolista de Estado⁴.

O Estado se constitui como regulador e controlador da questão social cujas refrações expressam-se, entre outros aspectos, nas reivindicações da classe trabalhadora que se percebe excluída do consumo de bens e serviços socialmente produzidos. Ele atua na formulação de repostas que se apresentam sob a forma de política social: um conjunto sistemático de ações que envolvem o termo proteção social; obscurece as finalidades de manutenção da ordem capitalista e a preservação das particularidades da relação capital-trabalho a ela inerente. Desta maneira, a política tem seu espaço dentro do Estado como mediadora dos conflitos de interesses de classes que compõem o modelo de sociedade capitalista.

As instituições públicas estatais, segundo Santos (1980), atuam como micro poder; procuram se legitimar ao se colocarem como instituições neutras e como difusoras do bem comum; ao se denominarem instituições universais evitam resistências. Estas instituições ganham legitimidade quando assumem a função de

⁴ Capitalismo monopolista de Estado “se refere a fase mais recente do capitalismo, caracterizada pela ascensão do Estado como força econômica significativa, diretamente envolvida na cumulação do capital. A maior parte das análises desta fase relaciona o Estado, de alguma forma com uma fração do capital: o capital monopolista, representado pelas empresas gigantes e pelos grandes grupos financeiros”. (BOTTFOMORE, 2001, p. 55)

sanar as necessidades imediatas; atendendo às carências de determinada população ganham o consentimento do usuário dos serviços e da população em geral em torno do termo proteção social. Nesta perspectiva, para Costa (2006) as políticas sociais são como mecanismos de articulação e são aspectos de processos políticos que visam o consenso social, a aceitação e legitimação da ordem, a manutenção das relações sociais e a redução de conflitos.

Ao analisar as políticas sociais se faz necessário considerar as lutas prévias, conflitos que as antecederam e que as evidenciaram como necessárias. Dentre as perspectivas marxistas, a que se filia à tradição gramscianiana, analisa essas lutas, destacando três sujeitos - classe dominante; Estado intermediador; classe subalterna - protagonizando ações distintas num movimento histórico constituído por elementos econômicos, sociais e políticos. Entender este movimento é necessário para analisar como essas políticas se desenvolvem no mundo capitalista.

Nesta análise percebemos que projetos que envolvem o tema proteção social, e em especial os que envolvem o termo seguridade social e universalidade, fazem parte da agenda dos Estados considerados desenvolvidos, de forma mais intensa, a partir do período conhecido como segundo Pós-Guerra, tendo como base o plano Beveridge⁵ e as idéias keynesianas⁶. Considerando as particularidades e concepções de cada Estado, os sistemas de seguridade social se desenvolveram sob diferentes formas em cada país.

Seguridade social, conforme Vianna (1994), é um termo utilizado pelo sistema capitalista para designar as ações estatais nos serviços sociais; é um termo ainda impreciso, e que se tornou objeto de debate nas últimas décadas. As literaturas publicadas, que se ocupam com a reflexão teórica desse termo, giram em torno de duas vias pelas quais permeiam as discussões: uma tem como base o conceito de proteção social, dentro de uma concepção européia de sociedade, supondo que cidadania envolve direitos civis, políticos e sociais, sendo que, este último se refere à garantia de um mínimo de segurança para viver como ser civilizado, usufruindo de condições que prevalecem na sociedade; a outra via procura demarcar o conceito de forma pragmática, priorizando práticas em

³ Plano Beveridge é como ficou conhecido o documento elaborado, na Inglaterra, por Sir William Beveridge, que trata de um modelo de proteção social (VIANNA, 2005).

⁶ John Maynard Keynes aborda o tema referente ao envolvimento do Estado na economia, investindo na área pública tendo como objetivo final a ampliação e crescimento da economia. (COSTA, 2006)

detrimento de princípios, estabelecendo programas governamentais para proteção dos trabalhadores em períodos de perda ou redução da condição de renda advinda de atividade de trabalho.

No Brasil, diferentemente, dos demais países considerados desenvolvidos, o termo seguridade social só foi instituído na década de 1980, envolvendo as políticas de saúde, previdência social e assistência social, abrindo-se assim, um campo de possibilidades para o desenvolvimento da proteção social referente a estas políticas, até então ausente como legislação e como ação. Foi a partir deste período, com a efervescência dos movimentos sociais, que o Estado passou a assumir, legalmente, a responsabilidade de compreender a questão social como uma questão política e os serviços sociais, viabilizados por estas políticas, como serviços que devem ser prestados de forma a regular e controlar os conflitos sociais.

Para Vianna (2005), a seguridade social brasileira apresenta semelhanças com o modelo Beveridge, desenvolvido no Reino Unido na década de 1940. Tal semelhança pode ser percebida no artigo 194 da Constituição Federal de 1988, no que tange à integração das ações referentes às políticas voltadas a assegurar os direitos sociais, com objetivo de garantir, entre outros fatores, a universalidade da cobertura e do atendimento. Nesta direção, o texto da Constituição Federal de 1988, estabelece:

Art. 194 - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.
Parágrafo único - Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:
I - universalidade da cobertura e do atendimento;
II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
V - equidade na forma de participação no custeio;
VI - diversidade da base de financiamento;
VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.
(BRASIL, 1988)

Na concepção de Vianna (2005), o sistema de seguridade social brasileiro, universal e integrado tem implicações simbólicas e práticas: simbólicas ao colocar a proteção social em conceito de cidadania positivada; práticas porque, nela,

os direitos partem dos princípios de financiamento de benefícios contributivos e não contributivos. Nesta direção, a Constituição Federal em vigor estabelece que a previdência social é um direito atrelado ao trabalhador que contribui; a assistência social para quem necessita em momentos de risco ou vulnerabilidade social, dentre eles, quando não têm suas necessidades sanadas pelo produto de seu trabalho; e, finalmente, estabelece a saúde como um direito universal e nela todos são potencialmente assegurados.

Sobre a universalidade, Vianna (2005) fala que as discussões, planejamentos e práticas políticas devem remeter à reflexão sobre a disputa universalismo *versus* focalização. Esta disputa se fundamenta em ideologias cada vez mais confusas, escolhas feitas por governantes diante da incompatibilidade entre recursos e demandas; além disso, a disputa tem como fundamento concepções teóricas e finalidades dadas à política social.

Esta autora considera que a disputa dos termos universalidade *versus* focalização envolve a discussão sobre política social para todos ou para pobres e, que para compreender este binômio, é necessário retomar a discussão sobre a clássica antinomia: igualdade *versus* liberdade. Duas noções de igualdade e de liberdade são predominantes no debate. Sobre a igualdade: em uma das noções está o conceito de Estado como produtor de bens e serviços dos quais todos tem direito, sendo igualdade concebida como pessoas mais igualitárias; em outra noção está presente a concepção de Estado regulador para o desenvolvimento do mercado, sendo igualdade concebida como igualdade de oportunidades para todos. A concepção de liberdade também apresenta duas noções: uma compreende a liberdade como livre arbítrio, interpretado como ausência de restrições, desconsiderando os fatores que obstaculizam as escolhas; a outra noção entende a liberdade positivada, defendendo a existência de elementos propiciadores de capacidades para o livre arbítrio.

Além desses aspectos – sistema de seguridade e universalidade – bem como a localização da política de saúde, como uma das políticas de proteção social implementada pelo Estado, sobretudo, para atender demandas geradas pela questão social, a análise da política de saúde no Brasil requer uma reconstrução histórica para que seja possível entender o significado político de sua atual configuração; bem como aspectos da gestão de um serviço a ela vinculado.

1.2 ASPECTOS DO PROCESSO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O conhecimento sobre o processo histórico da saúde no Brasil remete à necessidade de observar diferentes interesses e concepções que contribuíram para a conformação do modelo da política de saúde atualmente em vigor.

Ao analisar a publicação de Bertolli Filho (2004), observamos que os cuidados com a saúde da população brasileira no período do Brasil Colônia foram determinados pela formação cultural, material, territorial e política da sociedade daquela época, como também, foram determinantes para definir caminhos percorridos pela política de saúde em todo o território brasileiro.

Naquele período, os cuidados com doenças se materializavam nas práticas desenvolvidas por religiosos (através de medicação popular orientadas por padres), pelo curandeirismo (através de recursos da natureza utilizados por negros e indígenas) e pela ação dos boticários (espécie de farmacêuticos que manipulavam fórmulas).

O envolvimento do poder público com a saúde pode ser percebido a partir do momento em que se eleva a concentração de pessoas residindo em áreas urbanas. Com a vinda da família real portuguesa, em 1808, a elevação de número de habitantes no Rio de Janeiro contribui para a disseminação de doenças e com isso a necessidade de procurar soluções para as deficiências de saúde pública, em especial àquelas que, de uma forma ou de outra, ameaçavam a ordem e as pessoas ligadas à coroa portuguesa. (BERTOLLI FILHO, 2004)

Este autor considera que a falta de saneamento básico, no período imperial, originou doenças graves e transmissíveis, como a varíola, atingindo um número expressivo de pessoas nos grandes centros, especialmente no Rio de Janeiro. Afim de, diminuir a necessidade de deslocamento até Portugal, sede da corte, foram desenvolvidas ações sanitárias para atender as necessidades apresentadas principalmente nas cidades onde estavam os novos moradores. É possível perceber que os primeiros centros de formação em medicina se situaram no Rio de Janeiro e na Bahia, e foram criados estrategicamente em função da conjuntura naquele período.

Poucos avanços em saúde podem ser percebidos no período imperial, “[...] a fragilidade das medidas sanitárias levava a população a lutar por

conta própria contra as doenças e a morte”. Muitos ficaram a mercê do caos da saúde, devido à precariedade dos hospitais; a classe empobrecida só dispunha de atendimento filantrópico dos hospitais mantidos pela igreja, a maior parte das pessoas doentes recebia atendimento nas Santas Casas de Misericórdia⁷. (BERTOLLI FILHO, 2004, p.10)

O final do século XIX foi retratado por várias revoltas populares; lutas revolucionárias, sobretudo, por considerar que as doenças estavam relacionadas às condições de vida e trabalho. O setor da saúde era gerido por uma economia agroexportadora e o poder público não solucionava os graves problemas que acometiam o amplo contingente populacional. (POLIGNANO, 2001)

Mudanças políticas são percebidas na área de saúde no início do século XX, no período republicano, fase em que foi lançada a primeira medida, em nível nacional, para a criação do sistema de saúde pública, esta medida foi organizada com o modelo sanitarismo campanhista⁸, tendo como responsável o médico sanitarista Oswaldo Cruz que iniciou com ações na área urbana seguida de ações nas áreas rurais.

Tem-se como exemplo, as primeiras campanhas de vacinação em massa, que desencadeou movimento conhecido como Revolta da Vacina em decorrência da obrigatoriedade apresentada pela Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, desenvolvidas por meio de operações impositivas, nos moldes militares, estas ações contrariavam a autonomia de decisão das pessoas, causavam revolta, indignação, descrédito e rejeição da população. Desta forma, apesar do reconhecimento dos benefícios gerou inconformismo, questionamento sobre a forma autoritária de vacinação.

Grupos de diferentes vínculos ideológicos e teóricos se uniram à população para manifestarem-se contrários às medidas impositivas de controle de doenças. Segundo Bertolli Filho (2004, p. 27):

[...] grupos políticos de oposição passaram a engrossar as críticas contra o Estado e sua ação sanitária. Defensores da restauração monárquica, militares positivistas e até médicos homeopatas, contrários ao uso de vacinas, uniram-se a movimentação do povo, tentando obstruir as discussões parlamentares sobre a imunização compulsória.

7 As Santas Casas, como define Bertolli Filho (2004), se configuravam na época, como instituições hospitalares vinculadas à igreja católica, e desenvolviam ações de saúde sob a lógica da caridade para um contingente populacional que não apresentavam condições sociais e financeiras para acessar serviços de saúde privados.

8 Conforme Bertolli Filho (2004) as ações desenvolvidas sob a lógica militar da época, sendo a autoridade o principal instrumento de intervenção.

O início do século XX foi marcado por conflitos de interesses: greves de trabalhadores que reivindicavam melhores salários e condições de trabalho provocaram redução da produção, desencadeando a queda do mercado das exportações durante um longo tempo. Por outro lado, os interesses econômicos da burguesia sobrepujaram aos investimentos do Estado em políticas sociais, que eram poucos, deixando desprotegida a população destituída de poder de decisão e de menor poder aquisitivo.

A influência de novos atores, contingente significativo de trabalhadores vindos da Europa, com novos valores e experiências políticas até então inexistentes no Brasil, provocou mudanças significativas nas relações de trabalho e nas funções do Estado para o desenvolvimento de políticas sociais.

De acordo com os escritos de Polignano (2001, p. 6):

Os imigrantes, especialmente os italianos (anarquistas), traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus, e desta forma, procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pelas conquistas dos seus direitos.

Sob a compreensão de proteção social, Bertolli Filho (2004) fala sobre estas mudanças envolveram transformações nas relações de trabalho. Primeiramente direcionada aos trabalhadores ferroviários, seguido dos trabalhadores marítimos e bancários, desenvolvendo direitos na condição de contribuição direta, sob a lógica do seguro, embora mantivesse assegurada apenas parte da população que apresentavam vínculos formais de trabalho, com a aprovação da Lei Elói Chaves (1923), obteve-se aparato legal de política pública, criando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's).

No período do primeiro governo de Getúlio Vargas, (1930-1945), tem-se marcas iniciais dos direitos sociais; com a criação dos Institutos Públicos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), ainda abrangendo apenas algumas categorias, garantindo proteção a um pequeno contingente populacional. O Estado iniciou o fomento às políticas sociais, consolidando o modelo de seguro social e serviços médicos garantidos à população trabalhadora urbana; aqueles que não podiam contribuir continuavam a mercê dos serviços de saúde desenvolvidos sob a forma de caridade e de filantropia.

Segundo Bertolli Filho (2004), a Previdência Social dispunha de serviços de saúde destinados aos trabalhadores formais, desenvolvendo apenas ações de cunho médico curativo, cuja organização ficava sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC), ao qual era atribuída a função de administração da Previdência Social. A responsabilidade das ações de saúde pública de cunho preventivo ficava para o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), que intervinha apenas através de campanhas destinada a uma parte da população que não se incluíam no sistema previdenciário e nas caixas de aposentadorias.

Pode-se observar segundo este autor, que mesmo iniciado o aparato legal, e ações que instituíam uma concepção de proteção social, disseminava-se uma dualidade entre direito contributivo e não contributivo, o qual excluía e incluía parte da população de acordo com as condições sociais, econômicas e de vínculos trabalho: contributivo ou não contributivo.

A fase histórica do período denominado de Estado Novo (1937-1945) aconteceu sob influência da pressão econômica internacional, apresentando características de um modelo de governo ditatorial, que restringiu a participação e manifestação popular. As ações governamentais eram permeadas por instrumentos de autoridade carismática, como aponta Costa (2006), que se desenvolvia em meio a uma política populista.

Sob o governo do General Eurico Gaspar Dutra, em 1946, segundo Costa (2006, p. 125), foi elaborado “o Plano Salte, enfatizando ações na área de saúde, alimentação, transportes e energia”; mas tal plano foi abandonado devido à justificativa de falta de recursos para investir nestas áreas.

Tendo em vista o desenvolvimento de uma economia urbano-industrial, o segundo mandato de Vargas deu prioridade para ações na área social e econômica, segundo Brasil (2007), em 1953, instituiu o Ministério da Saúde com proposta de enfrentamento dos problemas existentes no financiamento dos serviços, propondo a ampliação das intervenções na saúde pública.

Cabe observar a presença do clientelismo⁹ nas práticas governamentais como característica da formação histórica brasileira. A busca pelo desmantelamento dessa forma de poder centralizador, tem como marco histórico a

⁹ Clientelismo para Faleiros (1997) se refere à prática política com base de troca de favores, onde se utiliza da estrutura pública como se fosse de propriedade privada.

3ª CNS - Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1963, a qual contribuiu para as discussões que propunham a desconcentração do poder político. Em torno da descentralização do poder de decisão na área de saúde, naquela conferência propõem-se definir atribuições às três esferas de governo – união, estados e municípios.

Os avanços nas discussões que possibilitavam formas de governos democráticos são interrompidos com o início do regime militar¹⁰ que através do golpe de Estado, em 1964, desencadeou-se uma crise política e uma forte perseguição a líderes políticos, religiosos, sindicais, estudantes que lutavam por espaços democráticos, entre outros, que lutavam por melhores condições sociais e de saúde.

A aliança, no cenário político, entre camadas trabalhadoras (urbanas e rurais), segmentos de pequeno-burgueses (com destaque das camadas intelectuais) e parcelas da Igreja Católica era um fato novo na história do país. Para Netto (2004), isso não representava um risco imediato à ordem capitalista, mas colocava em questão a crítica à modalidade específica que, em termos econômico, sociais e políticos, o desenvolvimento capitalista tomara no país.

Para este autor, a mobilização democrática não caracterizava um quadro pré-revolucionário, porém não fosse o golpe de 1964¹¹, é provável que seus desdobramentos originassem um reordenamento político-social capaz de engendrar uma situação pré-revolucionária. O desfecho foi uma solução política imposta pela força que abateu o campo da democracia, estabelecendo um pacto contra-revolucionário. Tal golpe derrotou uma alternativa de desenvolvimento econômico-social e político, que era uma possibilidade de reversão do fio condutor da formação social brasileira (FLORESTAN FERNANDES *apud* NETTO, 2004, p. 25).

O Brasil mergulhou em anos de trevas e obscurantismo. Como coloca Costa (2006), a política salarial adotada pela ditadura gerou perdas para os trabalhadores, deteriorando ainda mais o quadro social do país e favorecendo o

¹⁰ Durante o Regime militar o Estado colocou-se como guardião da nação, defensor da ordem por ele estabelecida, ocultando a forte pressão externa que recebia e a presente necessidade de fortalecer setores capitalistas internos. (COSTA, 2006)

¹¹ O Golpe de 1964 é o termo utilizado para o golpe de Estado ocorrido no Brasil no ano de 1964, no qual o então presidente foi deposto, e o sistema militar assumiu o poder, instituindo-se um modelo político de Estado ditatorial. Segundo Costa (2006), numa ditadura o Estado assume todas as funções de comando, a partir do fortalecimento do poder executivo e no golpe militar o Estado colocou-se como guardião da nação, defensor da ordem por ele estabelecida, ocultando a forte pressão externa que recebia e a presente necessidade de fortalecer setores capitalistas internos.

processo de concentração interna de renda. A classe trabalhadora foi alijada de seus direitos, como o de greve, de autonomia sindical e poder de negociações coletivas. A censura proibia qualquer manifestação contrária ao governo militar, o congresso nacional foi fechado, além da perseguição a intelectuais, políticos e críticos do sistema, como já mencionado anteriormente.

A política social adotada pelos governos era voltada à manutenção e reprodução da força de trabalho, com o menor custo possível, objetivando assegurar a contensão das tensões sociais e prevenir a radicalização de conflitos através de práticas clientelistas, passando, para a opinião pública, uma aparente preocupação do governo com as questões sociais.

Neste período ocorreu a integração dos IAP's, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual, para Bertolli Filho (2004), consolidou o modelo médico assistencial privatista, e impossibilitou a participação social nas decisões e nas formas de organização, uma vez que as ações ficaram centralizadas na esfera federal. Tendo o Ministério do Trabalho como órgão responsável pelos convênios com instituições prestadoras de serviços de saúde, a assistência acontecia de forma individualizada, focalizada e fragmentada, desconsiderando as características de saúde pública, ou coletiva.

Na década de 1970, foi criada a Superintendência de Campanha de Saúde Pública – SUCAM e apenas em 1971, a população da área rural teve acesso aos direitos previdenciários, dentre eles o direito à saúde, através do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural - PRO-RURAL. Conforme Bertolli Filho (2004) com desmembramento do Ministério do Trabalho e criado, em 1974, instituiu-se o Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, tendo a função de administrar a saúde voltada aos segurados que contribuíam com a previdência social.

Tendo como finalidade de diminuir gastos e aumentar a eficácia das ações de saúde no território nacional criou-se o Sistema Nacional de Saúde – SNS, instituído pela lei 6.229/1974, e dois anos depois instituiu-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste - PIASS.

Outras denominações são instituídas na década de 1970, segundo Bertolli Filho (2004), com o intuito de administrar recursos e serviços da saúde previdenciária: em 1977 o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, o qual foi desmembrado em dois sendo um de administração financeira e

outro de serviços, dando origem ao Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Os atendimentos das necessidades de saúde eram, em sua maioria, desenvolvidos por intuições privadas, em ações de medicina curativa e penas em casos de doenças já instaladas, desconsiderando condições de saúde e ações preventivas. Segundo Santos (2002), o gerenciamento dos recursos acontecia na lógica administrativa entre recursos arrecadados, números de beneficiários e serviços disponibilizados.

O modelo de saúde desenvolvido dividia a população em três categorias como podemos observar nos escritos de Brasil (2014, s/p):

[...] os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum.

Frente à desordem da política de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, a população cobrava soluções eficientes para o modelo de saúde vigente, e, como forma de resistência a esse processo instalado, inicia-se uma fase histórica de experiências de participação popular, criando espaços de construção da cidadania, onde a população expressava a importância do seu papel político. Movimentos sociais em prol de mudanças na área de saúde buscaram alianças e articulações com outros movimentos sociais que se colocavam em favor de mudanças políticas nas décadas de 1970 e 1980, como resultado destacou-se a difusão das ideias do movimento sanitário e a integração do mesmo no Estado.

Apresentando fortes argumentos críticos sobre o sistema de saúde, o movimento sanitário foi formado por vários sujeitos que apresentavam interesses de cunho coletivo, que se posicionavam por uma ideologia de justiça social ao considerar necessária a saúde como um direito de todos os brasileiros. (VASCONCELOS, 2009)

A transição do período envolvia mudanças políticas e sociais, pelas quais passava o Brasil na década de 1980, envolvia a população em lutas políticas e sociais, tais como: direito ao voto direto para todas as esferas de gestão pública, ampliação e construção de direitos sociais elaboração da nova carta constitucional.

A saúde estava presente nos movimentos sociais tendo como base a proposta de reforma política e conceitual de saúde, como política pública, dever do Estado e direito universal.

1.3 A PROPOSTA DE REFORMA SANITÁRIA E SEUS DESDOBRAMENTOS PARA A POLÍTICA DE SAÚDE

A saúde ocupou um papel de destaque nos movimentos sociais que ocorreram no Brasil na década de 1980, considerando que articulou o envolvimento de sujeitos como: instituições, profissionais e usuários dos serviços em prol da ampliação do conceito de saúde, da universalidade como princípio, da responsabilidade do Estado e participação dos sujeitos sociais nas decisões e gestão desta política.

O movimento social conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária, segundo Pereira (2002), contestava os efeitos desencadeados pelo padrão centralizador do período ditatorial, em prol do ideário de uma reforma sanitária. Estavam envolvidos: o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde), o qual foi criado com ideário político de esquerda e por filiados do PCB (Partido Comunista do Brasil); profissionais e políticos de esquerda com articulação internacional; centrais sindicais; associações de trabalhadores da saúde; movimentos populares que compartilhavam dos ideários de reforma. O envolvimento de tais sujeitos concedia condição privilegiada e conhecimento para imprimir propostas na agenda pública, a ponto de darem legitimidade para suas propostas.

Em meio ao modelo de um Estado autoritário emerge este movimento, que segundo Santos (2009, p.13), “[...] nasce na segunda metade dos anos 70 no bojo do movimento maior que se ampliava em todos os segmentos da sociedade, nas lutas pelas liberdades democráticas contra a ditadura [...]”, que em torno das políticas públicas e das suas implicações buscavam um novo relacionamento entre Estado e sociedade. Este movimento teve como base a Declaração de Alma-Ata¹² de 1978, na qual foi definida a meta “saúde para todos”, e

¹²Em setembro de 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS) e que “expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da Saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a Saúde de todos os povos do mundo”. (Declaração de Alma Ata, apud BRASIL, 2007”, p. 25)

o debate sobre a ampliação do conceito de saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Segundo Bravo, (2011, p. 28), as bases teóricas que sustentaram o movimento da época, e os grupos defensores desta proposta ainda na atualidade, são ligadas à corrente marxista, numa interpretação crítica dos conceitos que envolvem o processo de reforma da política de saúde voltada a contribuir para uma transformação social, pois o “[...] horizonte da luta é a relação saúde, democracia e socialismo, ou seja, tem como horizonte a emancipação humana¹³”.

A base teórica marxista presente no movimento pela reforma sanitária se expressa na própria proposta, nas palavras de Bravo (2011, p. 28), “[...] como corrente teórica que defendem os conceitos da reforma sanitária – determinação social do processo saúde-doença e consciência sanitária – como centrais para saúde [...]”.

É importante salientar que o movimento pela reforma sanitária tinha como objetivos centrais de superar as iniquidades próprias do desenvolvimento histórico, a constituição de um sistema público, o direito e garantia de acesso universal e integral, a descentralização e a participação nas decisões sobre saúde.

O marco inicial para mudanças institucionais, protagonizadas pelo movimento de reforma sanitária, na política de saúde no Brasil foi a 8ª CNS, no ano de 1986, em que a participação popular foi idealizada nas discussões acadêmicas e por trabalhadores da saúde, abrindo possibilidades para uma nova concepção política para a saúde. Esta conferência ficou reconhecida como a base da reestruturação do modelo até então vigente. Como podemos observar nas palavras de Bravo (2006, p. 9),

¹³ Ao que se refere à emancipação humana, Marx aborda esta categoria, pela primeira vez, na obra “A Questão Judaica” publicada em 1844, quando analisa a crítica de Bruno Bauer às reivindicações dos judeus pelo reconhecimento da cidadania na Alemanha. Ele explica que é necessário não se deixar iludir por limitações e contradições presentes na emancipação política, pois o Estado político assume a condição de idealismo, e a aproximação deste com a sociedade burguesa significa a consagração da emancipação política e não a emancipação humana geral. Esta, se torna possível: Somente quando o homem real recupera em si o cidadão abstrato e se converte, como homem individual, em *ser genérico*, em seu trabalho individual e em suas relações individuais; somente quando o homem tenha reconhecido e organizado suas “*forces propres*” como *forças sociais* e quando, portanto, já não separa de si a força *social* sob a forma de força *política*, somente então se processa a emancipação humana (MARX, 1969, p. 52). Nessa análise Marx coloca que apesar de não significar a emancipação humana ao se referir às condições reais, à emancipação prática, na sociedade atual a emancipação política pode significar um avanço em direção à emancipação humana.

O fato marcante e fundamental para discussão da saúde no Brasil, ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. O temário central versou sobre: I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III Financiamento setorial.

O relatório final da conferência, inscrito pelos atores sociais, serviu como instrumento importante, para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, para as decisões da assembléia nacional constituinte, bem como, para a elaboração do texto referente à saúde na nova Constituição Federal.

A Assembléia Nacional Constituinte, realizada no período que envolveu o processo de elaboração da Carta Constitucional de 1988, esteve repleta de conflitos de interesses divergentes. Na saúde puderam ser observadas duas forças antagônicas que confrontaram seus projetos. De um lado, o então denominado de movimento contra-reforma conservadora, defendendo o modelo médico-assistencial privado, e o mínimo de investimento do Estado, representando interesses da indústria farmacêutica e dos prestadores de serviços privados, cuja finalidade centrava na rentabilidade econômica pela mercantilização dos bens públicos de saúde. Por outro lado encontravam-se adeptos da reforma sanitária com a proposta de ampliação do conceito de saúde, direito universal e criação de Sistema Único de Saúde - SUS, tendo interesses na gestão descentralizada e participativa que partilharia o poder entre união, estados e municípios com participação da sociedade nas decisões políticas, defendendo princípios de igualdade e equidade para atender às necessidades geradas pelo desigual desenvolvimento social do país.

Os fundamentos que orientam a proposta de reforma sanitária brasileira se originam do consenso social quanto à total inadequação do sistema de saúde, até então existente no Brasil, que se caracterizava como:

- um quadro de doenças de todos os tipos condicionados pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do país e que o velho sistema de saúde não conseguia enfrentar com decisão;
- completa irracionalidade e desintegração das unidades de saúde, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros;
- excessiva centralização implicando por vezes em impropriedade das decisões pela distância de Brasília dos locais onde ocorrem os problemas;
- recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento e em comparação com outros países;
- desperdício dos recursos alocados para a saúde, estimado nacionalmente em, pelo menos 30%, produzido por incompetência gerencial;

- baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes;
- falta de definição clara das competências dos vários órgãos e instâncias político-administrativas do sistema, acarretando fragmentação do processo decisório e descompromisso com as ações e falta de responsabilidade com os resultados;
- desempenho desordenado dos órgãos públicos e privados conveniados e contratados, acarretando conflito entre os setores público e privado, superposição de ações, desperdícios de recursos e mau atendimento à população;
- insatisfação dos profissionais da área da saúde que vêm sofrendo as consequências da ausência de uma política de recursos humanos justa e coerente;
- insatisfação da população com os profissionais da saúde pela aparente irresponsabilidade para com os doentes, greves freqüentes, freqüentes erros médicos e corporativismo se sobrepondo à saúde do povo;
- baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais;
- ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos, bem como de participação da população na formulação e gestão das políticas de saúde;
- falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços;
- imensa preocupação e insatisfação da população com o atendimento à sua saúde. (MS, 1990, p. 3)

Como resultante das lutas sociais pode-se observar avanços na política da saúde durante a década de 1980, que produziram transformações no país. As transformações envolvem a possibilidade de interferência da sociedade nas políticas de saúde, a definição da responsabilidade do Estado, como política de bem estar social, em que o SUS se constituiu política pública, regulamentada pela Lei 8080/90, Lei Orgânica da Saúde - LOS. Desta lei cabe destacar o artigo 3º que fala sobre a nova concepção de saúde para o Estado e para sociedade brasileira:

[...] a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990, art. 3º)

Percebe-se que o debate em torno da proposta de mudanças na política de saúde, defendida pelo movimento da reforma sanitária, interpreta a saúde como política de seguridade social. Como expõem Reis; Marazina; Gallo (2004, p. 37), se institucionaliza, legalmente, o debate de ampliação das ações para o campo de política social pública de seguridade social, inaugurando, desta forma, “[...] o reordenamento teórico, paradigmático e operacional da saúde que a levou a ser compreendida no âmbito da seguridade social”.

O conceito ampliado de saúde, que nasce com a reforma sanitária, propõe ultrapassar uma concepção de saúde característica da formação social brasileira, que entende o ser humano puramente como ser biológico, para adentrar os espaços sociais e psicológicos dos seres envolvidos no processo saúde-doença. Esta é uma proposta que fez, e ainda faz, do debate em torno do conceito de saúde para uma política voltada para seres humanos, considerando suas condições objetivas e subjetivas.

Ao expor pensamentos de Queiroz, os autores Reis; Marazina; Gallo, (2004, p. 37), falam que, no modelo proposto, há necessidade de deslocamento, do modelo médico-hospitalar para a comunidade, na forma de atenção à saúde; assim, “[...] a reordenação do conceito de saúde, pedra de toque do movimento de reforma sanitária, incorpora, entre seus determinantes, as condições de vida [...]”.

Para Rodrigues Neto (2003), dentre as áreas previstas para a constituinte, a saúde foi a que chegou com maior discussão e legitimidade, e na proposta continha o ideário do movimento da reforma sanitária. Ao final da Assembléia Nacional Constituinte foi aprovado o texto: "Saúde um Direito de Todos e Dever do Estado", o qual previa a participação dos sujeitos sociais na elaboração de políticas de saúde, no controle de sua implementação e na descentralização dos serviços.

Enfim, com a constituição Federal de 1988, a saúde assume a característica de direito de proteção social, fazendo parte da do tripé da Seguridade Social, juntamente com a previdência social e a assistência social. O SUS, como política pública a partir de então, passa a orientar-se por três princípios fundamentais: universalidade (atendimento a todos os cidadãos), integralidade (da atenção básica à alta complexidade) e equidade (atendimento conforme a necessidade). Dentre os direitos da seguridade social, a saúde imprimiu uma sessão mais detalhada na Constituição de 1988, segundo Pereira (2002), considerando que o acesso universal está presente apenas para os inscritos legais da política de saúde.

A universalidade do direito consta no art. 196 da Constituição Federal de 1988

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Contudo, embora as intenções do projeto da reforma sanitária, tenham sido inscritos na Constituição Federal, as condições para sua estruturação também se apresentaram como adversas. Mesmo com direito decretado, a saúde dependia de lei de uma regulamentação que estava prevista para 1989 e, em decorrência dos conflitos de interesses contrários, só um ano depois a Lei 8.080/90 que regulamenta a política de saúde, foi aprovada e devido aos vetos, principalmente no que se refere ao financiamento e controle social através da participação, precisou ser complementada com a Lei 8.142/90.

No período de construção da reforma sanitária, os desafios enfrentados estiveram ligados à conjuntura sócio-política do final do sistema ditatorial. Segundo Lobato (2009), por se tratar de uma proposta contra-hegemônica, os atores envolvidos com a construção e desenvolvimento do projeto, enfrentaram desafios devido aos conceitos que visavam à reconstrução da democracia; a oposição às formas tradicionais de gestão; o atendimento às demandas de forma universal contrariando interesses do mercado de serviços de saúde.

Desta forma trataremos na sequência as influências do projeto neoliberal na construção da saúde brasileira, como desafio para as propostas de reforma.

1.4 INFLUÊNCIAS NEOLIBERAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE: ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO

As políticas sociais passaram a fazer parte das agendas públicas de países considerados economicamente desenvolvidos no período pós 2ª Guerra Mundial, quando receberam o *status* de direito; deixando de ser apenas problemas de interesse de grupos organizados para se desenvolverem em ações implementadas por estes Estados, por três décadas, garantindo direitos universais de proteção social. Porém nas últimas duas décadas do século XX estes Estados se vêem envolvidos no processo de dismantelamento dos propósitos das políticas sociais universais e redistributivas, enfraquecendo o pacto firmado entre classes envolvidas na efetivação destes direitos.

No caso brasileiro, como vimos anteriormente, as políticas sociais só foram reconhecidas legalmente como direito com a Constituição Federal elaborada na década de 1980. Desta forma, os direitos sociais se tornam inscritos constitucionalmente no momento histórico, em que o Estado brasileiro tinha como prioridade ações de controle de inflação e a retomada do crescimento econômico; em um momento em que este Estado abre espaços para entrada e desenvolvimento do projeto neoliberal, o qual propõe a redução de gastos públicos, redizendo o financiamento das políticas sociais. O movimento pela reforma sanitária e os escritos constitucionais depararam-se com as circunstâncias colocadas por este projeto neoliberal que defende o enxugamento do aparelho do Estado, minimizando serviços públicos e estimulando o desenvolvimento de serviços do setor privado.

Ao analisar o projeto de reforma e as influências neoliberais presentes no campo da saúde, Campos (1991, p.17) menciona que é no mínimo curioso que o Brasil projete um sistema público de políticas sociais, em meio à crise de governabilidade, quando os outros países já apresentavam o enfraquecimento dos direitos sociais que deveriam ser efetivados por estas políticas, ou seja, “[...] no mesmo momento em que são levantadas, em todo no mundo, sérias dúvidas sobre a capacidade do Estado de produzir bens e serviços”.

Para este autor a crise do Estado é real, porém, ao contrário do que se pretende o teorema da governabilidade¹⁴ de Offe não é natural, e seus determinantes não estão contidos na disponibilidade de meios e atendimentos de demandas.

A indução de estratégias do Estado brasileiro na condução das políticas sociais, frente à crise, segundo Campos (1991), ora se desdobram com viés conservador, ora com viés reformista:

- Conservadores são orientados pela perspectiva neoliberal conservadora, e são percebidas nas ações dos últimos governos brasileiros. Se apresentam nas ações de privatização ou desestatização das funções públicas; austeridade ao promover valores de renúncia, disciplina e senso comunitário; seletividade com mecanismos de filtragem das demandas excedentes.

¹⁴ Sobre crise de governabilidade ver (Offe apud Campos, 1991, p18) onde, Campos faz uma análise da concepção sobre o Teorema da Governabilidade apresentado por Offe, que se refere à impotência orgânica, do Estado, em enfrentar a pressão das expectativas excedentes: volume das exigências e rigidez da oferta.

- Reformistas se orientam pela social-democracia, planejando uma política de saúde com elevação das prestações estatais com alianças, acordos e negociações. Se apresentam nas formas administrativas de elevação das prestações estatais com reformas estruturais ou do fortalecimento dos indicadores sociais e das técnicas de programação de orçamentos. Uma proposta de instituir um sistema público de saúde, com ampliação quantitativa e qualitativa da ação do Estado.

No cotidiano da gestão e operacionalização da política de saúde, ambos os modelos estão presentes; embora o SUS, modelo oficial, seja afirmado como perspectiva para tal gestão. Um dos sujeitos deste estudo demonstra essa contradição existente na implementação da política de saúde:

O SUS contribui muito, de certa forma. Não que seja aquilo que todo mundo espera né? “Eu vou chegar... e vou ser atendido já. Tanto faz aqui ou em outro local, mas de certa forma ele contribui, né? Tem uns programas interessantes, mas, como diz a (Rosa) não caminha, muitas vezes não caminha... muitas vezes não caminha. (Branco)

Pode-se pensar esta contradição, entre defender ou rejeitar o SUS, como expressão de um cotidiano repleto de possibilidades, porém, que por vezes se materializam em serviços que atendem expectativas e necessidades, por outras vezes expressam condições inadequadas para atender demandas.

As configurações da política de saúde, segundo Campos (1991), identificam que a contradição consiste na existência de determinação legal que aponta para um sentido reformista, ao passo que as ações do dia-a-dia se colocam como projeto neoliberal.

No decorrer da construção histórica brasileira, a propagação da ideia de incapacidade do Estado em atender as demandas postas para as políticas sociais, reproduz também valores que concorrem para o desenvolvimento do projeto neoliberal. Essas ideias corroboram para que áreas de educação e de saúde se tornem campos de geração de demanda para atuação do mercado de serviços privados. Para Costa (2006, p. 214):

Uma idéia que cresceu a partir da divulgação da incapacidade financeira do Estado foi a de cobrar pelos serviços de saúde e educação. Na verdade, é um processo de redução de responsabilidades do Estado com a prestação direta dos serviços sociais e a ampliação do mercado privado nas áreas de educação e saúde.

A partir de então o conceito tradicional de seguridade social como sinônimo de seguro é disseminado, distanciando-se do conceito ampliado de segurança social; a intervenção do Estado neoliberal se mostra caótica, e na saúde abrem-se espaços para o setor privado se desenvolver, tanto na prestação de serviços para o setor público, como para valorização de planos privados de saúde. Com baixo financiamento para a saúde e toda área social, os serviços do SUS se cristalizam como serviços para os pobres, atribuindo-lhe um valor negativo.

Sobre contradições que envolvem o sistema único de saúde, Mota (2006) identifica que atualmente circulam diferentes concepções sobre as configurações de política de saúde:

- O SUS democrático: desenhado pela reforma sanitária;
- O SUS formal: juridicamente estabelecido pela Constituição, leis, decretos, entre outras normativas legais;
- O SUS real: refém dos desígnios da área econômica, do clientelismo e da inércia burocrática que favorece o mercado para o seguro-saúde;
- O SUS para pobres: centrado numa medicina simplificada para gente simples, a focalização.

Tal conjuntura cria uma dualidade entre serviços públicos para pobres, e privados para quem pode pagar, o princípio de política universal afasta-se dos serviços de saúde, disseminando concepções que qualificam positivamente os serviços privados e atribuem valor negativo que desqualificam os serviços públicos.

A forma como se materializam as relações, entre serviços e usuários, contradizem princípios idealizados para uma política de saúde voltada para os interesses públicos e, como salienta um dos sujeitos dessa pesquisa, contrariam ideais de democracia, de cidadania e de concepção humana de saúde.

Para mim a política de saúde é direito de todos, mas, o que a gente vê na TV, é que nem sempre todos podem ter esta saúde, usar os serviços. Esses dias eu vi na TV, que um idoso morreu no posto de saúde, sem ser atendido. E isso foi aqui em (município). Por isso fica difícil pensar que saúde é para cidadãos, como é que cidadão morre, agora não tem mais o que fazer por ele. (Azul)

No que se refere ao tratamento de diálise, três sujeitos envolvidos na prestação desse serviço expressam a percepção sobre as condições vinculadas aos planos de saúde privados ou público:

Aqui os pacientes do SUS são atendidos, todos são atendidos da mesma forma, nós nem sabemos quem é do SUS, quem é dos convênios privados. (Amarelo)

As salas são para todos do SUS, e dos privados. (Azul)

Nós atendemos todos iguais. (Verde)

Nos procedimentos de diálise da região pesquisada, o tratamento é feito em instituição privada com contrato para prestação de serviço para o SUS, dessa forma atende demanda do SUS e de convênios privados.

É importante observar que embora privados, os serviços de saúde, devem desenvolver suas ações tendo em vista os objetivos, princípios e diretrizes do SUS, bem como observar valores pertencentes à preconização desta política pública. Porém, no cotidiano de gestão e implementação da política de saúde existem riscos para um desenvolvimento de ações contrárias ao preconizado.

Ao analisar a implementação da política de saúde no Brasil após a constituição de 1988, Campos (1991) aponta que, considerando os discursos político-ideológicos, se torna possível perceber a existência de três projetos de saúde:

- Neoliberal – conservador, de interesse de uma classe dominante e de mercado, hegemônico ao nível das relações estruturais concretas;
- Defesa do SUS – antagônico ao neoliberal, existente na fundamentação legal, porém, ainda é uma promessa;
- Conceitual - como projeto racionalizador, embasado em conceitos do SUS idealizado pela reforma sanitária, mas que permanecem na prática do neoliberalismo, disseminando a dúvida do “ser ou não ser”. (CAMPOS, 1991, p. 44)

O terceiro projeto, segundo a concepção deste autor, se constitui a partir de brechas ou fissuras existentes na constituição federal, que é híbrida; é construído, também, no arcabouço institucional, pela ineficácia social, técnica e administrativa do modelo neoliberal.

Este projeto se faz presente no cotidiano dos serviços de saúde e traça luta política e ideológica para desenvolver um projeto de saúde nos moldes neoliberais. Como analisa Campos (1991), trata-se de luta com o propósito de assegurar a hegemonia do modelo neoliberal em dois movimentos estratégicos:

- Estender ao máximo a medicina de mercado, relativamente independente do Estado;
- Ampliar a atenção individual curativa para além da população economicamente apta a se inserir em uma das modalidades privadas de assistência à saúde.

Para atingir seus objetivos, o bloco neoliberal vem desenvolvendo ações de luta ideológica e cultural, visando formar opinião pública favorável e ocupando parcelas de poder governamental, sempre com o intuito de moderar o projeto original do SUS, anulando seus aspectos mais socializantes e universais.

Sobre a forma neoliberal de produção de serviços de saúde no Brasil, Campos (1991) diz que a maneira como operam os hospitais nos fornece subsídios para compreender a forma concreta em que se desenvolve o SUS, sua idealização e o esboço de um projeto contrário. Observa que a captação de usuários dos serviços hospitalares, mesmo que integrado ao SUS, ainda está na forma liberal, pois seus serviços acontecem de forma autônoma, sem uso de regras de referência e contrarreferência com outros serviços. No que se refere ao custeio dos serviços do SUS há uma seleção entre o valor oficialmente estipulado para cada procedimento, sendo recusado aqueles que provocariam déficit para ao hospital, há situação em que se adotam o hábito da cobrança de complementação, que é valor pago pelo usuário: distribuindo custos entre usuário e Estado, ferindo o princípio da universalidade.

Na contribuição de um dos sujeitos percebemos que a existência ou não de serviços de saúde fica a mercê de interesses do mercado privado na região pesquisada. Acentua-se, assim, a tendência a cristalizar a concepção de saúde como objeto de mercado, que tem um valor de troca; nesta lógica mercantil, a oferta de serviços de saúde torna-se dependente da existência de serviços privados que possam ser contratados pelo SUS, em especial os de maior valor econômico: alta complexidade visto como "alto custo".

[...] o médico, o investidor, o administrador, ele tem uma grande dificuldade na região, em estabelecer um serviço porque o público da nossa região é um público acima de 85% SUS. Então ele não consegue montar um serviço e esperar o credenciamento do SUS, porque ele não tem um lastro, ele não tem para se manter um serviço, e isso é das grandes dificuldades que temos para se trazer serviços de alta complexidade aqui. (Vermelho)

Ao analisar os serviços de saúde no Brasil, Campos (1991) observa que, a qualidade assistencial dos serviços privados, vinculados ao SUS ou não, é controlada pela lei de mercado (concorrência). A institucionalização do SUS apresenta desafios que nos levam a um duplo esforço: a criação de viabilidade técnica, política e financeira para um projeto de mudanças, e uma reforma de abrangência das mudanças anteriormente prevista pelo projeto original da reforma sanitária.

Uma reforma consiste no remodelamento radical das relações entre Estado, trabalhadores da saúde e sociedade, bem como dos modos de gestão e de organização dos serviços de saúde. Segundo Campos (1991), para o pensamento marxista, a análise da história do fazer saúde aponta para conceito de “libertação dos homens”, com base em uma dupla perspectiva: uma resultante do desenvolvimento das forças produtivas e dos saberes, inclusive aqueles que capacitem a humanidade para organizar o processo produtivo segundo padrões mais equânimes e racionais; outra de ordem política e ideológica, que implicaria a ampliação das noções de direito social, instauração de níveis progressivos de cidadania e participação de contingentes populacionais cada vez mais amplos, nos esquemas de poder e de governo, da vida em sociedade.

1.5 GESTÃO DA POLÍTICA SOCIAL PÚBLICA DE SAÚDE: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Tendo como base, o conteúdo até então colocado, o SUS apresenta universalidade, integralidade e equidade como princípios doutrinários do atual sistema de saúde brasileiro, os quais se apresentam como categorias teóricas que expressam conquistas sociais. Estes princípios surgem como ideais do movimento pela reforma sanitária brasileira, na busca pela transformação paradigmática do pensar saúde.

Para Roncalli (2003, p. 34), os princípios doutrinários “dizem respeito às idéias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde”.

Em maio as contradições que permeiam a política de saúde., aparentemente os princípios do SUS permanecem apenas no plano da idealidade, porém, são na verdade realidade, pois, representam conquistas reais de movimentos históricos; expressam uma direção para construção de novos valores que orientam comportamentos e ações de saúde; significam uma idealização que questiona valores burgueses tradicionais até então únicos presentes nos modos de produção da saúde brasileira.

Podemos observar a interpretação dos princípios universalidade, integralidade e equidade que orienta a política de saúde na contemporaneidade, através do disposto no material elaborado pelo Ministério da Saúde, publicado com o título ABC SUS:

- Universalidade, significando que toda pessoa tem direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles serviços privados contratados pelo poder público, o que significa a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão;
- Integralidade da assistência, através de um conjunto articulado e de forma contínua das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, desenvolvidos de forma individual e coletivo, conforme a demanda e níveis de complexidade; considera o homem como um ser integral, devendo ser reconhecido integralmente por um sistema de saúde também integral;
- Equidade analisada sob a forma de organização de serviços, tem significado de atendimento conforme a necessidade individual ou coletiva, assegurando a implementação de ações e serviços em todos os níveis de acordo com a complexidade necessária. (MS, 1990)

Porém, a gestão e implementação da política de saúde, atualmente, está envolta nos dois projetos, e transita entre: a reprodução de valores da sociabilidade burguesa, e a construção de valores que concorrem para a efetivação

de ações voltadas para o ser humano, e para a materialização do direito social universal, integral e equânime.

Para cada princípio doutrinário do SUS, podemos observar a existência de concepções neoliberais que divergem da proposta idealizada pela reforma sanitária e que neste estudo definimos como categorias teóricas:

- Universalidade versus individualização;
- Integralidade versus fragmentação de serviços ou focalização na doença;
- Equidade versus dificuldades ética na consideração da diferenças e tendência a focalização.

A incerteza que esta dicotomia traz pode ser observada nas contribuições de um dos sujeitos da pesquisa:

Eu tenho que esquecer a cor, a altura, se é gordo, se é magro, se baixo se é preto se é branco, se trabalhou por a, b ou c, antes de mais nada, isso, porque nós tratamos com uma coisa que é saúde e eu não posso escolher quem tem e quem não tem. Princípio básico. Então, atender a tudo e a todos sem distinção nenhuma. Não queremos mais serviços isolados, e isso fica muito difícil de você, às vezes, passar para a população devido a uma cultura específica disso. Exemplo: daqui para frente nós não veremos mais novos hospitais do câncer, hospital de traumatologia, não. O que nós vamos ver é serviços de hospitais gerais com serviços especializados dentro. Por quê? Integralidade. Não sei quando tempo vai levar isso, não sei se isso é possível, e aí nós podemos tratar a saúde de maneira igual para tudo e para todos. (Roxo)

Por outro lado, observa-se, também, nas contribuições de outro sujeito, clareza com relação aos conceitos na sua acepção axiológica positiva:

A universalidade garante o acesso de todos ao serviço de saúde. A equidade faz com que todos sejam atendidos de maneira igual, ou seja que todos tenham seus problemas de saúde resolvidos independente da dificuldade do problema. A integralidade garante ao usuário um serviço de qualidade e capaz de resolver todos os problemas de saúde deste de maneira a contemplar todas as suas necessidades. (Preto)

Em uma análise sobre os princípios da saúde brasileira, Bravo (2004, p.16) observa dificuldades na objetivação do projeto da reforma sanitária:

A persistência de notórias dificuldades e desigualdades de acesso da população aos serviços de saúde, os desafios de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, dentre outras questões, são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios na agenda contemporânea.

Essas dificuldades estão relacionadas à construção cultural da sociedade brasileira, que envolvem fatores políticos, sociais e econômicos.

Para Cohn (2005, p. 391), a dificuldade de produção de novos valores permanece após a definição dos princípios, e destaca o princípio de universalidade, dizendo que:

[...] o desafio que se coloca para a sociedade é de construir de fato esses direitos a partir de uma herança segundo a qual as políticas sociais são segmentadas entre “mercado e Estado”, ou entre “direito contributivo e filantropia”, e mesmo como direito sua apropriação massiva acaba sendo feita pelos setores privilegiados social e economicamente, [...] fazendo frente a uma outra herança, e que consiste na prática patrimonialista e clientelista do Estado, sobre tudo na área social, e que acaba imprimindo uma outra lógica à implementação dos programas sociais [...].

Desafios presentes no cotidiano dos serviços de saúde da região pesquisada, reproduzem valores tradicionais próprios da construção histórica das políticas brasileiras, como podemos perceber na fala de um dos sujeitos:

Eu penso que a política tem problemas, que tem muito interesse dos políticos e, que por isso os serviços ficam com problemas, por que a saúde fica desenvolvida de acordo com os interesses dos políticos. Eles não sabem a necessidade que existe nas pessoas, no paciente de hemodiálise, por exemplo. (Lilás)

É possível identificar características conservadoras também em um registro do diário de campo, no qual foi observada situação em que uma Usuária do serviço de hemodiálise, procura um profissional da clínica para pedir orientações sobre o direito de ter transporte para o tratamento em um serviço que não é de referência para os usuários de seu município. Esta usuária relata que solicitou à secretaria municipal de saúde, a disponibilização de transporte tendo como resposta do trabalhador, responsável pelo transporte, que não seria possível oferecer condições diferentes das outras pessoas por ela pertencer a uma família de oposição partidária da atual gestão municipal; que o transporte para o tratamento de diálise era disponibilizado nos três dias da semana para o serviço de referência, e que deveria fazer tratamento neste serviço de diálise, ou residir em outro município.

Com esta observação chama a atenção a presença de valores que desvinculam a saúde do plano do direito social e universal, vinculando sua implementação aos valores relacionados à benemerência e individualização, próprios de uma prática clientelista.

Para Faleiros (1997) o clientelismo é uma forma de troca de favores, utilizando dos bens públicos como se fossem de sua propriedade que se configura em patrimonialismo; o que significa uma forma de privatização do público. Por ser absolutamente subjetiva é uma prática inaceitável que fica a mercê de próprio arbítrio.

A referência aos serviços e sua localização, independem do favor ou da benemerência, pois a política de saúde apresenta como um dos princípios estratégicos a regionalização, nele há necessidade de conhecer demandas e serviços, afim de que os serviços existentes atendam às demandas de uma região.

Ao abordar aspectos teórico-conceituais sobre desigualdade social, pobreza e políticas sociais, Cohn (2005) diz que características afastam a implementação de serviços com bases universalistas, afastando também, dos fundamentos do Estado republicano, sobre os quais todos são iguais perante a lei, independente de sua condição econômica, social, cultural ou política.

Esta autora coloca outro aspecto referente às formas neoliberais do setor da saúde, presente em países da América Latina e estimuladas por agências internacionais¹⁵, os quais seguem um modelo denominado “Pluralismo estruturado”: que é um modelo intermediário entre o Estado com baixa eficiência e a rede privada de saúde.

Em consequência, as reformas a partir de então passam a significar a busca de expansão da cobertura com maior grau de equidade, [...] visando, portanto, a diminuição dos gastos estatais com saúde associada a formas de financiamento sustentado para o setor, à melhoria da eficiência e da eficácia dos serviços públicos e à maior satisfação dos usuários. (COHN, 2005, p. 393)

¹⁵ “Toda agência internacional é constituída através de um acordo entre vários governos nacionais, em que se estabelece sua missão, os dispositivos de seu próprio governo, os dispositivos pelos quais a agência obterá os recursos financeiros e as regras básicas de sua atuação. É claro que todas as regras básicas que regem a atuação de uma agência internacional podem ser reinterpretadas e repactuadas em qualquer tempo pelos países-membros. Sendo firmados politicamente entre governos com poderes políticos, militares e econômicos distintos, e com interesses diferentes, tais pactos expressam sempre as relações de poder entre os diversos governos numa conjuntura internacional dada e, portanto, as estratégias de disputas pela hegemonia. Hegemonia que se expressa na capacidade de um governo de impor aos demais as regras e as medidas que melhor atendem aos seus interesses particulares, como se elas também atendessem aos interesses de todos os demais.

Em outros termos, as agências internacionais integram os dispositivos de reprodução da ordem mundial, incluindo aí a sempre mais restrita possibilidade de sua transformação. Isso não significa que tais agências sejam sempre os principais dispositivos de sustentação de uma certa ordem mundial, nem tampouco que sua atuação possa ser interpretada como sendo o simples reflexo dos interesses dos governos nacionais hegemônicos numa certa conjuntura” (MATTOS, 2001, p. 379).

A partir deste modelo se trava o embate político e ideológico de reforma da saúde presente nos termos: universalização e focalização. Para a autora, o modelo ideológico focalizado defende investimento de recursos públicos destinados à população pobre, e para os outros segmentos populacionais a co-participação nos gastos com a saúde, articulando recursos públicos e privados; por outro lado o modelo ideológico universalista defende o acesso a bens públicos como direito de todos, independente de sua situação social, cujo financiamento deve ser proveniente exclusivamente do orçamento público.

O sistema de saúde brasileiro, na análise de Cohn (2005), é exceção à regra existente em muitos países da América Latina, pois tem sua particularidade no que tange à discussão de dois princípios: universalidade de acesso e equidade de serviços. Ao refletir o binômio: universalismo e focalização, presente no aparato legal do SUS, a autora destaca duas observações: em primeiro lugar a focalização não está referida somente aos mais pobres, e sim, a parcelas populacionais que demandam serviços específicos, como localizações geográficas, sexo, idade e etnia, que demandam serviços focalizados para atender necessidades específicas; em segundo lugar a focalização assume um caráter de universalidade, quando entendida como política de ação reparatória, para determinados grupos terem acesso a serviços essenciais, até então não acessados.

Esse é o caso da saúde, exatamente porque o sentido da focalização emerge do interior de uma concepção universalista e republicana dos direitos de cidadania, concepção esta nuclear no projeto da Reforma Sanitária brasileira e na proposta de organização institucional do sistema de saúde brasileiro, o SUS. (COHN, 2005, p. 394)

Esta autora coloca que existem formas diferentes de pensar a relação entre as categorias universalismo e focalização: uma delas como relação interdependente: universalismo e focalização; outra de relação excludente: universalismo ou focalização. Desta forma, o binômio universalismo e focalização no sistema de saúde brasileiro, contemporaneamente preconizado, assume uma forma estratégica de implantação do direito à saúde que considera a necessidade de desenvolver ações focalizadas para atender demandas específicas, sem excluir as suas características universalizantes.

Sobre a organização do sistema de saúde brasileiro, Campos (1991), observa o conteúdo do artigo 198 da Constituição Federal, salientando que:

“Ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constitui um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização; integralidade; participação”.

O Art. 198 da Constituição Federal de 1988, fala sobre o sistema unificado de saúde e apresenta as diretrizes de gestão:

- I - Descentralização com direção em cada esfera de governo.
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.
- III - Participação da comunidade. (BRASIL, 1988, art. 198)

Nas diretrizes para a participação, como garantia constitucional, abrem-se espaços legais para que atores sociais possam interferir no processo de gestão através dos conselhos e conferências, nas três esferas de governo: união, estados e municípios. Defendida como processo de mudanças, a reforma sanitária teve, e ainda apresenta em seu projeto, a participação social como eixo central nos debates e nas ações desenvolvidas pelos sujeitos. Entendida como ampliação da democracia, a participação representou ganhos significativos para a sociedade e para a configuração da gestão da política de saúde; porém, é necessário observar os desafios enfrentados no seu desenvolvimento histórico e no cotidiano desta política na atualidade.

Os atores envolvidos no processo de construção do projeto da reforma sanitária enfrentaram resistências paradigmáticas, instaladas na formação histórica, social e política brasileira. Na análise de Lobato (2009), por se tratar de uma proposta contra-hegemônica, enfrentaram desafios devido aos conceitos que visavam a reconstrução da democracia; a oposição às formas tradicionais de gestão; o atendimento às demandas de forma universal contrariando interesses do mercado de serviços de saúde.

Considerando que a reforma sanitária é um processo, os desafios postos atualmente, segundo Lobato (2009), se encontram em questionar as reais condições de participação na sociedade burguesa; observar que a participação não é uma dificuldade apenas da sociedade brasileira, mas que apresenta particularidades na nossa formação social e cultural.

De acordo com este autor, estudos realizados em diversos países demonstram que os mecanismos de participação por si só não garantem o seu desempenho. É preciso observar o grau de organização dos interesses e a

abrangência da representação. No Brasil, os mecanismos de participação não foram rejeitados, e na maioria das vezes foram estimulados a se desenvolver, embora certas experiências demonstrem sucesso em rejeitar a formação de parcerias com os conselhos, preservando o modelo tradicional de gestão.

A participação da comunidade na política de saúde está regulamentada Lei 8142/90, que também, dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. De acordo com esta lei, em seu artigo 1º, cada esfera governamental deve se constituir de duas instâncias colegiadas: as Conferência de Saúde, que são espaços de participação de diversos segmentos sociais com objetivo de promover o debate sobre a implementação do SUS, propondo o direcionamento da política da saúde; os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, com poder deliberativo e ação permanente. (BRASIL, 1990')

Um dos sujeitos dessa pesquisa, que já teve experiência na gestão como integrante do conselho de saúde, expressa a importância da participação da sociedade civil na gestão da política:

A participação social é o controle da sociedade sobre as ações em saúde, importante para auxiliar os gestores a direcionar a saúde para aquilo que é desejo da população. Outra coisa muito importante foi ter participado do conselho de saúde, que eu gosto muito, e no conselho precisa se tomar decisões e pensar, também, por todo o município. Acho que é também gestor. Acho não, é gestor. Muito atuante. Acho que ele faz a função dele, da forma que prevê para a composição, todos têm espaço para participar. (Roxo)

Devido à gama de atribuições legais e pela extensão que abrangem, os espaços de participação possuem representatividade social expressiva, representando papel importante na gestão pela característica democrática a eles atribuída, as quais podem possibilitar avanços nas políticas sociais, segundo lamamoto (2008), contrariando aspectos da gestão nos moldes tradicionais.

Escorel e Moreira (2009) identificam que, em 2009, todos os municípios e estados estavam com conselhos constituídos e que a esfera federal adequou seu funcionamento à nova legislação. O número de conselheiros municipais de saúde era quase 50% maior que o número de vereadores existentes nos municípios brasileiros. E a cada quatro anos são realizadas as conferências em todos os municípios, estados e no âmbito nacional, reunindo um número maior ainda de representantes governamentais e da sociedade para elaboração da agenda

política para a saúde. Tem-se como exemplo quantitativo de participação a 13ª Conferência Nacional de Saúde que envolveu um milhão e trezentos mil de participantes nas etapas prévias.

Porém, o significado quantitativo da participação na política de saúde, segundo estes autores, precisa ser ponderado uma vez que esta participação requer análise de sua qualidade e capacidade participativa.

Observamos nos dados deste estudo, que o conselho deve ser parte integrante da gestão da política de saúde, de forma qualitativa:

O gestor de saúde que é parte fundamental desta política já que cabe a ele coordenar todas as ações e serviços de saúde do município, não podemos esquecer também dos conselheiros de saúde responsáveis pela avaliação, orientação e auxílio na conduta da política de saúde através da participação social, que é um dos princípios fundamentais do SUS. (Preto)

Porém, no que se refere à existência de uma participação efetiva, trabalhadores da saúde relatam desconhecer, ou não perceber, a existência de participação que contribua para tomar decisões coerentes com o cotidiano e com as demandas pela saúde. Nas contribuições dos sujeitos percebe-se um distanciamento entre esferas de decisão/planejamento e instâncias de execução de serviços.

É. A gente faz o trabalho e eles fazem a política, eles não sabem como as coisas acontecem no dia a dia. (Marrom)

É difícil pensar sobre política de saúde, nós trabalhamos na saúde, somos profissionais de saúde, mas é difícil pensar em política de saúde. (Amarelo)

Nós atendemos os pacientes do SUS, mas não temos, assim... nenhum contato com a política. O que fazemos é o trabalho de hemodiálise, não sabemos o que acontece de política. (Lilás)

O SUS é também a política, então, nós colocamos a política em prática, mas não podemos participar de coisas, assim como decidir o que poderia ser melhor. Eu acho que nem sei onde poderemos dizer, para quem poderemos dizer o que pode ser melhor para o SUS. Só fazemos o trabalho com os pacientes que vem e precisam do serviço. (Branco)

A relação entre governo e sociedade ainda apresenta fatores que necessitam ser superados, Escorel e Moreira (2009) identificam alguns deles: pouco conhecimento sobre papel dos conselhos e de seus integrantes; diferentes interpretações no que se refere ao papel desempenhado pelos segmentos que participam; a intenção de dominar os espaços públicos na utilização de conhecimento técnico e burocrático pelos gestores e governos; tentativa de

maximização da intervenção por parte de profissionais; o uso do mecanismo de participação como controle sobre o governo por parte dos usuários, ao passo que deveria participar do processo de deliberação de forma paritária e democrática.

Contudo, no relato de um dos sujeitos da pesquisa, observa-se a intenção de identificar sujeitos ativos na política de saúde:

Os sujeitos da política de saúde são todos aqueles que estão envolvidos na prática e atendimento do serviço em saúde, uma vez que é preciso de funcionários para realizar as estratégias implementadas em saúde, dar seqüência aos programas de saúde, para verificar a realidade local e auxiliar na tomada de decisão. (Preto)

Para Escorel e Moreira (2009, p. 231),

[...] a análise da participação social envolve responder a um conjunto de perguntas que buscam identificar quem é o sujeito – individual e coletivo – que participa, como ele participa e quais os condicionantes que influenciam a decisão de participar. Também em qual espaço participa (instância participativa), e a relação que este espaço tem com a instituição na qual pretende interferir e influenciar para modificá-la de forma a atender seus interesses. E, ainda, verificar como esta relação desenvolve-se no interior de uma dada cultura (ambiente participativo) que caracteriza e é caracterizada por um momento histórico numa sociedade específica.

Os conselhos e conferências precisam ser compreendidos, não como instâncias de democracia direta, e sim, considerar que estas esferas de participação apresentam mecanismos duplos de representação: o da entidade que representa interesses de indivíduos e os indivíduos que representam interesses de entidades. E, embora atualmente existam mecanismos diferentes de participação, os conselhos e as conferências se configuram como forma institucionalizada de participação política.

A construção de um pacto cooperativo nos moldes previstos constitucionalmente, ou seja, com ampla participação da sociedade, suporia uma profunda alteração do Estado, fundada no reconhecimento e no consenso de, antes de mais nada, diminuir as profundas desigualdades sociais na população e nas regiões do país e na transferência de poder político para novos entes federados descentralizados. Isto suporia que a coluna vertebral do sistema federativo se localizaria na base do sistema (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 348)

Assim a participação nas decisões políticas está relacionada a descentralização, como diretriz da política de saúde, que é uma das principais bandeiras levantadas pelo movimento de defesa da reforma sanitária, por compreendê-

la como descentralização institucional, definida por Gerschman e Viana (2005, p. 309), “[...] como desconcentração efetiva de poder político[...]” que outorga um conceito de democracia aos serviços de saúde.

Na percepção de um dos sujeitos desta pesquisa:

A descentralização faz com que os serviços de saúde sejam realizados a nível municipal e regional trazendo o serviço mais próximo da população.
(Preto)

A descentralização entendida como uma redistribuição de poder e de responsabilidades entre os vários níveis de governo, com gestão intergovernamental, parte da ideia de que a proximidade com o problema pode resultar maior conhecimento e respostas sobre as demandas sociais, considerando as particularidades presentes nas diferentes regiões, estados e municípios do país.

Para Gerschman e Viana (2005, p. 347), a implementação das prerrogativas de descentralização na saúde ficou aquém do esperado. Desenvolver uma compreensão sobre as relações estabelecidas nos níveis de governo, e a análise de como vem ocorrendo no processo de descentralização da política de saúde, se fazem necessárias e estão relacionadas com a própria construção histórica da saúde no Brasil, envolvendo opções políticas, arranjos institucionais e legitimidade de atores.

Outra condição que interfere na trajetória de descentralização é a disputa entre os dois projetos da saúde: o reformista e o privatista, como observou-se anteriormente, há um momento em que se registra o afastamento de um dos projetos, mas este retorna momentos mais tarde dentro de condições propícias. Neste contexto, Gerschman e Viana (2005, p. 347), interpretam que, a forma como se processa a implementação da diretriz de descentralização, “[...] mais do que resultante das determinações administrativas e legais inscritas na Constituição, expressa um processo de permanente desvio da proposta reformista e de difícil administração”.

Na análise de Campos (2007, p. 1872):

A doutrina da descentralização no Brasil assumiu a forma da municipalização: cada município seria gestor único do sistema local. Verificam-se, hoje, alguns problemas decorrentes dessa nossa solução. Não refletimos o suficiente sobre a polaridade de efeitos existentes entre organizar-se um sistema e ordená-lo de modo descentralizado. A orientação para descentralizar o poder produz efeitos tendentes a dispersão dos

pontos da rede. A noção de sistema ou de rede sanitária depende de lograr-se a integração entre estes pontos. [...] Ao responder ao desafio de integrar em um único sistema entes federados autônomos – cidades, estados e união – criaram-se arranjos organizacionais inovadores para a secular tradição dos sistemas públicos e da gestão do Estado brasileiro. Inventaram-se formas de co-gestão como são as comissões tripartite, as bipartite de âmbito estadual e, agora, também regional.

No bojo desse processo de partilha de poder, a esfera federal manteve ainda maior poder de decisão e definição da política de saúde, os estados se apresentam como submissos para obtenção de apoio federal, os municípios ficam com maior responsabilidade de execução e cada vez menos condições de gerir recursos e serviços. Como analisam Gerschman e Viana (2005, p. 348), é possível observar “[...] uma certa estagnação do processo de municipalização, regulado através da habilitação nas Normas Operacionais Básicas que regem o sistema descentralizado da saúde”.

Para orientar a gestão descentralizada, em 2001, foi planejada a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS. Ela resultou da pactuação entre os três níveis de gestão: União, Estados e municípios, tendo como pauta de debate o aprimoramento do SUS. Logo após foi revogada pela NOAS/SUS em 2002, alterada no início de 2003, através da Portaria 384 no que se refere aos critérios de responsabilidades, requisitos e prerrogativas. Estas últimas proposições ampliam as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização e hierarquização como estratégia dos serviços de saúde e busca pela equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualização dos critérios de habilitação das formas de gestão para estados e municípios. (BRASIL, 2002)

Sobre a função de gestor, posta nessa norma, um sujeito da pesquisa, a define como complexa, e de excessiva responsabilidade.

O gestor representa tudo o que diz respeito à saúde dentro do município. [...] é responsável para resolver todas as necessidades dos pacientes que precisam de especialidades que não temos no município, e também é bem difícil, [...]. (Roxo)

O atendimento integral das ações, com significado de articulação entre diferentes níveis e serviços de saúde, está fixado como diretriz na Constituição Federal de 1988, no artigo 198 ao definir o Sistema Único de Saúde, considerando

que “[...] as ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”.

Desta forma, na concepção de regionalização entende-se que “[...] território, desenvolvimento e saúde são questões indissociáveis no debate em torno do papel do Estado, das desigualdades socioespaciais e dos anseios e aspirações de cada sociedade”. (ALBUQUERQUE & IOZZI, 2009, p. 61)

O conhecimento de demandas socioespaciais é relatado por um sujeito da pesquisa como associado ao princípio da equidade.

[...] regiões que tem uma população menos favorecida financeiramente ou um menor acesso aos planos privados, enfim que tenha uma qualidade pior de saúde pública os investimentos são maiores. Em regiões que tenha esses índices melhores os investimentos, não deixam de ser aplicados, mas é aplicado de maneira menor. (Vermelho)

A regionalização aparece como princípio estratégico para a territorialização da política de saúde, a sua compreensão precisa ir além de espaços geográficos, e ser pensado como “território usado¹⁶”, como fala Silveira (2009), no qual todos os atores são incluídos. A implementação da política de saúde deve levar em consideração as particularidades de cada localidade, pois ao considerar aspectos culturais, políticos, econômicos e sociais existem singularidades em cada região, e é nessa estrutura que as ações devem se materializar.

A discussão sobre território nas políticas sociais está ligada à diretriz organizacional da descentralização, analisando como “[...] espaço dialético de projetos contraditórios em confronto, constituindo-se em expressão da luta de classes e das racionalidades em disputa no âmbito do Estado e da sociedade civil”. (SOARES, 2012, p. 86)

O Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, tendo a regionalização com um eixo estruturante do Pacto de Saúde e orientação à descentralização das ações e serviços de saúde, agregando três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão, que estabeleceu ações e serviços de atenção primária, onde os municípios assumem responsabilidades. (BRASIL, 2006)

¹⁶ Ver: SILVEIRA, Maria Laura. Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. In: VIANA, Ana Luiza D'Ávila (org.). Saúde, território e desenvolvimento. São Paulo: Hucitec, 2009.

Desta forma, a esfera municipal tornou-se o principal responsável pela implementação da saúde devendo prover acesso aos serviços de atenção básica, sobre o qual se apresenta como executor. Quando a complexidade da questão de saúde ou agravo extrapolar os recursos municipais, cabe ao poder público municipal referenciar o usuário para serviços de outros municípios, regiões, ou estados. Considerando o grau de complexidade do problema, a responsabilidade deve ser assumida pelos estados ou pela união pelos seus respectivos órgãos gestores.

Ao analisar a reforma sanitária brasileira, Campos (2007), observa que grande parte das diretrizes propostas para a reforma, e para a organização dos serviços do SUS, foram embasadas nas experiências de países Europeus que apresentavam uma concepção política de bem-estar. Este autor coloca que as diretrizes são flexibilizadas de formas diferentes em vários países que as tiveram como base. No caso brasileiro, houve a concessão de serviços hospitalares e especializados conforme interesses de serviços privados e da corporação médica.

Desta forma, a retomada da proposta da reforma sanitária requer observar as relações que se estabelecem na execução e regulação da política de saúde, voltada para mercadorização e privatização das relações entre instituições, profissionais e cidadãos.

Para aproximar o SUS formal do SUS real, dentro dos princípios preconizados, a implementação da política de saúde precisa observar a demarcação de fronteiras “[...] entre esfera pública e esfera privada não apenas pela percepção de suas demandas, mas também pelo mapeamento de interesses privados e seus representantes”. (COHN, 2005, p. 447)

A mercadorização de serviços de saúde, diretos ou indiretos, pode contribuir para reprodução de valores que a distanciam do conceito ampliado. Um dos registros do instrumento diário de campo, dessa pesquisa, demonstra a reprodução de valores que concorrem para um modelo de sociedade, individualista, própria dos moldes neoliberais.

A situação observada envolve serviço de transporte de pessoas para o tratamento de hemodiálise, (feito por instituição privada contratada), de um município situado há aproximadamente 80 km de distância do local da clínica. O trabalhador responsável pelo transporte procura um trabalhador da clínica solicitando que não haja atraso na saída dos pacientes, pois ele também

compromisso com contrato para transporte escolar e precisa retornar ao seu município em tempo de fazer este transporte. O trabalhador da clínica explica que os atrasos ocorrem com frequência devido às intercorrências durante as sessões de hemodiálise, as quais não podem ser previstas, e quando isso acontece a pessoa precisa ficar em observação até estar em condições de viajar. O trabalhador de transporte questiona: por que não ficam internados? Assim liberam os demais e o transporte para irem embora.

Esta situação representa um cotidiano em que a finalidade da política e dos serviços de saúde se perde na hierarquia dos valores. Pessoas e coisas travam uma disputa sobre quem tem mais valor: o instrumento de transportar pessoas para acessar um tratamento, ou o próprio sujeito que demanda este tratamento; uma ação da vida cotidiana que distancia-se dos princípios de universalidade, equidade e, integralidade e principalmente, da concepção humana de saúde.

Na implementação da política de saúde, os serviços privados podem ser contratados como complementação, de acordo com a legislação vigente, como pode-se observar no Art. 199 da atual Constituição Federal:

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 1988)

Sobre esta participação, Campos (2007, p. 1870) relata que, em meio à disputa dos interesses públicos, privados e de categorias profissionais, optou-se por não estatizar serviços de atenção à saúde, principalmente os hospitalares e especializados, já existente se no modelo do INAMPS; “[...] para assegurar atenção hospitalar e especializada aos usuários, o SUS manteve a política de compra de serviços, mediante convênio, ao setor privado. [...] No entanto, este arranjo trouxe problemas para a gestão do sistema”. Mesmo que denominado sistema único, a lógica de serviço privado e a sua relativa autonomia, fragmenta este sistema criando dificuldades para a efetivação do princípio de integração entre os serviços, e da concepção de saúde para seres humanos dotados de necessidades biológicas e sociais.

A participação dos serviços públicos e privados dá o tom de modelo híbrido ao sistema de saúde brasileiro. A fundamentação legal desta participação está, também, na lei de regulamentação da política de saúde - Lei 8080/90, como podemos observar no artigo 4º:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar. (BRASIL, 1990)

Ao identificar que o Sistema Único de Saúde é composto por ações e serviços públicos, complementado pelo setor privado, reafirma-se a possibilidade do envolvimento de interesses privados no cotidiano da saúde. Porém, é importante destacar que todos os serviços que compõem a rede SUS ficam sob orientação de objetivos, princípios e diretrizes deste sistema público de saúde, os quais foram citados anteriormente, e que expressam valores que concorrem para uma concepção de política pública de saúde.

Este modelo se apresenta como um desafio para o desenvolvimento da política de saúde, devido a contradição que se faz compreender na análise das diferenças existentes entre os interesses próprios do mercado e dos serviços públicos.

Nesta análise, saúde e negócios apresentam conceitos que não combinam, como afirma Campos (2007, p. 1872), pois seguem lógicas diferentes. Para a lógica do mercado de saúde, os serviços são desenvolvidos livremente, sem articulação ou comunicação entre áreas e procedimentos específicos, ou seja, “[...] cada serviço é um ente autônomo, feudo independente, e cabe ao paciente (ou ao cliente) deslocar-se entre estes serviços para garantir a integralidade requerida para o seu caso”.

Na análise da lógica dos serviços públicos de saúde, este autor coloca que devem se desenvolver como um sistema interligado, de serviços e formas de comunicação, onde planejamento e gestão ficam a cargo do Estado e envolvem financiamento, necessidades de saúde, serviços, trabalhadores e

recursos. Neste sistema o Estado intervém com a finalidade de assegurar o cuidado da saúde, tendo como base a concepção de equidade. Desta maneira:

O planejamento e a programação ocorreriam não com base na demanda de clientes por procedimentos e atos sanitários, mas com base em necessidades de saúde e nas possibilidades tecnológicas e financeiras para enfrentá-las. A remuneração do pessoal de saúde dar-se-ia segundo tradição do serviço público e não necessariamente com base em procedimentos. O financiamento deixaria de realizar-se em atos e procedimentos realizados e utilizaria outros critérios de caráter global, necessidades de saúde e responsabilidade sanitária de cada segmento do sistema deveriam orientar a gestão segundo o modelo público. Aqui, creio, pode-se localizar um dos calcanhares de Aquiles deste poderoso herói da justiça social do século XX, que são os sistemas nacionais de saúde. (CAMPOS, 2007, p. 1872)

Este autor afirma que trata-se de uma peleja interminável, pois, avanços e recuos são normalidades no cotidiano do SUS, porém, nesta disputa se está mais próximo de um sistema de saúde público e não dos sistemas privados. Apesar dos esforços e ataques da perspectiva liberal, Campos (2007) menciona, que cresce em todo o mundo a concepção de que saúde é necessidade humana de direito universal; esse movimento é acompanhado da luta pela implementação de sistemas públicos.

Um grande desafio está em promover integração entre serviços, que são distribuídos por diferentes complexidades de atenção no sistema de saúde brasileiro, este autor afirma que manteve-se a dependente de instituições privadas para prestar serviços hospitalares e de média e alta complexidade, para onde são destinados 80% dos recursos públicos.

Na região pesquisada, o atendimento às demandas de saúde em serviços de alta complexidade aparece como superiores a este dado, como coloca um dos sujeitos deste estudo:

No serviço de diálise, o público usuário varia em torno de 98% e 99% que são usuários do SUS. (Vermelho)

Embora apresente a característica privatizante - por não ter estatizado serviços privados e filantrópicos no momento de sua criação - ainda assim, o SUS continua seguro e possível de se desenvolver, e principalmente enquanto permanecer como construção de um valor e como necessidade humana. (CAMPOS, 2007)

Em se tratando do princípio de universalidade, Campos (2007), observa modelos que propõem regulamentação das formas de acesso aos serviços, classificados como de prevenção e especialidades. A ordenação de cuidados colocada como planejamento racional de necessidades tem como base a concepção de hierarquização, e com ela a característica de restrição de acesso a serviços de maior complexidade.

Em relato dos dados desta pesquisa, observamos que a hierarquização é vista na relação com o princípio da integralidade, mencionando a referência e contrarreferência entre os diferentes serviços de saúde, como forma de interrelação entre serviços.

A regionalização garante que alguns municípios que não possuem os serviços consigam realizar o atendimento uma vez que estes possuem uma referência para seu serviço. Já a hierarquização divide o serviço de saúde em níveis de complexidade e assim faz com que o serviço seja realizado em forma de referência e contra-referência. (Preto)

Assim, estrategicamente, segundo Campos (2007, p.1871),

[...] os sistemas nacionais trataram de regulamentar o acesso e o fluxo de pessoas no sistema. Inventou-se o conceito operacional de sistema hierarquizado, bem como os de responsabilidade sanitária com base em regiões na população daquele território. Com os conceitos de regionalização, território e população inscrita regulamentaram-se o acesso e o fluxo de usuários pelo sistema. Em cada região haveria oferta de programas preventivos e clínicos. Com a hierarquização, restringiu-se o acesso a especialistas, hospitais e exames complexos. Isso dependeria de um julgamento prévio. O acesso universal ocorreria pela atenção primária e pronto socorro.

A atual Constituição brasileira explicita que o dever de implementação da política de saúde, e o provimento do acesso a esse direito são de responsabilidade do poder público. Os serviços de saúde têm caráter público e compõem uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada, cuja gestão deve seguir direção única em cada esfera de governo e controle social advinda de segmentos da sociedade.

Este Sistema Único de Saúde, conforme a Lei Orgânica 8.080/90, Art. 5º, tem como objetivo:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Para a reflexão sobre a gestão de políticas sociais, pensadas como gestão social, Carvalho (1999) aponta quatro premissas como estratégias que fundamentam o seu desenvolvimento:

- O fundamento da política social está no direito social, como reconhecimento de cidadania, e não como ações clientelistas ou paternalistas.
- Uma nova relação entre políticas universalistas e focalistas, atendendo necessidades sem cair no risco de privilegiar a focalização preconizada pelo projeto neoliberal.
- Transparência, participação e profissionalismo, como bases para construção de uma nova ética.
- Centralidade da gestão nos mecanismos de planejamento e de avaliação das políticas e programas sociais, com redução da burocracia e disposto a medir eficiência no gasto, e a eficácia e efetividade nos resultados.

O movimento sanitário brasileiro, para Campos (2007), acrescentou três diretrizes, criando um sistema descentralizado, incluindo a participação da sociedade como controle social na gestão e propondo um sistema único que contrariava o paradigma tradicional da saúde brasileira.

Para este autor,

No entanto, aqui, insistimos também em reinventar a saúde pública e a clínica, incorporando, no cotidiano, conceitos e práticas originárias da saúde coletiva, da promoção, da determinação social, da reforma psiquiátrica, da política de humanização, construindo uma concepção ampliada sobre saúde e sobre o próprio trabalho sanitário. (CAMPOS, 2007, p. 1872)

Nesta análise, é importante observar que historicamente a atenção à saúde no Brasil, se desenvolveu sob valoração na prestação de serviços médicos individuais, com enfoque curativo, e demanda espontânea pelos serviços. Essa tendência a uma concepção focalista e com centralidade nas demandas das

doenças, pode ser observada na interpretação que um dos sujeitos da pesquisa faz sobre ética na saúde:

Ausência de ética no nosso caso seria não corresponder prontamente às necessidades apresentadas pelos pacientes. (Preto)

A partir do debate por uma ampliação do conceito de saúde há necessidade de construção de novos valores que definam a relação saúde/doença, e contribua para a construção de um modelo de atenção integral à saúde, implementado em ações de promoção, proteção e assistência aos agravos.

É necessário o conhecimento dos dados epidemiológicos, identificando os espaços e populações de riscos, que envolvem condições objetivas e subjetivas: biológicas, sócio-econômicas, culturais, hábitos e estilos de vida, necessidades de saúde, rede de serviços existentes e formas de acesso a estes serviços.

Desta forma, no texto que segue são abordados aspectos que envolvem condições de saúde, no que refere às doenças crônicas, as quais apresentam dados epidemiológicos que indicam um crescimento constante de pessoas acometidas por estas doenças, bem como, necessidade de ações de saúde e de outras políticas.

1.6 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOCIALMENTE CONSTRUÍDOS

Atualmente um dos eixos da política de saúde consiste na vigilância epidemiológica, e ao desenvolver estudos epidemiológicos consideram-se os índices de mortalidade e suas causas como categorias centrais para o conhecimento das condições de saúde.

As modificações no perfil epidemiológico do Brasil, nos últimos cinquenta anos, apontam para superação de doenças, devido ao controle de fatores de risco, ações de imunização, antibióticoterapia, saneamento e distribuição de alimentos básicos. Porém, as mudanças também apontam para o desenvolvimento crescente de outras doenças desencadeadas por fatores próprios de um modelo de sociedade conhecida como moderna. Entre as principais mudanças ocorridas na sociedade estão: transição demográfica, que saiu de um modelo de sociedade rural

para o urbano industrial; desenvolvimento tecnológico; novas configurações de trabalho; industrialização de alimentos modificando hábitos alimentares, que entre outros fatores, provocaram mudanças nas formas de viver das pessoas. (SESA, 2008)

Dados sobre o Brasil estão apresentados no quadro abaixo, no qual podemos observar as categorias de doenças registradas como causas de óbito da população brasileira no ano de 2009.

Quadro 2 - Causas da Mortalidade no Brasil no ano de 2009

Classificação de doenças	Mortalidade em %
Doenças do aparelho circulatório	29
Neoplasias	16
Causas externas	13
Outras causas	13
Doenças do aparelho respiratório	10
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	6
Doenças do aparelho digestivo	5
Doenças infecciosas	4
Doenças do sistema nervoso	2
Doenças do período perinatal	2

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2012.

Entre as causas de morte apresentadas no quadro acima, destacam-se as provocadas por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNTs, que confirma o publicado por SESA (2008), sobre a incidência de doenças cardiovasculares, neoplasias, pulmonares obstrutivas crônicas, sistema nervoso, endócrinas com destaque o diabetes, as doenças da nutrição e do metabolismo. Estas doenças representam percentuais elevados nas causas de morte na população brasileira.

Por doenças crônicas, Casado; Vianna; Thuler (2009) entendem “[...] como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou melhora sensível”.

Na definição apresentada por Brasil (2013), as doenças crônicas comumente são relacionadas às causas múltiplas, são de difícil prognóstico, se

desenvolvem gradualmente, tem duração longa e muitas vezes indefinida, necessitam de tratamento e cuidados contínuos que nem sempre levam a uma cura. No tratamento são utilizados procedimentos básicos e/ou complexos frequentemente associados a mudanças de hábitos e estilo de vida.

Na definição apresentada por SESA (2008): “As doenças crônicas não transmissíveis caracterizam-se por um período de latência longo, geralmente não são curáveis, porém, controláveis, podendo evoluir para incapacidades e morte precoce”.

O número de pessoas acometidas por DCNTs é crescente na maior parte dos países e, é comum observar na literatura sobre o tema, que as condições socioeconômicas atuam como um importante fator de risco, ao proporcionar condições subjetivas e materiais para o seu desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, 80% das mortes por DCNTs acontecem em países economicamente pobres, esse dado é afirmado em publicação de material didático elaborado pela Secretaria de Saúde do estado do Paraná que afirma: “Este quadro, que hoje é predominante nos países pobres, também é uma realidade no Brasil e no Estado do Paraná”. (SESA, 2008, p. 9)

Para Casado; Vianna; Thuler (2009, p. 380), os fatores de risco para doenças crônicas são classificados como modificáveis e não modificáveis:

Entre os modificáveis estão a hipertensão arterial, a ingestão de álcool em grandes quantidades, o diabetes mellitus, o tabagismo, o estresse a obesidade e o colesterol elevado. Já entre os fatores não modificáveis, destaca-se a idade, havendo clara relação entre o envelhecimento e risco de desenvolver DCNTs. Outros fatores não modificáveis são a hereditariedade, o sexo e a raça.

Para a Organização Mundial de Saúde – OMS / Organização Pan-Americana de Saúde – OMS/OPAS (2005), dentre os fatores modificáveis destacam-se três que estão presentes na base das doenças crônicas mais frequentes: dieta insalubre; inatividade física; consumo de tabaco.

Conhecer os dados epidemiológicos, gerais e específicos, serve para identificar fatores que desencadeiam o significativo aumento de óbitos causados pelas DCNTs. Para Casado; Vianna; Thuler (2009), o conhecimento sobre os dados das doenças pode resultar no desenvolvimento de diferentes ações direcionadas para demandas gerais e específicas. Desta forma, conhecer os fatores

de risco, não modificáveis e em especial os modificáveis, aparece como possibilidade de redução dos danos sobre a saúde da população brasileira.

Porém, estes autores identificam que os dados existentes no Brasil são fragmentados e representam apenas realidades locais, e a literatura sobre DCNTs são escassas, demonstram que há necessidade de produção de conhecimento maior sobre estas problemática de saúde. A vigilância em saúde¹⁷, um órgão da atual política de saúde brasileira, deve assumir a função de identificação dos fatores de risco com vistas ao planejamento dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Não menos necessária é a articulação entre as diferentes esferas: de normatização, conhecimento, planejamento e implementação que devem assumir que a saúde necessita de autonomia para cada esfera sem perder a característica de integralidade.

Para Brasil (2007', p. 151), são características de um sistema de vigilância de doenças crônicas não transmissíveis:

[...] a coleta e análise sistemática (contínua e/ou periódica) de dados e informações, preferencialmente de base populacional, que permita estimar a magnitude do problema que está sendo abordado – prevalência de seus fatores de risco, magnitude de sua morbi-mortalidade –, aferir suas tendências no tempo, produzir evidências úteis para a tomada de decisão e interferir ativamente na formulação de políticas e programas de promoção e atenção à saúde. Esse processo deve, ainda, incluir ações de avaliação e monitoramento do impacto das intervenções implementadas.

Deve-se atribuir à vigilância epidemiológica o desenvolvimento de ações para promoção do conhecimento sobre as DCNTs, como observam Casado; Vianna Thuler (2009), permitindo a identificação de fatores de risco sobre condicionantes ambientais, econômicos e sociais, pois, estes determinantes impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso a bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdade no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças. (SCHMIDT, et al, apud BRASIL, 2013)

¹⁷ Criada em 2003, a Secretaria de Vigilância em Saúde, está na departamentalização do Ministério da Saúde, tendo como objetivo buscar melhor responder aos desafios presentes no complexo perfil epidemiológico da atualidade. (SILVA JÚNIOR, 2004 apud BRASIL 2007').

Dentre as doenças crônicas, as cardiovasculares são mais prevalentes, e dentre estas a hipertensão arterial sistêmica é a de maior número principalmente em população idosa. Zaitune et al (2006) destacam que, especialmente para a população idosa, a hipertensão arterial sistêmica é uma das doenças de maior prevalência no Brasil.

Desde a década de 60 as doenças cardiovasculares vêm ocupando o primeiro lugar como causa de óbito, no Brasil, e a hipertensão está implicada nesta situação, embora não possa se detectar a sua real magnitude, já que na maioria das vezes não é mencionada na causalidade de óbito registrado nos atestados. (SESA, 2008, p. 53)

A hipertensão arterial é a doença de maior número entre as cardiovasculares, e esta última torna-se responsável pela maior parte do número de óbitos no Brasil.

Assim, é notório observar, no quadro abaixo, dados referentes aos registros de causas de morte por doenças do aparelho cardiovascular, no estado do Paraná, no período de 2002 a 2011.

Quadro 3 - Óbitos por doenças do aparelho circulatório por Faixa etária, no Paraná, no período de 2002-2011.

Ano	Paraná							
	Número de óbitos em Faixa etária							
	0 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
2002	169	424	1.243	2.487	4.132	5.496	4.910	18.861
2003	204	365	1.237	2.363	4.097	5.458	5.098	18.822
2004	175	410	1.267	2.508	4.124	5.576	5.384	19.444
2005	152	349	1.186	2.315	3.997	5.338	5.163	18.500
2006	187	372	1.118	2.320	3.946	5.546	5.246	18.735
2007	174	367	1.112	2.317	4.019	5.552	5.564	19.105
2008	167	315	1.176	2.519	4.140	5.566	5.708	19.591
2009	153	342	1.099	2.369	3.945	5.556	6.066	19.530
2010	150	332	1.065	2.351	3.894	5.666	6.196	19.654
2011	161	347	1.140	2.404	3.969	5.651	6.465	20.137

Fonte: MS. Datasus, 2012.

Observando as mudanças dos números, no decorrer de dez anos, no estado do Paraná, podemos identificar aumento da mortalidade por doenças do aparelho circulatório em idades acima de 70 anos, dado que faz notar que, como abordado anteriormente, tem a idade como um dos fatores de risco.

É importante observar que de maneira geral os dados representam que os óbitos por doenças do aparelho circulatório, tiveram um aumento de cerca de 10% nos no período exposto. Cabe, neste estudo, observar que a hipertensão arterial é classificada como uma doença do aparelho circulatório, e é uma das principais doenças de base para a Doença Renal Crônica, como veremos no próximo título deste trabalho.

Como coloca SESA (2008, p. 53)

A hipertensão arterial é a doença de maior prevalência no Brasil. Além da magnitude, trata-se de doença de relativa gravidade, em decorrência de sua cronicidade e de sua evolução para lesões de órgãos alvos, especialmente as cardiopatias, arteriopatias e doença renal.

Na esfera global a hipertensão arterial atinge mais de 20% da população, como aponta a OMS, e na maioria dos países ainda está em crescimento.

Outra doença entre as DCNT, que é de relevância para este estudo por se tratar também de doença de base significativa para o desenvolvimento da doença renal crônica, é diabetes mellitus¹⁸, que é colocada na classificação entre as doenças endócrinas.

Informações obtidas em SESA (2008, p. 59) apontam que

No grupo das doenças endócrinas e metabólicas o diabetes mellitus responde por 83% dos óbitos entre as mulheres e 75,2% entre os homens. A proporção baixa do diabetes na causalidade geral deve-se mais a sua não menção no atestado de óbito, independente de sua contribuição como causa associada a várias outras doenças, principalmente as cardiovasculares.

Ainda assim com os números registrados, como causa de óbito por diabetes, já é possível identificá-la como uma das principais doenças dos tempos atuais, sendo motivo de preocupação para órgãos e profissionais de saúde na maioria dos países.

Dados referentes ao número de morte por diabetes confirmam o aumento no número de casos no estado do Paraná, como podemos observar no quadro abaixo.

¹⁸ “Existem dois tipos de diabetes: tipo 1, ou diabetes Juvenil, que geralmente acomete crianças e jovens, neles a produção de insulina é mínima ou nula e tipo 2, acomete adultos, a de maior prevalência, corresponde a 85% dos diabéticos. O chamado diabetes gestacional pode ocorrer durante a gravidez e geralmente desaparece após este período”. (SESA, 2008, p.59)

Quadro 4 - Óbitos por diabetes mellitus por Faixa etária, no Paraná, no período de 2002-2011.

Ano	Paraná					
	Número de óbitos em Faixa etária					
	0 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos e mais	Total
2002	35	47	125	336	1.833	2.376
2003	33	38	129	348	1.820	2.368
2004	22	39	141	367	1.894	2.463
2005	34	45	121	319	1.918	2.437
2006	27	36	123	340	1.987	2.513
2007	27	40	157	375	2.064	2.663
2008	33	45	155	371	2.174	2.778
2009	28	47	154	387	2.406	3.022
2010	28	35	161	470	2.657	3.351
2011	38	46	155	450	2.626	3.315

Fonte: MS. Datasus, 2012.

Os dados indicam aumento em todas as faixas etárias, totalizando 30% na elevação de óbitos causados por diabetes. Segundo SESA (2008) os principais fatores de risco são modificáveis, estão ligados aos hábitos e estilo de vida, diretamente ligados à alimentação.

Uma das grandes preocupações referente a diabetes, identificada por SESA (2008, p. 59), reside nos agravos que a evolução desta doença pode apresentar, como “[...] lesão de órgãos alvos e nas várias incapacitações decorrentes: insuficiência renal, cegueira por inflamação da retina, necrose e amputação de membros por insuficiência de vascularização periférica, etc”. Se não controladas as causas para o desenvolvimento desta doença tendem a atingir uma parcela da população cada vez mais jovem.

Para Cesse (2007), os avanços na detecção e assistência em saúde, voltadas às doenças crônicas, são inegáveis, porém, os estudos dos fatores de risco levam a uma excessiva individualização do risco, fragilizando a concepção de saúde pública e de epidemiologia, para estas doenças. Com a individualização se perdem aspectos sociais e ambientais, ou no máximo, estes ficam em segundo plano; estilo de vida, hábitos e costumes são observados dissociados do contexto social, como sendo apenas escolhas individuais.

Entre as doenças crônicas, a doença renal crônica, que tem como uma das modalidades de tratamento a diálise, a interação entre profissionais e usuários acontece de forma freqüente, oferecendo possibilidade de adquirir conhecimento mais amplo sobre determinantes do processo saúde-doença.

Alguns dos sujeitos desta pesquisa relatam compromisso profissional em pensar porque acontecem alterações, como ganho de peso excessivo, elevação da pressão arterial nos dias de intervalos das sessões de hemodiálise, ou mesmo a não assiduidade de algumas pessoas nas sessões do tratamento. Tais fatos são destacados pelos sujeitos da pesquisa, em comentários que tecem a respeito da ética no espaço sócio-ocupacional:

Na nossa área acho que ética é a relação com os pacientes, é você entender o paciente, o paciente conversar com você e você não se alterar com ele. Tentar entender o que aconteceu. [...] Acho que é uma coisa que poderia melhorar. (Lilás)

Às vezes pega muito peso chega... aquela coisa assim “ah, você não se cuida”, mas por quê que não está se cuidando? Tem pessoas que não pensam nisso; que além da doença ele é uma pessoa que pode ter coisas que interferem para ele adoecer e que não é só porque não se cuida, e se não se cuida por quê? Tem também bastante situações de depressão nos pacientes de hemodiálise. (Tulipa)

É tem que saber o quê que está acontecendo por traz disso, as vezes o paciente está com pressão alta: O quê que aconteceu? As vezes ele está com problema na família, ou alguma outra coisa que provocou a elevação da pressão. (Branco)

A compreensão das doenças para Chor (1999) tem profundas implicações para o desenvolvimento de políticas públicas, e os estudos devem levar em consideração que as pessoas não são dissociadas do seu contexto social, pois o grupo social influencia nas escolhas individuais através de valores, crenças, hábitos e costumes.

Em se tratando de doenças crônicas não transmissíveis, há necessidade de integrar as mais variadas dimensões que determinam o processo saúde-doença para a melhor compreensão das doenças no Brasil, devido às particularidades presentes na formação histórica, social, e territorial desta sociedade.

Outro dado adquirido na coleta de dados desta pesquisa, registrado no diário campo, apresenta aspectos ligados à formação social brasileira, como risco do cotidiano, que interferem ou determinam o processo saúde-doença. O registro do diário relata observação feita em uma reunião técnica composta por profissionais de saúde da clínica de diálise, na qual colocou-se em discussão o problema que envolve uma usuária que estava com dificuldade de fazer o tratamento de hemodiálise por falta de acesso venoso, e que por isso a diálise peritonial seria clinicamente indicada para ela. Um profissional observa que trata-se de uma pessoa

com deficiência visual que não podia realizar os procedimentos de diálise peritoneal sozinha; morava em município situado há aproximadamente 80 km da clínica; não tinha familiar para auxiliá-la; a sua residência estava situada às margens de um córrego que frequentemente tinha alagamentos; não tinha condições financeiras para resolver os problemas de sua residência nem para contratar um profissional cuidador. Teria necessidade de receber um acompanhamento diferente dos padrões estipulados para o tratamento dialítico, e que em contato: usuária e profissionais perceberam que existiriam possibilidades de fazer os procedimentos na Unidade Básica de Saúde – UBS próximo de sua residência ou se deslocar, diariamente, de sua residência para fazer os procedimentos na clínica ao invés de fazer em sua residência. Por falta de estrutura física e profissional a UBS não concordou em fazer os procedimentos. Embora o tratamento de diálise peritoneal seja um tratamento adequado para ser desenvolvido na residência das pessoas, a usuária saía de sua casa todos os dias, seis horas da manhã e retornava no final do dia, para fazer o tratamento de sobrevida, que poderia ser feito em sua casa. Rotina que durou seis meses.

Cesse (2007, p. 187-188), considera que as vitórias do campo biológico são sucessivas, porém, “[...] dominam o padrão explicativo do processo saúde-doença, favorecendo a efetivação de programas de saúde pública os quais ignoram a relação entre doença e condições sociais”.

Os dados epidemiológicos e demográficos existentes no Brasil, como coloca este autor, são considerados um processo inconcluso, permeado por uma construção social com base na desigualdade; este processo envolve um crescimento urbano industrial deficiente, desigual e sem o desenvolvimento de políticas públicas universais e equânimes. Tem-se como consequência:

[...] a mudança de um padrão “arcaico” de transição epidemiológica, em que enfermidades crônicas ainda não são reconhecidas como questões importantes do pondo de vista da saúde pública, para um padrão de “desigualdade” que se constitui no espelho das contradições e disparidades sociais. (CESSE, 2007, p. 237)

Em uma análise crítica, esta autora, fala que o grande desafio atual consiste na ampliação dos investimentos em políticas públicas para reduzir as desigualdades políticas, econômicas, sociais e de saúde, do conjunto da população, para além das ações pontuais e individuais.

As doenças crônicas representam, mundialmente, um problema de saúde pública, algumas doenças ganham destaque, entre elas diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Estas doenças ganham relevância, como já salientamos, por serem doenças de base para o desenvolvimento da doença renal crônica. Esta, aliás, é outra doença crônica que ocupa grande número nos dados epidemiológicos atuais, e têm determinantes e consequências biológicas, mas, principalmente sociais. Desta forma, considerando a temática aqui estudada, abordaremos o tema específico sobre os aspectos que envolvem a doença renal crônica.

1.7 DOENÇAS RENAIIS CRÔNICAS: NECESSIDADES HUMANAS DE MANUTENÇÃO DA VIDA ATRAVÉS DAS TERAPIAS RENAIIS SUBSTITUTIVAS

As doenças crônicas, como colocado anteriormente, apresentam números em constante elevação, dentre estas doenças cabe observar aqui duas DCNTs: diabetes e hipertensão arterial, que tem dentre as consequências está a possibilidade de desencadear doença renal crônica.

A insuficiência renal é a perda de funções regulatórias, excretórias e endócrinas exercidas pelos rins¹⁹, classificada como Insuficiência Renal Aguda – IRA e insuficiência renal crônica – IRC, feita principalmente de acordo com o tempo de permanência da doença (SIVIERO, 2013).

A Insuficiência Renal Aguda – IRA consiste na perda da função renal de maneira súbita e por curto período de tempo, por algumas horas ou dias, é comum estar associada com outras doenças. Por ser reversível são grandes as possibilidades de recuperação sem prejudicar a outros órgãos.

Por outro lado a Insuficiência Renal Crônica - IRC se define pela perda da função renal de forma lenta, progressiva e comumente irreversível, e na fase avançada pode comprometer o funcionamento adequado de outros órgãos. (SIVIERO, 2013)

¹⁹ Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia o balanço sadio da química interna de nossos corpos se deve em grande parte ao trabalho dos rins. Embora sejam pequenos (cada rim tem o tamanho aproximado de 10 cm), nossa sobrevivência depende do funcionamento normal destes órgãos vitais. Os rins são responsáveis por quatro funções no organismo: eliminação de toxinas do sangue por um sistema de filtração; regulação da formação do sangue e da produção dos glóbulos vermelhos; regulação da pressão sanguínea; controle do delicado balanço químico e de líquidos do corpo. (SBN, 2013).

Como colocam sujeitos deste estudo, as informações sobre os aspectos que envolvem a doença e o tratamento precisam ser bem claras e acessíveis para as pessoas, pois trata-se de conhecimento profissional, transformado em cotidiano para quem trabalha com a demanda, porém, este conhecimento não faz parte da vida cotidiana das pessoas em geral.

Lógico, você vai entrar na diálise e você não vai sair daí uns dias, a não ser que seja... o rim volte a funcionar, mas, a maioria é crônico né? Normalmente o paciente no setor de diálise, pelo menos no horário de trabalho nosso, ele entra aqui pensando que vai dialisar algumas vezes e não vai mais precisar. (Marrom)

Às vezes você perde a oportunidade, por que eles vêm para cá com uma informação errada. Ou então ele chega e diz “então eu vim fazer esse exame, esse negócio aí e na semana que vem não venho mais”. (Tulipa)

Então com o tempo ele vai se habituando, mas, tem paciente que entrou aqui faz um ou dois meses e a gente não sabia que ele entrou aqui sem saber por que estava entrando, daí que você vai explicar: “olha você está com isso... isso... você vai ficar aqui por um tempo, até você fazer o transplante”... Eu acho que aí entra tudo, falta do respeito, do diálogo. (Azul)

Maior conhecimento pode gerar sujeitos mais livres e com maior autonomia, que se reconhecem como protagonistas da sua condição de saúde, isso é algo já bastante discutido em correntes teóricas da saúde. A naturalização da doença e do tratamento, bem como de suas causas e consequências, podem levar ao desenvolvimento de ações pragmáticas, desconsiderando a necessidade de exposição do porque da doença, do que se está tratando e porque tratar.

Segundo a SBN (2013), a Doença Renal Crônica – DRC atualmente se apresenta como uma epidemia devido aos números em constante crescimento, tornando-se um sério problema de saúde. A estimativa brasileira em 2007, era de que existam mais de dois milhões de pessoas que portavam algum grau de complicações na função renal.

Conforme informações divulgadas pela Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN (2013, s/p)²⁰:

²⁰ Citação direta extraída do site da SBN:
<<http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?insuficienciaRenal&menu=24>>. Acesso em 26/06/2013.

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

As causas biológicas que levam à insuficiência renal crônica são diversas, segundo a SBN (2013). Entre elas são identificadas como causas menos freqüentes: doenças congênitas; rins policísticos que envolvem numerosos cistos crescem nos rins; a pielonefrite desencadeada por freqüentes infecções urinárias devido à presença de alterações no trato urinário, pedras, obstruções.

As doenças de base mais comuns para a insuficiência renal crônica, citadas pela SBN (2013) são: hipertensão arterial (pressão alta), o diabetes e a glomerulonefrite. A glomerulonefrite (“nefrite crônica”) entre as três mais freqüentes é a de menos incidência em todos os países, esta doença resulta de uma inflamação crônica dos rins, se não tratada, controla ou curada pode desencadear a perda total das funções de suas funções.

Na maior parte dos países, economicamente desenvolvidos, o diabetes se apresenta como a principal doença de base para o desenvolvimento da insuficiência renal crônica com números de casos cada vez mais crescente. Segundo a SBN (2013), algumas pessoas começam a ter problemas renais após um período de aproximadamente quinze anos de diabetes diagnosticado. Entre as manifestações iniciais da DRC estão: a perda de proteínas na urina (proteinúria), a identificação de hipertensão; em períodos mais avançados da doença tem-se o aumento de substâncias de uréia e creatinina no sangue.

Embora o diabetes seja considerado internacionalmente uma das mais importantes causas clínicas da insuficiência renal crônica, dados apresentados por estudos, segundo Siviero (2013), identificam que no Brasil o diabetes é a segunda causa da IRC. Este autor coloca que a doença de base mais frequente, no Brasil, é a hipertensão arterial e que grande parte das pessoas desconhece a existência desta doença de base. Dentre os que conhecem, sendo o autor, apenas 20% fazem controle de hipertensão adequadamente. Desta forma, sem identificação

da doença de base e sem o seu controle adequado, a hipertensão se torna a causa mais importante para o desenvolvimento da insuficiência renal crônica na população brasileira.

Como afirma a SBN (2013), neste caso, o controle adequado da pressão arterial é colocado como um dos principais meios para a prevenção da insuficiência renal e para impedir ou prorrogar a necessidade de se fazer tratamentos substitutivos da função renal.

O tratamento da insuficiência renal se relaciona com sua evolução que é associada a outros problemas de saúde. Sendo assim, para Silva (2008), o tratamento envolve a prevenção, acompanhamento e controle das doenças de base tendo como objetivo prorrogar ou impedir o desenvolvimento da doença renal crônica, bem como, das complicações a ela associadas.

Sendo o diabetes mellitus outra doença crônica que necessita de acompanhamento e controle, se analisado a partir das duas mais importantes doenças de base para desencadear a IRC, é possível perceber que a ênfase no atendimento às doenças de diabetes e hipertensão pode significar uma redução do número de situações que evoluem para a DRC.

A assistência adequada em caso de doença renal crônica, segundo Bastos & Kirsztajn (2011), inicia-se com o tratamento conservador que precisa se desenvolver sob três pilares: inicialmente com diagnóstico precoce da doença; na sequência tratamento especializado imediato; seguido de procedimentos clínicos com objetivo de preservar a função dos rins.

Para a SBN (2013) no tratamento conservador estão envolvidos os procedimentos referentes ao uso de medicamentos, modificações de dieta alimentar e comportamentos que envolvem estilo de vida. Este tratamento pode retardar a evolução da doença, preservando a função renal, reduzindo os sintomas e outras complicações de saúde ligadas à doença renal crônica.

O tratamento conservador tem como objetivo preservar um percentual da função renal; deve ter início com o diagnóstico clínico de doença renal crônica, e deve ser mantido continuamente. Quanto mais rápido se iniciar o tratamento, maiores as chances de preservação renal, e por tempo mais prolongado, o que significa uma característica positiva e com maior qualidade de vida.

Este tratamento, conhecido também como fase pré-dialítica, é indicado quando há perda da função renal, porém, com um percentual de

funcionamento ainda suficiente para sobrevivência sem intervenção substitutiva. Para SBN (2013): a doença renal crônica é progressiva e até este momento é irreversível; contudo, o tratamento conservador pode reduzir a progressão, a velocidade ou mesmo estabilizar a evolução de perda da função renal.

A NOAS/SUS prevê que é de responsabilidade da atenção básica²¹ as ações de controle de diabetes e hipertensão arterial. Esta determinação da NOAS é reforçada pela Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal – PNAPDR, que entre as várias diretrizes, coloca a ação de prevenção da atenção básica como modelo de redução de demandas para alta complexidade nas Terapias Renais Substitutivas. (BRASIL, 2004’)

A PNAPDR define que a atenção básica deve referenciar para a média e alta complexidade as situações de hipertensão e diabetes que apresentem características de evoluir para a DRC; possibilitando a criação de canais de interlocução e vinculação entre os serviços de saúde, de diferentes complexidades, na busca de uma assistência integral.

Um dos sujeitos deste estudo fala de dificuldades em acessar o serviço de alta complexidade:

A dificuldade encontrada está nos primeiros atendimentos, primeiramente em o paciente buscar a atenção básica, após em conseguir encaminhar o paciente para a especialidade em um tempo reduzido e depois esta especialidade encaminhar para a alta complexidade. Quando o paciente consegue ter o primeiro atendimento na alta complexidade este serviço é realizado de maneira eficaz, rápida e com grande resolutividade, torna-se um serviço que contempla efetivamente todos os princípios do SUS e garante ao usuário acesso, resolutividade e integralidade do serviço. (Preto)

A definição de serviços de atenção de média e alta complexidade, destaca a importância de compreender esta forma de organização hierarquizada, como garantia de acesso integral ao sistema público de direito universal à saúde. Ou seja, o SUS não é um pacote de serviços básicos, destinados a uma parcela da população, ou para determinados problemas de saúde menos complexos. (BRASIL, 2011)

²¹ A implementação da política de saúde desenvolvida sob o princípio estratégico de hierarquização classifica os serviços de saúde em dois blocos, organizados por níveis de complexidades tecnológicas: um bloco denominado atenção primária (também conhecido como atenção básica), e outro atenção de média e de alta complexidade (este último bloco também conhecido por serviços de médio e alto custo). (BRASIL, 2011)

Na contribuição de um outro sujeito da pesquisa, percebemos que a relação entre níveis de complexidade se desenvolve pela atenção básica, citando o serviço de Estratégia da Saúde da Família - ESF, que fica responsável pelo conhecimento integral referente aos usuários.

A secretaria de saúde encaminha os pacientes para diálise em Guarapuava, desta forma, trabalha no encaminhamento destes pacientes e na resolução dos problemas que eles nos apresentam. Não há nenhum contato mais aprofundado a não ser do serviço de ESF que acompanha o usuário na atenção básica. Ai tem mais contato. (Vermelho)

A atenção básica, segundo esta publicação do MS, se desenvolve na prestação de serviços que necessitam de baixo nível tecnológico; por ser referenciado como primeiro nível de atenção no sistema único de saúde, deve ser o acesso preferencial dos usuários a todos os serviços. Como parte integrante do sistema, a atenção básica, é orientada por todos os princípios do SUS, em especial o da integralidade, observando as formas de acesso aos serviços dos outros níveis de complexidade para as demandas de maior necessidade tecnológica.

Desta forma a atenção básica precisa ser compreendida como:

[...] eixo orientador do SUS e nunca como barreira limitante ou exclusiva do sistema. “Tentação” que tende a aumentar entre os governantes, na medida do encarecimento dos procedimentos de maior complexidade tecnológica em saúde, fato que vem se agravando nos últimos anos e que se tornou preocupação em praticamente todos os países do mundo. (MEDICE; DOCTEUR *and* OXLEY apud BRASIL 2011, p. 10)

No caso brasileiro os serviços que demandam especialidades e maior tecnologia, classificados por níveis de média e alta complexidade, são organizados de acordo com o conceito definido pela Secretaria de atenção à Saúde – SAS, do MS. Conforme a definição:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (BRASIL, 2011, p. 12)

Conforme divulgado no material de orientação elaborado pelo Ministério da Saúde - MS (2009) e denominado SUS de A a Z, os serviços de média complexidade se referem aos procedimentos: cirurgias ambulatoriais; procedimentos

traumato-ortopédico; especializações em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; prótese e órtese; anestesia. Estes procedimentos são classificados como média complexidade por necessitar de avaliação especializada e apoio tecnológico para elaborar diagnóstico e intervenção..

Assim, pressupõe-se que a determinação das necessidades de serviços e ações de média e alta complexidade inicia-se com o levantamento geral de informações sobre a situação de saúde da área de interesse, com o conhecimento dos principais problemas de saúde e das necessidades da população, com a definição de prioridades. (BRASIL, 2011, p. 24)

A alta complexidade está definida, por este mesmo material do MS, como um conjunto de procedimentos que necessitam de alta tecnologia e custo elevado. Deve ser desenvolvido de forma integrada com os demais níveis de atenção para o acesso da população que demanda por serviços de saúde de maior complexidade.

Características da região Centro-Oeste do Paraná são identificadas na fala de um dos sujeitos, ao relatar que a demanda por serviços de alta complexidade desta região, depende dos desígnios de interesse de mercado:

Alta complexidade quando a gente fala aqui na nossa região de saúde é um desafio imenso, porque você não pode, por exemplo, oferecer o serviço de alta complexidade e dar a garantia para o profissional de que o serviço vai estar funcionando sem ele já estar montado. Um dos nossos maiores desafios é esse: precisa de serviço funcionando para depois dizer que vai atender o SUS. (Vermelho)

Estes serviços, conforme coloca o MS (2009), fazem parte dos procedimentos da tabela SUS²², e em grande número executados por serviços privados contratados pelo SUS. Embora sejam serviços de saúde que apresentem menor número de procedimentos, do que os da atenção básica e de média complexidade, representam um grande impacto financeiro no orçamento da política de saúde. Dentre os serviços de alta complexidade se destacam os que se referem às doenças de câncer quando necessitam de procedimentos de quimioterapia²³, radioterapia²⁴ e hemoterapia²⁵; e da insuficiência renal - quando necessita de TRS.

²² Tabela SUS mencionada se refere a uma tabela de serviços, procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS, na qual constam códigos numéricos, nomenclatura e valores estipulados pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da saúde. Esta tabela comumente é utilizada para contratação de serviços privados destinados aos usuários do SUS.

²³ A quimioterapia, conforme definição do Instituto Nacional do Câncer – INCA (2013) se refere ao

A necessidade de terapias substitutivas da função renal, para Cherchiglia et al (2006), se dá quando a função renal já não é suficiente para a sobrevivência da pessoa, ou seja, quando a doença renal crônica progride para estágio terminal, há necessidade de tratamento que substitua artificialmente a filtragem do sangue.

As intervenções de TRS, segundo Silva (2008), “devem ser iniciadas na fase mais avançada da doença, mas em tempo suficiente para evitar o aparecimento de complicações graves”.

Esta informação também é colocada pela SBN (2013), ao afirmar que há necessidade de TRS quando os rins de uma pessoa não conseguem eliminar excesso de substâncias presentes no sangue, as mais consideradas são: água, sal, potássio e uréia. A presença destes componentes em excesso causa sintomas como náuseas, vômito, inchaço e palidez, sendo estes os mais freqüentes, porém existem outros sintomas que podem ser desencadeados.

A TRS é procedimento de alta complexidade e dentre os objetivos previstos pela PNAPDR, estão: aumentar a sobrevida da pessoa; reduzir a morbidade; Melhorar a qualidade de vida. São duas as formas de TRS: diálise e transplante renal. (BRASIL, 2004’)

O transplante renal, segundo a SBN (2013) é um procedimento cirúrgico no qual é implantado um rim saudável, retirado de doador vivo ou de cadáver, que passa a exercer a função de filtrar e eliminar líquidos e toxinas do organismo.

Por se tratar de transplante a pessoa precisa manter o acompanhamento clínico, mesmo depois de transplantado, fazendo uso de medicamento imunossupressor para evitar a rejeição do órgão recebido. Os efeitos

tratamento que utiliza medicamentos para combater o câncer. Eles são aplicados, em sua maioria, na veia, podendo também ser dados por via oral, intramuscular, subcutânea, tópica e intratecal. Os medicamentos se misturam com o sangue e são levados a todas as partes do corpo, destruindo as células doentes que estão formando o tumor e impedindo, também, que elas se espalhem pelo corpo.

²⁴ A radioterapia, como coloca Instituto Nacional do Câncer – INCA (2013), é o tratamento no qual se utilizam radiações para destruir um tumor ou impedir que suas células aumentem. Estas radiações não são vistas, e durante a aplicação o paciente não sente nada. A radioterapia pode ser usada em combinação com a quimioterapia ou outros recursos no tratamento dos tumores.

²⁵ Hormonioterapia, conforme coloca o Instituto Nacional do Câncer – INCA (2013) é usual sua associação, concomitante ou não, com a quimioterapia (câncer de mama e do sistema hemolinfopoiético), com a cirurgia (câncer de endométrio) e com a radioterapia (câncer de próstata). A hormonioterapia pode ser indicada para tratamento paliativo de metástases ósseas de tumores hormoniossensíveis, por exemplo.

de remédios imunossupressores controlam riscos de rejeição, porém apresentam efeitos colaterais ao reduzirem a imunidade, expondo aos riscos que predispõe a pessoa à infecções virais e bacterianas, característicos principalmente no primeiro ano de transplante.

Desta maneira, expectativas são construídas com relação ao transplante de órgão ao oferecer maior qualidade de vida, porém, não trata-se de cura da doença. A busca pela cura pode estar atrelada a uma concepção de valor negativo da doença, criada a partir do processo de convivência e aceitação social.

Como vemos em uma observação registrada no diário de campo deste estudo, quando uma usuária do serviço de diálise solicitou que um profissional da clínica entrasse em contato com o serviço de transplante, afim de, saber se estava agendado um internamento, em hospital de Curitiba, para receber aplicação de medicamento, para baixar imunidade, antes de fazer transplante renal. A usuária relatou estar cansada, pois, morava em um município de pequeno porte, onde só haviam duas pessoas com esta doença, e todos os moradores sabiam disso. Quando ia à Igreja até o pastor perguntava se o transplante aconteceria? Quando ia ao supermercado a moça do caixa perguntava quando seria o transplante? Quando ia à SMS todos queriam saber por que ainda não houve o transplante, quantas viagens teria que fazer ainda? A usuária dizia se sentir tratada como se estivesse morrendo, e afirmava que não estava morrendo, pois se sentia bem, e poderia ficar muito bem sem transplante. Queixava-se de que “a pressão é muito grande, e eles pensam que o transplante pode curar”, porém, ela sabia que trata-se de outra modalidade de tratamento e que teria que fazer outras formas de acompanhamento.

Cabe observar a expectativa socialmente construída, que envolve o transplante renal, pelas características que oferecem maior qualidade de vida. Para Abreu (2005, p. 24) “O transplante significa incremento na expectativa e qualidade de vida dos transplantados e poderia ser a terapia de escolha, porem há restrições quanto às indicações clínicas e à disponibilidade de doadores”. Desta forma o tipo de tratamento depende de condições, físicas, pessoais e sociais, não apenas escolha de indivíduos.

A diálise, como outra forma de TRS, oferece sobrevida, que segundo Smeltzer; Bare (1998) está identificada como tratamento paliativo, pois não oferece cura nem reverte a insuficiência renal, e ainda, não é capaz de substituir toda a função que o sistema renal exerce sobre o organismo.

O número de pessoas que necessitam do tratamento dialítico está em constante crescimento mundialmente. Podemos observar o crescimento como ocorreu no Brasil, num período de dez anos (de 2003 a 2012), analisados por faixa etária.

Quadro 5 - Pacientes em diálise no Brasil, por Faixa etária, Período: 2003-2012

Ano	Brasil						
	Número de Pacientes por Faixa etária						
	< 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	75 e mais	idade ignorada	total
2003	2.388	23.029	33.199	11.663	5.474	116	75.869
2004	2.271	23.279	34.966	12.387	6.016	8.184	87.103
2005	2.126	23.386	36.227	13.049	6.550	103	81.441
2006	2.073	24.119	38.203	13.665	6.992	109	85.161
2007	1.979	24.470	39.894	14.473	7.648	111	88.575
2008	1.946	23.848	39.785	14.667	7.602	6	87.854
2009	1.854	24.759	42.525	15.995	8.596	-	93.729
2010	1.884	25.280	44.927	16.902	9.326	3	98.322
2011	1.886	25.938	47.071	18.026	10.223	1	103.145
2012	1.866	26.434	49.042	19.227	11.037	1	107.607

Fonte: MS. Datasus (2012)

Observando os dados por faixa etária, percebemos que a maior incidência está em idades entre 49 e 64 anos, representando quase a metade da população em tratamento de diálise. Outro dado significativo a ser observado está no aumento ocorrido na faixa etária acima dos 75 anos que apresentou aumento maior que o dobro em dez anos. Interessante observar que a população de crianças e adolescentes, da faixa etária de até 19 anos, apresentou números decrescentes, significando uma diminuição de pessoas em tratamento ano a ano.

O estado do Paraná apresenta registros semelhantes aos nacionais, com alterações que significam aumento de número de casos de pessoas em tratamento de diálise na população adulta, como podemos ver nos dados, que se referem ao mesmo período, expostos no quadro abaixo:

Quadro 6 - Pacientes em diálise no Paraná, por Faixa etária, Período: 2003-2012

Ano	Paraná						
	Número de Pacientes por Faixa etária						
	< 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	75 e mais	idade ignorada	total
2003	181	1.339	2.050	693	290	5	4.558
2004	148	1.338	2.084	717	313	9	4.609
2005	115	1.323	2.171	791	330	10	4.740
2006	103	1.351	2.325	834	364	14	4.991
2007	104	1.341	2.414	901	453	6	5.219
2008	92	1.285	2.370	931	432	-	5.110
2009	88	1.301	2.454	1.032	486	-	5.361
2010	95	1.314	2.588	1.061	555	-	5.613
2011	91	1.302	2.684	1.146	602	-	5.825
2012	86	1.259	2.694	1.174	639	-	5.852

Fonte: MS. Datasus 2012.

Observando os dados por faixa etária, percebemos que tal como registra-se nos dados Brasil, no estado do Paraná, a maior incidência de doença renal crônica, está entre pessoas na faixa etária de 45 e 64 anos, representando quase a metade da população em tratamento de diálise. Outro dado significativo, e que se identifica com os dados brasileiros, está na alteração ocorrida na faixa etária acima dos 75 anos que apresentou aumento maior que o dobro em dez anos. Por outro lado, é interessante observar que a população de crianças e adolescentes, da faixa etária de até 19 anos, apresentou números decrescentes, significando uma redução para menos da metade do número de pessoas em tratamento de diálise, no período observado.

Estes números acima mencionados se referem ao total de pessoas que fazem alguma forma de tratamento de diálise, e deve-se considerar que se dividem em duas modalidades classificadas devido aos diferentes procedimentos utilizados: Diálise Peritoneal e Hemodiálise.

A Diálise peritoneal, segundo a SBN (2013), é uma forma de tratamento em que o sangue que circula nos vasos sanguíneos do peritônio²⁶ entra em contato com um líquido de diálise introduzido, através de um cateter, na cavidade abdominal. Desta forma substitui a função renal removendo o excesso de líquido e as substâncias: uréia, creatinina, potássio, entre outras.

É necessário um implante de cateter de diálise peritoneal no abdome, este é um procedimento cirúrgico, como coloca a SBN (2013), e fica instalado por tempo indeterminado, ou seja, pelo tempo necessário. Através deste cateter é introduzido o líquido de diálise e removido após algumas horas de repouso, os

²⁶ A definição como apresenta a SBN (2013): uma membrana presente na cavidade abdominal.

procedimento são diários, repetindo-se três a quatro vezes ao dia, ou com o uso de uma máquina em procedimento noturno contínuo, pois a máquina faz o processo de infusão e remoção do líquido de diálise.

Os procedimentos da diálise peritoneal podem ser realizados pela própria pessoa em sua residência, com o auxílio de um familiar que recebe treinamento. Segundo a SBN (2013) a principal vantagem desta forma de TRS, é que pode ser feita na residência ou outro ambiente que disponham de estrutura, pois os produtos são disponibilizados e geralmente a pessoa só precisa se deslocar até uma unidade de diálise uma vez por mês para fazer controle de exames clínicos.

Por se tratar de uma forma de tratamento em que a própria pessoa o faz, a diálise peritoneal é considerada a modalidade de diálise que oferece um maior grau de autonomia para o doente, como coloca a SBN (2013), pois, permite que realize atividades da vida prática, como trabalhar e viajar, uma vez que não depende da permanência em estabelecimento de saúde para ser realizado.

A hemodiálise é outra forma de diálise, nela o sangue é filtrado através de uma máquina por meio do dialisador, que exerce a função de “rim artificial”, para retirar as substâncias acumuladas no sangue. A hemodiálise filtra o sangue de forma extra-corpórea, passando por linhas (tubos) e devolvendo para o organismo. (SBN, 2013)

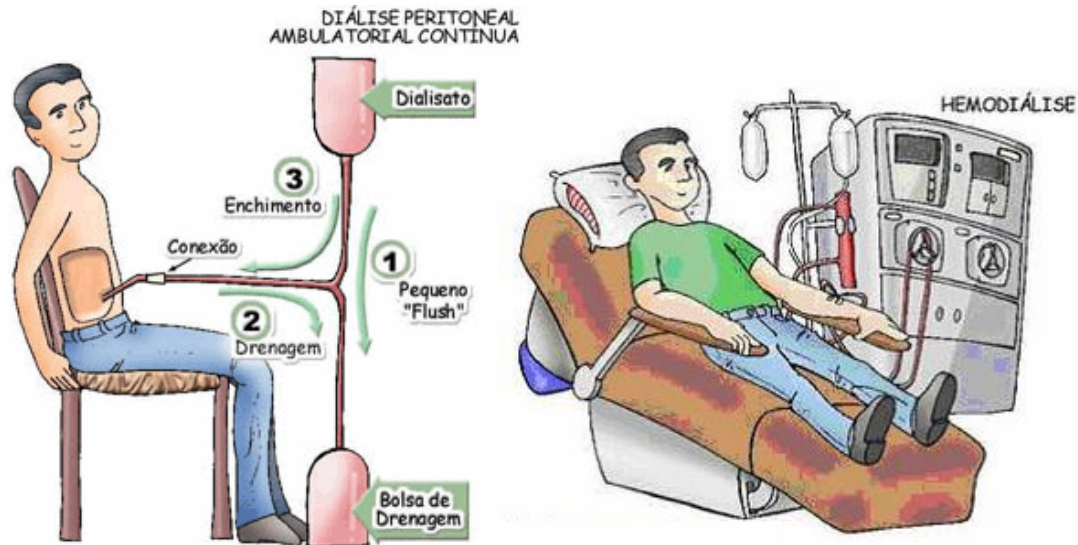
Quando a opção for por esta forma de terapia, deve se iniciar com a preparação do acesso vascular para o procedimento hemodialítico, segundo a SBN (2013, p. s/p), “[...] através de uma veia preparada por uma pequena cirurgia no braço (fístula artério venosa²⁷), ou através de um cateter²⁸ (instalado no pescoço, tórax ou virilha)”.

Na figura abaixo podemos observar algumas das características que diferenciam os procedimentos de diálise peritoneal ambulatorial contínua da hemodiálise.

²⁷ O ideal é que se faça hemodiálise através de uma fístula artério venosa; esta deve ser feita de preferência 03 meses antes de se começar a fazer hemodiálise. (SBN, 2013)

²⁸ O cateter é uma opção geralmente temporária para os pacientes que não têm uma fístula e precisam fazer diálise. Os principais problemas relacionados ao uso do cateter são: a obstrução e a infecção, o que muitas vezes obriga a troca do cateter. (SBN, 2013)

Figura 1 – Imagens sobre Modalidades de Diálise: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua e Hemodiálise.



Fonte: TRANSDORESO (2014).

O tratamento de hemodiálise é feito em unidade de saúde: centros de diálise, clínicas especializadas ou hospitais, com uma periodicidade que pode variar considerando as condições clínicas de cada pessoa, geralmente são necessárias três sessões por semana com duração de quatro horas cada sessão.

Devido à necessidade de conhecimento técnico, as sessões de hemodiálise são acompanhadas em tempo integral por equipe de saúde: médica e de enfermagem. Inicia-se com punção do acesso que geralmente é por fistula.

Conforme resolução 154/2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, a qual regulamenta os serviços de diálise, os profissionais necessários, para as unidades de tratamento de hemodiálise são:

- Na responsabilidade técnica - Um médico e um enfermeiro, ambos com especialidades em nefrologia, para serem responsáveis por intercorrências durante o tratamento.
- Nos procedimentos em cada turno de hemodiálise: um médico nefrologista e um enfermeiro para cada 35 trinta e cinco pacientes; um técnico de enfermagem para cada quatro pacientes. (BRASIL, 2004")

Todos estes profissionais devem permanecer no ambiente de realização da diálise o período de duração dos turnos.

Além desses profissionais, os serviços que prestam tratamento de diálise (hemodiálise e diálise peritoneal), devem ter uma equipe composta por: dois médicos nefrologistas; dois enfermeiros, com especialidade em nefrologia; um assistente social; um psicólogo; um nutricionista; auxiliares ou técnicos de

enfermagem de acordo com o número de pacientes; técnico de enfermagem exclusivo para o reuso²⁹; um funcionário exclusivo para serviços de limpeza.

São equipes mínimas de profissionais cuja composição é definida pelo Estado para atendimento de demanda considerada complexa, como podemos observar não é composta apenas por profissionais envolvidos com aspectos biológicos, mas também, com características psicológicas e sociais.

O cotidiano destes serviços se dá a partir de relações sociais que envolvem sujeitos da política de saúde brasileira, gestores, trabalhadores e usuários, que se encontram em um determinado contexto carregado de determinações históricas, as quais podem ou não concorrerem para o desenvolvimento humano, e esse é o tema no capítulo que segue.

²⁹ Reuso é termo utilizado para o espaço que acontecem procedimentos de limpeza de equipamentos de hemodiálise (linha e capilar) após cada sessão, trata-se de equipamentos personalizados que são reutilizados.

CAPÍTULO II

A INSCRIÇÃO DE VALORES NO COTIDIANO INSTITUCIONAL EM SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Para pensar em operacionalização da saúde é relevante a compreensão da função exercida pelas instituições ao se colocarem como intermediadoras entre a política, o serviço e o usuário que o demanda.

As instituições são observadas sob vários enfoques teóricos, as concepções se diferenciam de acordo com a perspectiva de análise. Por acreditar que é de relevância para o que desejamos abordar, optamos por expor uma definição na qual, Sousa (1984, p. 44) identifica instituição como:

[...] conjunto articulado de saberes (normas, valores e ideologias) e práticas internalizadas na consciência comum de alguns agentes sociais e que são produzidos a partir das relações que se estabelecem entre homens na produção da existência material.

Nesse processo de institucionalização dos valores e crenças, esta autora coloca que as atividades humanas tendem transformar-se em hábitos e figurar-se repetitivas, exigindo menores níveis de reflexão; tornam-se hábitos ao se reproduzirem de forma espontânea, orientando-se, muitas vezes, por pautas normativas. As instituições nascem a partir de requisições de uma determinada dinâmica social, em contextos sócio-históricos diversos, como respostas políticas funcionais à ordem social. Esses fatores, tratados no primeiro capítulo desta dissertação, são necessários para análise de valores, hábitos e pautas normativas que se inscrevem no cotidiano, palco da historicidade. É, nesse cotidiano das instituições que estão os sujeitos sociais que operacionalizam as políticas e serviços de saúde.

Considera-se necessário, entretanto, explicitar qual a perspectiva teórica que nos orienta na análise dos valores que permeiam atitudes e decisões dos profissionais que estão envolvidos com a prestação de serviços de saúde. Referimo-nos, à perspectiva que interpreta os seres humanos como indivíduos sociais, partes do gênero humano; ou seja, uma perspectiva que os situam para além de uma individualidade abstrata. A partir desta perspectiva, trataremos o

cotidiano institucional como campo de reprodução de valores, mas também, como campo de desafios para produção de novos valores.

2.1 O SER HUMANO COMO SER SOCIAL: UM PONTO DE PARTIDA PARA ANÁLISE DOS VALORES DE UMA DADA SOCIABILIDADE

Para entendermos a formação de valores sociais, que podem se fazer presentes nos serviços de saúde, pensamos ser necessário compreender o processo de sociabilidade humana. Este processo envolve as condições históricas observando o homem como produtor e produto da história que desenvolve suas ações de forma teleológica, projetando finalidades que se deparam com condições históricas construídas por relações sociais.

Observamos esta ideia de construção histórica, na perspectiva da teoria marxiana, exposta na frase: “os homens fazem sua história, mas em condições previamente dadas”. Esta frase está exposta na obra de Karl Marx: O 18 Brumário de Luís Bonaparte, que expressa essa idéia dizendo que, mesmo em períodos de empenho revolucionário, com finalidades de criação de algo novo, os homens se defrontam com as circunstâncias que lhe são transmitidas pelo passado, com as tradições das gerações anteriores, “[...] tomando-lhes os nomes, os gritos de guerra e as roupagens, a fim de apresentar-se nessa linguagem emprestada”. (MARX, 2008, p. 19)

Ao analisar a relação entre essas circunstâncias e as ações dos seres humanos, Heller (2004) refere-se à existência, no pensamento de Marx, das teses de imanência e objetividade. Para a autora, o princípio da imanência é compreendido como teleologia; está na capacidade humana de desenvolver suas atividades aspirando determinados fins. Já o princípio da objetividade, que envolve a causalidade, se refere às circunstâncias com as quais o ser humano se depara, interferindo nos resultados e desviando-os dos fins pretendidos. Nesta análise, a autora mostra que a compreensão da construção histórico-social, não pode entender seres humanos e circunstâncias como entidades separadas; é preciso observar a relação de interdependência que envolve os dois princípios: da finalidade e da causalidade; ou seja, finalidade e causalidade não podem ser analisadas como fatos ontológico-sociais isolados. Ela explica que é preciso compreender que as circunstâncias, sobre as quais são construídas as finalidades humanas, não são

objetos mortos nem simples meios de produção para obter fins, pois as circunstâncias são também construções próprias das relações sociais entre seres humanos e situações, mediatizadas pelas coisas.

Assim, ao afirmar que os seres humanos constroem a história significa dizer que eles são portadores da objetividade social: através da ação constroem e transmitem diferentes formas de sociabilidade humana. A história, para Heller (2004), é identificada como essência humana, ainda que, muitas vezes, o ser humano não se identifique com ela; a história é a objetivação da essência humana, mas não do humano individual mesmo que esta individualidade resulte das relações sociais e sim do humano genérico, a essência humana se apresenta como realização contínua e gradual da realização das possibilidades de ação imanentes à humanidade.

A objetividade humana faz do ser humano um ser concreto dotado de condições natural e socialmente determinadas: as condições físicas definem as características de sua espécie e as necessidades de vida biológica como alimento calor etc. Sobre estas se erigem as condições sociais que orientam sua afirmação cultural e intencional, mediante relações sociais que estabelece com outros seres humanos e com o trabalho, em um contexto histórico determinado.

Para Heller (2004), nessa perspectiva de análise que deriva de Marx, a determinação objetiva do ser humano consiste nas forças objetivas, naturais e vitais, que capacitam e possibilitam a superação das determinações; consiste ainda, em limitações do ser humano diante da realidade que geram sofrimento ao observar que os objetos de satisfação das suas necessidades são exteriores a ele.

O ser humano, assim como os animais, vive da natureza. No pensamento de Marx:

A natureza é o corpo inorgânico do homem, ou seja, a natureza na medida em que não é o próprio corpo humano. O homem vive da natureza ou também, a natureza é o seu corpo, com o qual tem de manter-se em permanente intercâmbio para não morrer. Afirmar que a vida física e espiritual do homem e a natureza são interdependentes significa apenas que a natureza se inter-relaciona consigo mesma, já que o homem é parte da natureza. (MARX, 2001, p. 116)

A possibilidade de afirmação da vida espiritual é particularidade humana. Ou seja, o ser humano é parte da natureza, mas na sua relação com a natureza recria necessidades cada vez mais amplas. Estas derivam de uma ação

primária na natureza, mas distanciam crescentemente dela até tornarem-se eminentemente sociais.

A apropriação da natureza inorgânica pelo ser humano revela a elaboração de um mundo objetivo, revelando também, a existência das condições individuais e sociais das determinações humanas. Sobre esta relação, Marx afirma que o ser humano tem características humano-genéricas, dizendo que:

O homem é uma criatura genérica não só na acepção de que faz objeto seu, prática e teoricamente, a espécie (tanto a sua própria como a das outras coisas), mas também – e agora trata-se apenas de outra expressão para a mesma coisa – no sentido de que ele se comporta diante de si como a espécie presente, viva, como um ser universal, e portanto livre. (MARX, 2001, p. 115)

Em sua relação com a natureza o ser humano se diferencia dos animais ao fazer da atividade vital um objeto de vontade e consciência, ou seja, uma atividade vital, lúcida. Como podemos observar:

É exatamente sobre o mundo objetivo que o homem se manifesta como verdadeiro ser genérico. Esta produção é sua vida genérica ativa. Por meio dela, a natureza nasce como a sua obra e sua realidade. Em conseqüência, o elemento do trabalho é a objetivação da vida genérica do homem: ao não se reproduzir somente intelectualmente, como na consciência, mas ativamente, ele se duplica de modo real e percebe sua própria existência num mundo por ele criado. (MARX, 2001, p. 117)

O desenvolvimento humano está referido ao contexto histórico e social que faz do ser humano um ser social. Para Marx (2001, p. 139):

O significado humano da natureza só existe para o homem social, porque só neste caso é que a natureza surge como laço com o homem, como existência de si para os outros e dos outros para si, e ainda como componente vital da realidade humana: só aqui se revela como fundamento da própria experiência humana. [...] Assim, a sociedade constitui a união perfeita do homem com a natureza, a verdadeira ressurreição da natureza, o naturalismo integral do homem e o humanismo integral da natureza.

A própria existência humana é atividade social. Segundo esta tese, as atividades humanas são ao mesmo tempo atividades sociais, pois, o ser humano é um ser social. Mesmo aquelas atividades que o indivíduo desenvolve sozinho, sem interação com outros, são socialmente determinadas. Por exemplo: quando um indivíduo se encontra em casa sozinho, ao ver televisão ou ouvir uma música, o faz enquanto expressão de uma determinada sociabilidade.

Sendo assim, Marx (2001, p. 140), afirma que:

O indivíduo é o ser social. A manifestação da sua vida – mesmo quando não surge diretamente na forma de uma manifestação comunitária, realizada juntamente com outros homens – constitui, assim, uma expressão e uma confirmação da vida social. A vida individual e a vida genérica do homem não são diferentes, por mais que – e isso é necessário – o modo de existência da vida individual seja um modo mais específico ou mais geral da vida genérica, ou por mais que a vida genérica constitua uma vida individual mais específica ou mais geral.

A partir desta concepção ontológica, apreende-se que a construção de valores de uma dada sociedade, está vinculada ao processo de reprodução social, pois, neste âmbito se estabelecem as mediações constituintes das formações sociais e das particularidades individuais. Portanto, no âmbito da reprodução social, o ser humano ao criar o próprio gênero humano atribui valores que conformam diferentes níveis de sociabilidade.

Contudo, se atividade produtiva expressa o caráter de toda a espécie, a condição de trabalho alienado³⁰, como diz Marx (2001, p. 116), “[...] inverte esta relação, uma vez que o ser humano [...], enquanto ser lúcido, transforma a sua atividade vital, o seu ser, em simples meio da sua existência”. Desta forma, aliena o homem em relação a sua espécie transformando a vida genérica em meio para satisfazer suas necessidades individuais, alienando a vida genérica e a vida individual. E ainda, o trabalho se apresenta para o ser humano, como único meio de satisfazer suas necessidades e manter sua própria existência, sob a forma abstrata e alienada.

As contribuições de dois sujeitos da pesquisa indicam a preponderância dessa satisfação de necessidades de sobrevivência que se impõe sobre a possibilidade de perceber-se como humano-genérico:

³⁰ Trabalho alienado é referenciado por Marx por aspectos: “1) A relação do trabalhador com o *produto do trabalho* como um objeto estranho que o domina. Tal relação é ao mesmo tempo relação com o mundo externo sensível, com os objetos naturais, assim como com um mundo estranho e hostil. 2) a relação do trabalho com o *ato da produção* dentro do *trabalho*. Tal relação é a relação com a própria atividade assim como com alguma coisa estranha, que não lhe pertence, a atividade como sofrimento (passividade), a força como impotência, a criação como emasculação, a *própria* energia física e mental do trabalhador, a sua vida pessoal – e o que será a vida senão atividade? – como uma atividade dirigida contra ele, independente dele, que não lhe pertence. Esta é *auto-alienação*, em contraposição com a acima mencionada alienação da coisa” . (MARX, 2001, p. 115)

Seriam profissionais dispostos a trabalhar pelo bem comum da sociedade em geral, pensando no benefício de todos, não só no seu, mas é difícil hoje todo mundo tem que botar arroz e feijão em casa, uma série de coisas impostas, e que todo mundo se cobra disso, mas que é difícil de repassar como simplesmente valores, isso não enche barriga de ninguém, vamos dizer assim, mas, seria um mundo utópico sonhado por todos em que viveríamos numa ilha em que as coisas funcionariam perfeitamente. (Vermelho)

Tem que chegar na porta e deixar o teu problema pessoal lá fora, saber separar, né? (Marrom)

Nesse processo de trabalho, o ser humano passa também, a incorporar valores estranhos à própria humanidade; valores criados por uma sociabilidade que erige sobre a ótica da mercadoria e que os estimula ao consumo como prioritário na determinação de escolhas. É nesta direção que valores centrados no individualismo, egoísmo e reprodução de modelos de consumo tendem a se impor no cotidiano de nossa sociabilidade burguesa. Qualquer espaço de trabalho não é, portanto, isento da reprodução desses valores, embora o contrário, seja possível.

2.2 A INSCRIÇÃO E CONSTRUÇÃO DE VALORES NO COTIDIANO

Recorrer a normas, formular juízos, cumprir determinados acordos, fazem parte de argumentos que servem para justificar decisões e atitudes dos indivíduos diante de situações que buscam respostas sobre como se deve agir ou o que se deve fazer. Vázquez (2006), na análise desse fato, o denomina de comportamento prático-moral e mostra que este faz parte das motivações que conduzem as ações tanto de indivíduos como de grupos sociais, com variações de um modelo de sociedade para outra.

Neste pensamento, a moral assume função de regulamentar a relações entre indivíduos e entre estes e a comunidade; processo que se dá de forma impositiva; ao contrário, na dinâmica da moralidade, os indivíduos a assumem livremente; afim de, contribuir na manutenção de uma dada ordem e integridade social.

A moral se efetiva e se configura através de um conjunto de valores, princípios, prescrições, consideradas válidas em uma determinada sociedade, e ainda, que os seres humanos as objetivem em atos reais. Não se trata de um conjunto de princípios fixos, imutáveis e vinculados a idéia do BEM. Ao contrário, a moral, como fruto da ação dos seres humanos, seres históricos, é também histórica.

E, para analisar esta historicidade da moral, Vázquez (2006), mostra que ela está vinculada a forma como os seres humanos, em diferentes contextos históricos, organizam-se em torno de uma base material: a produção das condições materiais de existência.

O modo como os seres humanos se organizam em diferentes modos de produção impõem quadro de valores diversos. Na sociedade primitiva para sobreviver tinham que viver em comunidades (bandos) e, por isto, seus valores convergiam para uma moral coletivista. Ao contrário, na sociabilidade burguesa, fundada no trabalho livre e na sua exploração funda-se em valores opostos à moral coletiva. Os valores são, portanto, históricos. (Vázquez, 2006)

Nesta perspectiva, para Heller (2004), com a extinção das comunidades naturais, onde os interesses individuais e comunitários se identificavam, aumentaram as possibilidades de submissão dos interesses de integração social aos do indivíduo, tais como as paixões e desejos egoístas.

Desta forma, para Heller (2004, p. 4) no curso da história se processam a construção e a desintegração dos valores. Considerando valor “[...] tudo aquilo que faz parte do ser genérico do homem e contribui, direta ou indiretamente para a explicitação deste ser genérico”.

Nessa concepção, o valor está em tudo o que contribui para o enriquecimento do componente essencial do humano genérico, e se explicita no interior de cada esfera heterogênea, e o desvalor está em tudo o que contribui para o seu rebaixamento em cada esfera. Valor é objetividade humano-social como categoria ontológico-social, por ser expressão das relações sociais sua existência independe das avaliações individuais.

No entanto, existe uma concepção contrária que propaga-se no senso comum de que valores dependem da adesão individual. Tal concepção dificulta a compreensão sobre o que são valores e que eles nascem no campo da objetividade social, por isto não são individuais. Tal contradição está presente nos dados coletados neste estudo, como podemos observar na fala de um dos sujeitos:

É muito complexo trabalhar isso. Porque valor é uma coisa muito individual, e é difícil você apontar dedo, falar beltrano, cicrano fazem e João, Pedro e Maria não fazem, e você tem que ter a sorte de pegar alguns profissionais que são menos preocupados com valores financeiros e são mais preocupados com valores morais, que se doam mais para a instituição e para o usuário do que para si próprio, e isso é difícil você encontrar devido à sociedade que agente tem hoje. É uma imposição cultural até. (Vermelho)

Segundo Vázquez, (2006), ao considerar o conteúdo axiológico do valor, se coloca em observação o seu conteúdo positivo e também negativo: positivo observa se a ação é considerada boa e digna em seu caráter moral; a condição negativa observa se as ações podem ser consideradas más, passíveis de condenação.

No conteúdo dos dados coletados neste estudo, observamos categorias colocadas pelos sujeitos como valores positivos, bem como, desafios que envolvem as relações sociais entre trabalhadores e usuários da saúde no cotidiano do serviço de terapia renal substitutiva.

Respeito contribui bastante e acaba deixando o ambiente mais harmonioso. (Branco).

Nem todo mundo precisa pensar igual, mas, deve respeitar o pensamento do outro. Diálogo se você vê que alguma coisa está errada chegar e falar, e não, muitas vezes asperamente, o tom de voz é muito importante, às vezes você pode falar a mesma palavra em tom de voz diferente que muda totalmente. Passar a informação. Ou passar cumprimentar. Dizer oi é tão curtinho, né? (Amarelo)

Diálogo. (Rosa)

Eu acho que falta muito é o diálogo, muitas vezes o respeito vem em primeiro lugar, mas o que falta é o diálogo. Muitas vezes me dê um tapa na cara, mas, não fale da maneira que fala, muitas vezes machuca muito mais, muitas vezes prevalece bastante; tem que passar a informação. Você deve saber como falar, e na verdade como a gente trabalha, a gente tem que conversar mais, tem que mostrar o que está errado. (Lilás)

Às vezes é uma coisa mínima, de falar um “boa tarde”. (Tulipa)

Ou você dizer boa tarde e a pessoa não responder, isso é a pior coisa que tem né? Quando você não tá bem você já diz “oi fulano tudo bem?”. Você diz “eu não estou bem”. Hoje já dá para ligar que tem alguma coisa acontecendo, né? (Margarida)

Acho que da mesma forma com os pacientes, né? Eles também sentem, né? Com certeza eles vão sentir se você chega se preocupa com eles, né? (Branco)

Eu acho que é difícil, assim... todo mundo tem problemas, a gente é ser humano, a gente é ser humano, a gente erra. Só o fato de você responder para a pessoa é respeitar. (Cravo)

As colocações identificam a importância dada às atividades da vida cotidiana, sendo a necessidade da comunicação entre os sujeitos envolvidos no tratamento de diálise, identificado como valor por demonstrar respeito e dedicação com trabalhadores e usuários, observando aspectos humanos.

Em se tratando de valores morais, Heller (2004, p. 5) analisa que “a moral é uma relação entre as atividades humanas. Essa relação é – para empregarmos uma expressão bastante abstrata – a conexão da particularidade com a universalidade genericamente humana”.

A partir desta relação entre particularidade e universalidade, Heller (2004) ressalta a importância da liberdade como categoria central da ética. Mostra que esta categoria nem sempre ocupou esta centralidade, mas ganha este significado apenas quando apresenta o mesmo grau de importância na realidade.

De acordo com o pensamento marxiano, a liberdade é discutida como relação entre seres humanos e natureza, condicionada pelo desenvolvimento humano. Sobre esta análise Vázquez (2006, p. 129) menciona que:

A liberdade acarreta um poder, um domínio do homem sobre a natureza e, por sua vez, sobre sua própria natureza. Esta dupla afirmação do homem – que está na própria essência da liberdade – traz consigo uma transformação do mundo sobre a base de sua interpretação; ou seja, sobre a base do conhecimento de seus nexos causais, da necessidade que o rege.

Esta teoria aborda a liberdade e historicidade, e considerando que a história é condição presente apenas para sociedade, cuja essência é o ser humano. Vázquez (2006, p. 130) complementa que:

O desenvolvimento da liberdade está, pois ligado ao desenvolvimento do homem como ser prático, transformador ou criador, isto é, está vinculado ao processo de produção de um mundo humano ou humanizado, que transcende o mundo dado, natural, bem como ao processo de autoprodução do ser humano que constitui precisamente sua história.

Para Heller (2004, p. 7), “[...] a ‘liberdade’ enquanto nova categoria central da eticidade significa um crescimento axiológico. Esse crescimento foi um fato real e objetivo, embora para a grande maioria dos indivíduos continuasse a ser uma mera possibilidade abstrata”.

A existência da liberdade está atrelada ao conhecimento das necessidades e às atividades práticas, e por assumir um caráter histórico-social, o sujeito não pode ser considerado como indivíduo isolado, e sim, nas relações sociais construídas historicamente. Para Vázquez (2006), o grau de liberdade fica determinado por condições históricas e sociais, pelas possibilidades e pelas pautas de comportamento, sem que o sujeito seja coagido por forças externas ou internas, uma vez que liberdade e coação são incompatíveis.

A responsabilidade moral necessita de um certo grau de liberdade, sendo que as relações sociais definem o grau de liberdade. Heller (2004) associa o gênero humano com alguma estrutura social, exemplificando: comunidade, organização ou idéia; a moral representa um sistema de exigências sociais e costumes oferecendo a possibilidade do homem se desenvolver acima do egoísmo das vontades imediatas.

As funções exercidas pela moral estão relacionadas com inibição das ações individuais, como também, a transformação e culturalização dos desejos individuais para o ser genérico.

Por mais intenso que seja o esforço 'transformador' e culturalizador da moral, não se supera sua função inibidora e essa se impõe na medida em que a estrutura da vida cotidiana está caracterizada basicamente pela muda coexistência de particularidade e genenericidade. (HELLER, 2004, p. 23)

A muda coexistência que envolve a relação entre particularidade e genenericidade se refere à falta de consciência da relação que se estabelece entre o ser humano genérico e o indivíduo particular. E na sociabilidade burguesa, centrada na valorização do individualismo e na mercantilização das relações sociais, tal falta de consciência se expressa, entre outros aspectos, na tendência em valorizar indivíduos que se destacam por suas habilidades financeiras ou capacidade de mostrar seus talentos individuais. No cotidiano dos serviços da TRS, não é diferente. Vejamos a contribuição de um dos sujeitos da pesquisa:

Então você já vem em uma sociedade deturpada, em que os valores são outros, que o profissional que se destaca não é aquele que soluciona, muitas vezes, todos os problemas, aquele que dá plantão o dia inteiro, não é aquele que resolve o problema da Mariazinha, do seu Pedro, do José, é aquele que financeiramente se sobressaiu perante os outros, muitas vezes, o se sobressair financeiramente deixa os valores morais em segundo plano, e a sociedade impõe isso diariamente. (Vermelho)

A vida cotidiana, conforme Heller (2004), é repleta de alternativas e de escolhas, e quanto maiores as motivações pela moral, maior a importância da moralidade, maior a aproximação do particular ao humano-genérico, elevando-se acima da cotidianidade, eliminando assim a muda coexistência de particularidade e humano-genérico. Isso não significa a eliminação do particular e sim o direcionamento das vontades do "Eu" particular para o exterior, para a realização humana.

Para esta autora, as motivações que orientam as escolhas são também, na maioria das vezes, heterogêneas; por isso a elevação do particular-individual nunca acontece completamente, como também jamais deixa de existir, acontece em momentos diferentes com maior ou menor intensidade, pois no cotidiano não é possível concentrar todas as energias para cada decisão a se tomar.

Tais motivações podem, ou não, estarem relacionadas com a moral. Percebemos isto em escolhas simples como tomar um ônibus, e uma vez dentro dele tomar a decisão de oferecer ou não o lugar para uma mulher gestante sentar-se, o que para Heller (2004), o primeiro exemplo independe do ponto de vista moral ao passo que o segundo está submetido ao compromisso com a moralidade, e quanto maior a existência deste compromisso nas decisões, maior a possibilidade de elevação acima da cotidianidade.

A superação dialética do deslocamento da cotidianidade ao humano genérico, Heller (2004) identifica como homogeneização, mas coloca que, são poucos os seres humanos que conseguem elevar-se ao humano genérico, e estão entre eles, os artistas e os cientistas, e que mesmo estes não vivem tão somente na homogeneização em direção ao humano genérico.

Tão-somente durante as fases produtivas essa particularidade é suspensa; e, quando isso ocorre, tais indivíduos se convertem, através da mediação de suas individualidades, em representantes do gênero humano, aparecendo como protagonistas do processo histórico global. (HELLER, 2004, p. 29)

Para esta autora, a maioria dos seres humanos vive toda uma vida sem produzirem um único ponto crítico, para além da cotidianidade. Pois a característica que predomina na vida cotidiana é a espontaneidade, mesmo que nem toda ação cotidiana esteja dotada de mesmo nível de espontaneidade. A assimilação é importante para realizar as atividades imprescindíveis para a produção e reprodução da vida cotidiana.

A espontaneidade acontece porque as ações cotidianas são desenvolvidas com base em avaliações probabilísticas, possibilidades que implicam riscos, afim de, atingir determinadas finalidades. Para Heller (2004), desta forma a rotina, os costumes, os valores podem assumir características de cotidianidade, pois, o pensamento cotidiano se desenvolve em unidade imediata de pensamento e ação.

2.3 COTIDIANO: ASSIMILAÇÃO DE VALORES, PRECONCEITOS E POSSIBILIDADES DE NOVOS VALORES

As atividades da vida cotidiana, tanto humano genérica quanto particular, tendem a se desenvolver de forma espontânea, mesmo que nem sempre com a mesma espontaneidade. Heller (2004) diz que, espontaneidade e humano genérico se relacionam mutuamente, assim o ritmo, a regularidade, a repetição, a assimilação das exigências sociais por si dirige para espontaneidade, fazendo com que as atividades exijam menor esforço, pois sem esta espontaneidade não seria possível desenvolver o grande número de atividades que a vida cotidiana requer.

A assimilação, para esta autora, é importante para realizar as atividades imprescindíveis, para a produção e reprodução da vida cotidiana. A assimilação vem acompanhada de motivações que se apresentam em constante movimento aparecendo e desaparecendo, mesmo que estas motivações não representem a essência do indivíduo.

Ao observar as ações da vida cotidiana, Heller (2004), afirma que são pragmáticas, considerando a unidade imediata entre pensamento e ação. Por serem pragmáticas não diferenciam o correto do verdadeiro, pois o pensamento cotidiano está carregado de pensamento fragmentado que se refere à orientação social recebida. O correto se torna verdade para que seja possível se movimentar na vida cotidiana com menos atritos. Desta forma, a atividade individual representa um juízo, um pensamento de um determinado grupo, comando ou classe social.

Nas palavras da autora:

Até mesmo juízos e pensamentos objetivamente menos verdadeiros podem resultar corretos na atividade social, quando representa os interesses da camada ou classes, a que pertence o indivíduo e, desse modo facilitam a esse a orientação ou a ação correspondente às exigências cotidianas da classe ou camada em questão. (HELLER, 2004, p. 32)

Considerando que o pensamento cotidiano é pragmático, a fé e a confiança ocupam papel mais importante na vida cotidiana, que nas demais esferas da vida. Assim ao cientista não basta ter fé de que a terra gira em torno do sol ao passo que na vida cotidiana a fé é suficiente para crer neste movimento. Ou então. ao médico não basta ter fé sobre o efeito de um remédio, na vida cotidiana esta fé é suficiente para o doente.

O pensamento cotidiano, para Heller (2004), apresenta características de ultrageneralização, presente em juízos provisórios que tem como base a confiança ou a fé. O juízo provisório que tem como base a confiança; que se refere ao humano genérico, representa apenas juízo provisório ultrageneralizado, serve para facilitar a capacidade de ação da vida cotidiana, uma vez que esta é repleta de atividades e não representam pré-juízo ou preconceito; ao passo que os juízos provisórios orientados pelo pensamento de particularidade que tem como base a fé são pré-juízos ou pré-conceitos.

Ao nos depararmos com problemas singulares, que são postos cotidianamente, necessitamos de ultrageneralização e através da analogia nos orientamos para o conhecimento cotidiano. Precisamos fazer classificações, pelas experiências já conhecidas, para orientar a compreensão e ação e, apenas a posteriori, podemos desvelar a analogia para conhecer a situação em sua totalidade.

O preconceito é a cristalização do juízo provisório da analogia, mantendo-se em nossas tipificações sem dar atenção aos feitos posteriores, portanto tal juízo provisório é necessário, porém está sob o risco da cristalização, como coloca Heller, fossilização. “Pode se tratar de um erro moral, caso em que a orientação da vida cotidiana será “perturbada”, mas também pode ser um erro capaz de acarretar uma das catástrofes da vida cotidiana”. (HELLER, 2004, p. 36)

É possível pensar na materialização de juízo provisório em dados coletados neste estudo:

É muito complicado você colocar isso em qualquer reunião que a gente participe, visando à melhoria do atendimento do usuário, a primeira pergunta que é feita nessas reuniões não é o benefício que vai causar, é: vai ter algum incentivo financeiro para que se desenvolva tal projeto ou não? De que maneira eu vou ganhar? Eu vou estar disponibilizando o meu tempo em favor do que? E para quem? Qual o benefício que eu vou ter com isso? Então o se dispor para a sociedade não vejo isso muito espalhado neste cenário, não tem muita gente pensando nisso, infelizmente. (Camélia)

Tal situação é observada como uso de precedentes, pois serve de imediato para o comportamento, quando utilizamos justificativas de que outros já agiram desta mesma maneira. Usamos tais atitudes como exemplo, o que pode resultar em efeito negativo quando impedimos a aproximação com o novo e com as características únicas de cada situação, se deixando levar pelos preceitos, pela imitação do que está assimilado.

Sobre os precedentes Heller (2004, p. 37), afirma que:

Não há vida cotidiana sem espontaneidade, pragmatismo, analogia, precedentes, juízo provisório, ultrageneralização, mimese, e entonação. Mas as formas necessárias da estrutura e do pensamento da vida cotidiana não devem se cristalizar em absolutos, mas têm de deixar o indivíduo uma margem de movimento e possibilidades de explicitação.

Se isso não acontece, não há margens de movimentação, para o indivíduo; diz a autora que, então nos deparamos com alienação da vida cotidiana, considerando que a vida cotidiana está na esfera mais suscetível à alienação. O que não significa que esta seja alienada por causa da sua estrutura e sim devido a circunstâncias sociais.

As circunstâncias sociais presentes oferecem possibilidades para o ser humano dar fim à alienação, mas isso não significa que todo ou qualquer ser humano torne-se humano-genérico nas principais atividades e objetivações. Ao utilizar o pensamento de Goethe, Heller (2004, p. 40), lança um questionamento, ao afirmar que a humanização da vida cotidiana quer dizer que “[...] todo homem pode ser completo, inclusive na cotidianidade. Mas de que Modo?”.

Em todas as épocas, segundo esta autora, as circunstâncias sociais oferecem possibilidades para que um número, por vezes maior por outras menor, de pessoas consiga conscientemente superar o abismo entre o desenvolvimento individual e o humano-genérico. Porém, para a grande massa das pessoas o abismo permanece e se alterna em mais profundo ou mais ou mais superficial. Observa-se que no modelo de sociedade capitalista o modo de desenvolvimento exacerbou a contradição, penetrando em esferas que servem de obstáculo que não tem orientação prévia para superação.

Ao falar em condução da vida, na estrutura da cotidianidade, Heller (2004), explicita a possibilidade de substituição da relação entre ser particular e ser genérico: substituindo a muda coexistência da particularidade e genericidade para uma relação consciente do indivíduo com o humano genérico, mantendo-se na estrutura da cotidianidade, onde cada pessoa possa apropriar-se da realidade, de sua individualidade humana.

O pensamento e comportamento cotidianos, para esta autora, são oriundos de estereótipos, analogias e classificações que são ultrageneralizações, adquiridas no meio onde crescemos, Podemos demorar para perceber de forma

crítica ou até mesmo podemos nunca chegar a reflexão crítica sobre seu significado, sem problematizar sobre sua realidade. Gerações inteiras podem não observá-los, ou em determinadas épocas, podem ser avaliados várias vezes por uma mesma geração.

É inevitável a existência de ultrageneralização na vida cotidiana, pois, as atividades são heterogêneas e requerem avaliações probabilísticas, não permitindo fazer avaliações que dependem de conceitos científicos e empenho de energia em todas as atividades realizadas. Para Heller (2004), a ultrageneralização não é oriunda apenas por tradição, pode também ter como base experiências pessoais.

A ultrageneralização do juízo provisório ou da regra provisória do pensamento e comportamento cotidianos, segundo esta autora, se diferencia da dos juízos científicos, pois, os juízos científicos são provisórios até que sejam confirmadas suas hipóteses, evoluindo para o estágio científico. Desta forma o que para a ciência é opinião, para a vida cotidiana pode ser causalidade - “saber”.

O caráter provisório do saber cotidiano se conserva na própria alteração, pois não diminui por completo a verdade presente na afirmação, este caráter provisório pode se modificar na atividade social ou individual. Desta forma podemos perceber que os juízos provisórios na maioria das vezes não são preconceitos, e também, não são sempre idênticos aos preconceitos.

Para Heller (2004, p. 43),

[...] o preconceito é a categoria do pensamento e do comportamento cotidianos. Este pensamento cotidiano que também implica em comportamento, expressa o pensamento oriundo da experiência, é um pensamento ultrageneralizado, e por isso é preciso partir da compreensão da cotidianidade para compreender o preconceito.

Nesta reflexão, esta autora afirma que o pragmatismo da unidade imediata de pensamento e ação, também, identifica que na vida cotidiana aquilo que se revela útil, necessário para orientar as ações e oferecer respostas, é considerado verdadeiro, desta forma identifica-se o verdadeiro como correto. Já a ultrageneralização pode ser considerada como verdadeira ou falsa: verdadeira quando nos leva a atingir o objetivo, falsa quando leva às “catástrofes” da vida cotidiana.

Para a autora, todo ser humano necessita, de certa forma, uma certa dose de conformidade, o risco consiste em a conformidade tornar-se conformismo atingindo as atividades não cotidianas, como as morais e políticas. O falso juízo provisório está presente na possibilidade ou probabilidade de comportamento conformístico, uma vez que na vida cotidiana desejamos atribuir o mínimo de esforço para nossas atividades laborativas, que nos permita participar da reprodução social, promovendo uma integração sem conflitos, afim de, poupar pensamento e decisão individuais possíveis e necessários. Desta forma a produção do novo tende a ser negada, quando o mínimo de esforço facilita a reprodução do já existente.

Um exemplo desse fato é o posicionamento típico do senso comum que se reproduz no cotidiano de profissionais da saúde, no que se refere ao acesso à qualidade dos serviços nesta área, em Cuba. Vejamos o que diz um dos sujeitos da pesquisa:

[...] vamos pegar uma sociedade como Cuba, uma sociedade socialista, imposta por um governo extremamente autoritário, onde ele determina as regras, onde ele coloca você vai ser médico, você vai ser dentista, você vai ser... e traça isso para cada um e ele se coloca responsável por dar água, comida, luz, de maneira equânime, para todos. Mas, o básico!
Você vai para Cuba vê carro de 1945 rodando como se fosse zero quilômetro, porque os profissionais de lá se adaptaram a esta realidade, mas é uma ilha. É uma ilha! (Vermelho)

O juízo provisório considerado falso está presente nas ações em que o pensamento é considerado correto, mas não é de forma alguma verdadeiro. São juízos que não são corrigidos mediante a experiência, pensamento, conhecimento e decisão moral do indivíduo. O juízo provisório que mesmo analisado pela ciência não é corrigido pela razão, apresenta-se como preconceitos, e desta forma é produzido pela vida e pensamento cotidiano.

Nesta análise, Heller (2004) considera que todo ser humano é singularidade, e se apresenta na relação entre particular, individual e humano genérico; ao mesmo tempo em que é parte orgânica da humanidade, é construção da história humana, sendo que suas motivações se referem às finalidades de sanar as próprias necessidades. Estas motivações são percebidas em exigências éticas, tendo como exemplo, situações cujos objetivos são conscientes e fundados em valores de uma integração social ampla.

Os juízos provisórios se relacionam a uma “fixação afetiva”, que podem ser de fé ou de confiança, e em se tratando de preconceito está sempre

relacionado a uma opinião ou fixação afetiva da fé. Por isto, diz Heller (2004, p. 42), o preconceito não consegue ser eliminado pela esfera da razão.

Ao analisar os afetos da fé e da confiança Heller (2004, p. 47) menciona a antropologia como base de análise da ética, dizendo que “[...] a fé nasce da particularidade individual, cujas necessidades satisfaz”. A confiança se diferencia da fé por que tem como base de apoio o saber, logo a confiança recusada pelo pensamento ou experiência desaparece. Ao passo que a fé entra em contradição com o saber, isso significa que não sofre abalos ao entrar em conflito com pensamento ou experiência que a controlam. Como diz a autora é somente a posteriori que podemos identificar se a motivações desta ou daquela ação tem como base de afeto a fé ou a confiança.

Assim, por exemplo, ocorre freqüentemente que um preconceito social típico não consiga exercer função rígida de preconceito em todos os membros da sociedade; muitas vezes, trata-se apenas de um juízo provisório que consegue se afirmar tão-só até o momento em que o indivíduo se vê confrontado com verdades que ignorava. (HELLER, 2004, p. 49)

A confrontação dos fatos é a forma que torna possível compreender, se um preconceito social, assume a função de preconceito também para o indivíduo; esta confrontação consiste em verificar se, os fundamentos de tal juízo, tem como base a fé. A autora coloca que o envolvimento emocional da fé apresenta como principal característica a presença do par: amor-ódio, sendo que o ódio não é uma aversão ao que não se acredita, mas sim contra as pessoas que acreditam em algo diferente das próprias crenças, considerando isso como intolerância emocional, intolerância ao que se crê diferente da própria crença.

Ao analisar os sentimentos amor-ódio, a autora classifica os preconceitos em dois grupos: positivos e negativos. Sendo que os primeiros estão relacionados a nós mesmos: comunidade, idéias; os negativos se referem aos outros, alienando o que se contrapõem aos nossos credos.

Os preconceitos, ainda, se dividem em individual ou social: Individual se refere a uma pessoa ou instituição, sem fonte social sobre o conteúdo do preconceito; os preconceitos sociais, que são a maioria dos preconceitos, são os assimilamos em nosso ambiente cotidiano e passamos a usá-los espontaneamente.

Heller (2004) afirma que embora não surjam como preconceitos, as ideologias podem se converter em preconceitos, e neste caso servem para preservar

a estabilidade e coesão social da integração dada. A autora usa como exemplo a revolução Francesa, pois, a ação se desenvolveu com base ultrageneralizadora envolvendo aspectos emocionais, que a priori significava uma ideologia vinculada a uma práxis humano-genérica e não a particularidade individual, tendo como base a confiança, depois foi convertida em um sistema de preconceitos, quando aquela ideologia já não mais representava a práxis histórico-universal.

Para Lukács (1992), os principais valores presentes no projeto de modernização da sociedade: igualdade, liberdade e fraternidade, que inicialmente se associavam às expectativas humano-genéricas, geram tensões pelo questionamento de sua possibilidade e capacidade de efetivação destes valores. Tendo como exemplo indagações referentes às contradições próprias de projeto burguês: contradição na concepção de igualdade, que não se torna possível desenvolver uma sociedade igual quando a pedra de toque do projeto está na exploração de classe que gera desigualdade.

A conversão de valores universais em valores de classe tem como base um aparato ideológico e político afim preservar características necessárias ao modelo de sociedade capitalista, segundo Cabral (2012, p. 48):

É justamente o acirramento das contradições próprias do capitalismo e, em decorrência disso, a impossibilidade de realização plena de tais valores, que faz da burguesia passar de classe revolucionária a classe conservadora, utilizando-se de um aparato ideológico-político para garantir a sua hegemonia.

Nem todos os preconceitos representam interesses de classes dominantes, mas é comum que uma classe se utilize da particularidade individual para manter a coesão de uma determinada estrutura social, aproveitando da fragilidade, do comodismo e conformismo ou pelos interesses do particular individual, afim de, manipulá-los e mobilizá-los contra o ser humano genérico. (HELLER, 2004)

A autora coloca que as classes burguesas produzem maior número de preconceitos, se comparadas com todas as classes conhecidas até a atualidade, isso acontece graças às suas possibilidades técnicas e esforços ideológicos hegemônicos, tendo como finalidade universalizar suas ideologias.

A coesão da sociedade burguesa foi, desde o primeiro momento, mais instável que as da Antiguidade ou do feudalismo clássico. Por isso, os chamados preconceitos de grupo (os preconceitos nacionais, raciais, étnicos) só aparecem no plano histórico, em seu sentido próprio, com a sociedade burguesa. (HELLER, 2004, p. 55)

Embora o desprezo e a antipatia pelo outro, pelo diferente, sempre existiram na história da humanidade, é a partir da sociedade burguesa que se percebe que sociedades se voltam contra sociedades. Um exemplo disso são as próprias grandes famílias do sistema feudal que mesmo em suas lutas mantinham respeito ao inimigo.

Sendo assim, Segundo Heller (2004) não é o grupo enquanto tal o formador dos preconceitos e sim a sociedade em geral, inicialmente por que grupo já é uma característica ultrageneralizadora e carece de conceitos científicos, uma vez que não são idênticas às formações grupais e integrações sociais. E são as integrações sociais as produtoras de preconceitos e não os grupos com base na relação “*face-to-face*”.

Os grupos produzem e transmitem aos indivíduos os preconceitos por eles mesmos e de natureza particular, e é preciso considerar que há grupos que estão livres de preconceitos; desta forma, só é possível saber qual grupo é produtor de preconceitos pela análise da história de determinadas integrações.

Ao analisar o conteúdo dos preconceitos, Heller (2004, p. 56), afirma que:

Podemos distinguir através do conteúdo muitos tipos de preconceito: preconceitos-tópicos (por exemplo: os 'homens são maus, não é possível melhorá-los'), preconceitos morais, científicos, políticos, preconceitos de grupo, nacionais, religiosos, raciais, etc. Qualquer que seja seu conteúdo sua esfera é sempre a vida cotidiana.

Para identificar os preconceitos morais, é preciso observar que este tem sempre a moral como objeto direto do preconceito: mas é importante saber que todos os preconceitos, por serem falsos juízos de valor sempre assumem uma tomada de decisão moral, mesmo quando não configura como objeto a própria moral; “[...] nesses casos, a suspeita moral é o elo que mediatiza a racionalização do sentimento preconceituoso”. (HELLER, 2004, p. 56)

Quanto aos preconceitos de grupo, a autora coloca que, são aqueles que envolvem todos os membros de um grupo, apenas pelo fato de pertencer ao

grupo em questão, devido suas características estereotipadas. O exemplo está nas características religiosas, étnicas ou nacionais.

Expressões características de estereótipos se reproduzem no cotidiano dos grupos de forma espontânea, como podemos perceber em dados registrados no diário de campo deste estudo, sobre a observação que relata quando um usuário do serviço de hemodiálise, ao terminar uma sessão do tratamento, passa por uma trabalhadora da clínica e ao se despedir agradece o atendimento e deseja bom fim de semana. A trabalhadora faz comentário com outro trabalhador: “este usuário é muito educado, é negro, mas, é muito querido”.

Quando predisposto ao preconceito o ser humano rotula o que vê, enquadrando ao estereótipo de grupo, desconsiderando as características individuais, e mesmo quando percebe as propriedades individuais, as registra como sendo produzida “apesar de” pertencer e “contra” a integração do grupo. Esse ser humano não é capaz de aprofundar o conhecimento sobre a integração do indivíduo ao grupo, como também não analisa se os motivos desta integração são causais ou escolhidos, ou qual função esta integração exerce na consciência do indivíduo. Não observa as qualidades éticas do indivíduo. Um exemplo é o preconceito contra a população que resulta em não distinção entre indivíduos negros.

Os preconceitos sociais “individuais-concretos”, segundo Heller (2004), muitas vezes são de procedência histórica, desta forma os preconceitos e os sistemas estereotipados estão permanentemente submetidos a transformações, sendo que os preconceitos podem ter como base os sistemas estereotipados, bem como, podem subordinar estereótipos.

Para compreender a extensão do preconceito é preciso analisar a tipologia do preconceito que está presente na estrutura da vida cotidiana, pelo protagonismo do indivíduo particular nas relações sociais. Heller (2004, p. 58), afirma que os preconceitos servem como mecanismo de coesão para os grupos que se sentem ameaçados:

Portanto, os preconceitos poderiam deixar de existir se desaparecessem a particularidade que funciona com inteira independência do humano-genérico, o afeto da fé, que satisfaz essa particularidade, e, por outro lado, toda integração social, todo grupo e toda comunidade que se sintam ameaçados em sua coesa.

Para esta autora o desaparecimento dos preconceitos não é utópico, pois existe enquanto possibilidade a construção de uma sociedade onde o ser humano se reconhece como indivíduo, afim de, conduzir sua vida. Desta forma, a particularidade se relaciona com humano genérico numa relação de dependência. A vida cotidiana desta sociedade desenvolve a necessidade da existência de falsos juízos, mas na relação de dependência entre particularidade e humano genérico, estes não seriam ditados pela fé e não encontrariam campo para cristalização, não encontrariam campo para se transformarem em preconceitos. O conteúdo da consciência de nós seria a integração de base mais ampla, a própria humanidade.

Podemos fazer uma relação com os princípios de teleologia e causalidade, quando a autora coloca que em uma sociedade dinâmica e mutável, como a que se observa atualmente, os preconceitos não podem desaparecer por completo, pois neste tipo de sociedade as forças conservadoras sempre existem, assim como existem forças dinâmicas, e a condição de elevação do indivíduo real existe somente para singular, e nem todo ente singular tem possibilidade de elevar-se à indivíduo. Para este modelo de sociedade só a eliminação, a reorganização dos preconceitos, que significa eliminar a rigidez, eliminar a discriminação que efetiva o preconceito. Esta proposta feita pela autora envolve a função de avaliação dos preconceitos que se apresentam atualmente, no comportamento cotidiano.

Heller (2004) considera ainda, que todo preconceito apresenta um valor axiológico negativo, o que não significa que o homem envolvido nele seja imoral ou “moralmente vazio”, pois todos têm preconceitos, de certa forma.

Assim o julgamento que envolve preconceitos precisa observar se o ser humano está motivado em sua totalidade pelos seus preconceitos, pela sua particularidade. Faz-se necessário observar qual é a intensidade e a que se referem, uma vez que existem preconceitos que podem ser, mais ou menos, socialmente justificados, mais ou menos, perigosos para o indivíduo e para a sociedade. Porém, a intensidade indica seu conteúdo valorativo negativo; todo preconceito é sempre moralmente negativo, se considerado abstratamente. “Porque todo preconceito impede a autonomia do homem, ou seja, diminui sua liberdade relativa diante do ato de escolha, ao deformar e, conseqüentemente, estreitar a margem real de alternativa do indivíduo”. (HELLER, 2004, p. 59)

Esta autora indica que de imediato o conhecimento “ótimo” das alternativas, oferecidas pelas circunstâncias, dá condições para que o ser humano

possa ter escolhas, com relativa liberdade. Desta forma é possível que o ser humano eleve-se ao plano do humano-genérico, ao passo que conhece o ser humano e a situação que o envolve.

A existência do preconceito significa uma redução do campo de possibilidade para escolhas adequadas e boas, ou seja, positivas historicamente. Isso significa uma redução da possibilidade de conhecimento da própria personalidade, do autoconhecimento, pois, o conhecimento do ser humano pertence ao autoconhecimento.

Desta forma o preconceito diminui o campo e alternativa, em maior ou menor medida, pois, depende da liberdade relativa da escolha para que se aproprie dele. Para Heller (2004, p. 60): “cada um é responsável pelos seus preconceitos”. Pela liberdade relativa se tem a escolha pelo caminho fácil ao invés do difícil, de agir como outros agem de costume, como fuga diante dos conflitos morais.

Nesta análise segundo Heller (2004, p. 60): “Na medida em que um homem preserva uma concepção sem preconceitos, orientada pela realidade, pode-se mensurar o quanto ele é individualidade, ‘núcleo’, o quanto possui substância”.

Esta autora coloca ainda, que não tem receita, esquema ou conselho para libertar-se do preconceito, e por isso: “O esquema de comportamento geral mais eficiente continua a ser aquele que, pela primeira vez, foi formulado pelos estoicos: o constante controle da particularidade individual, a escolha do difícil ao invés do fácil”. (HELLER, 2004, p. 61)

Para esta autora, só a posteriori se percebe que uma determinada opinião é preconceito, como também é possível que seja tomada tal consciência do momento histórico em que uma idéia é convertida em preconceito, ou um juízo provisório se converta em falso juízo e se cristalize como preconceito. Desta forma as escolhas são repletas de riscos.

No modelo de sociedade capitalista, como analisa Lukács (1992), se perde possibilidades de efetivação de princípios de liberdade e autonomia humana. Pois estes princípios são convertidos em valores ligados a uma concepção de liberdade restrita, individualizada e voltada para manutenção da propriedade privada, e a autonomia se restringe ao campo político ao invés de autonomia humana.

Em meio a um contexto em que a luta de classe é tida como centro da história, se torna visível a decadência das ideologias burguesas, e neste momento, elas buscam características conservadoras, no intuito de manutenção da ordem capitalista e do modelo de sociedade a ela inerente.

As relações sociais burguesas buscam sua manutenção pela disseminação de ideologias que as sustentem, e as concepções conservadoras se mostram favoráveis à preservação da ordem social burguesa. Alguns desses valores produzidos e reproduzidos pelo pensamento conservador são apontados por Cabral (1012, p. 40):

1) só são legítimas a autoridade e a liberdade fundadas na tradição; 2) a liberdade deve ser sempre uma liberdade restrita; 3) a democracia é perigosa e destrutiva; 4) a laicização é deletéria; 5) a razão é destrutiva e inepta para organizar a vida social; a desigualdade é necessária e natural.

Para a reprodução destes valores, segundo esta autora, é indispensável a permanência da instituição família, que nos moldes conservadores assume função de ser a base moral da sociedade.

A reificação das relações sociais é característica essencial para a sociedade burguesa e, segundo Cabral (1012, p. 42),

[...] o fato de que a própria dinâmica do desenvolvimento burguês, como seu objetivo principal, a busca incessante pelo lucro e à mercantilização de todos os âmbitos da vida social, gera valores necessários à reprodução desse sistema: um individualismo exacerbado, o culto ao ter, a ênfase na lógica utilitarista e pragmática – inclusive nas relações entre os homens –, a naturalização das desigualdades e com isto o preconceito de classe, de raça, de etnia e de gênero. Além disto, para a manutenção desta sociabilidade é necessário valorizar as práticas autoritárias, a disciplina a harmonia social, a hierarquia e a coesão social. Esta é a estrutura valorativa da sociedade burguesa; ela, ao mesmo tempo em que é imprescindível à reprodução deste modo de produção, coloca obstáculos ao desenvolvimento das ricas potencialidades do ser humano.

Desta forma as ações da vida cotidiana podem significar a reprodução de valores que se cristalizam como verdades e constituem um aparato ideológico para preservação do modelo de sociedade capitalista, que mantém concepções estereotipadas para interesse de determinados grupos ou classes.

Como vimos até este momento, o cotidiano pode significar a base de produção e reprodução de valores, como também, pode ser palco de construção de novos valores, o que inclui o necessário combate aos preconceitos negativos. E, considerando o conhecimento que pretendemos desenvolver neste estudo, torna-se

necessário abordar o cotidiano que envolve um serviço de saúde. Assim, propomos abordar, na sequência deste texto, aspectos que envolvem o cotidiano institucional de serviços de diálise, como espaços de saúde nos quais se fazem presentes diferentes sujeitos sociais, profissionais, gestores e usuários de um serviço de saúde.

2.4 ASPECTOS DA REPRODUÇÃO DE VALORES NO COTIDIANO NA GESTÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

A busca por compreensão sobre os significados do viver humano leva, também, à reflexão sobre os serviços de saúde e as expectativas que são lançadas para os sujeitos que desenvolvem as ações de gestão e de operacionalização da política. Santos-Filho (2-009, p. 91) considera que nos espaços de saúde “[...] esperam-se diretamente correlacionados: coeficiente de participação, fomento à capacidade de análise, autonomia, satisfação... *saúde!*”. [Itálico no original].

Os serviços de terapia renal substitutiva, por envolverem tratamento que oferece sobrevida às pessoas que portam doença renal crônica, são permeados por valores e preconceitos que nascem e orientam as relações que se estabelecem entre trabalhadores da saúde e usuários de serviços complexos. São relações consideradas complexas que aparecem como vinculadas às particularidades de um problema, mas revelam a reprodução de um cotidiano em que se dá a materialização de valores e desvalores construídos histórica e socialmente.

Dentre as características que envolvem a saúde como espaço de trabalho, está a que se refere à exposição dos profissionais da saúde, como trabalhadores, aos problemas que afetam a classe trabalhadora. Barros; Barros (2007) identificam os seguintes: precarização das relações de trabalho; perda contínua de direitos de proteção ao trabalhador; instabilidade na forma de contrato, falta de investimentos para aprimoramento profissional; vínculos fracos que se estabelecem com espaços e processos de trabalho.

Para Santos-Filho (2007), as características que atualmente envolvem as relações de trabalho são observadas nos espaços de saúde, e entre os problemas enfrentados pelos trabalhadores de saúde, estão: degeneração dos vínculos; ambientes e condições precárias de trabalho; organização e relações de

trabalho nos moldes tradicionais. Como dito anteriormente, as configurações do modelo de saúde atual produzem um cotidiano de serviço de saúde permeado por dois projetos: reformista e conservador, criando espaços contraditórios.

A política implementada sob a ótica do projeto conservador contribui para a contratação de serviços privados para executar serviços do SUS, mantendo vínculos de trabalho sob a lógica de mercado, nos quais os trabalhadores são contratados nos moldes conservadores; como podemos ver na fala de um sujeito:

[...] tem prestador e usuário, mas, você esquece que tem um profissional no meio dos dois, e, como você vai remunerar este profissional, [...] geralmente os contratos são feitos em cima de uma produção, e, o cara ganha pela produção. (Vermelho)

As ações dos trabalhadores são envolvidas num cotidiano repleto de ações pragmáticas, onde o fazer assume valor capital, afastando-se do saber por que fazer. Como se observa na fala a seguir:

Todos os atores deste processo precisam da cultura de como se fazer e de que maneira se agir dessa forma. (Cravo)

Sob a lógica de produção, as formas de contrato fazem do cotidiano de trabalho em saúde um espaço de relações capitalistas, onde se confundem sujeito e objeto da política de saúde, criando condições para reprodução de valores não humanos que dificultam a implementação dos serviços sob a orientação dos princípios que representam valores de um projeto de reforma na saúde.

Em meio às relações de trabalho que se desenvolvem nos moldes conservadores, a presença do projeto reformista aparece como realidade, representando a existência de um projeto de saúde em que os trabalhadores desenvolvem suas ações com perspectiva de atendimento ao direito social, porém, com estruturas nos moldes conservadores; como podemos ver na fala de outro sujeito:

Os usuários são os que têm o direito, e cabe a nós corresponder este direito. Nós precisamos respeitar este direito, e procurar atender as necessidades dos pacientes, sabe como é. (Preto)

Os espaços de saúde, com particularidades os de tratamento de diálise, podem oferecer condições para ações pragmáticas, como também, podem possibilitar a construção de relações sociais entre trabalhadores e usuários baseada em valores humano genéricos. Sendo assim, no cotidiano destes serviços há

possibilidade de reflexão e questionamento sobre a ação profissional do cuidar em saúde.

Essas reflexões nos levaram a inúmeros questionamentos: como a pessoa entende a sua vida? Como se dá este processo na vida em família? e a buscar respostas sobre como cada uma dessas pessoas entende e desafia esses eventos, marcados por limitações, incertezas, mas também possibilidades. (MATTOS; MARUYAMA, 2009, p. 972)

As reflexões feitas pelas autoras fazem parte de uma concepção profissional de bases no conceito ampliado de saúde, no qual o conhecimento e ação profissionais devem ultrapassar os procedimentos meramente técnicos, ao considerar que o usuário de serviços de saúde é um ser social, e a doença é também um fenômeno social. Da mesma forma, os valores reproduzidos no cotidiano de um espaço sócio-ocupacional na área da saúde não são desvinculados dos reproduzidos numa dada sociabilidade. Um exemplo desse fato é o impacto que a relação entre vida e morte causa nos profissionais que trabalham com situações emergenciais. Embora emergências aconteçam com frequência, os significados de saúde, doença, morte são construções sociais, assim é possível perceber que trabalhadores e usuários da saúde, mesmo em serviços de alta complexidade, atribuem valor ao viver humano, transformando o cotidiano do serviço de tratamento hemodialítico em espaços de convivência social.

A título de exemplo, vejamos um registro do diário de campo, ao observar vivência de acontecimento próprio do espaço cotidiano do serviço de diálise, quando em uma manhã que aparentava um dia comum, para pacientes e trabalhadores da clínica de hemodiálise, observou-se movimentação pelo corredor. “Emergência”. “Um paciente parou”. Várias tentativas de reanimação, e depois óbito de um dos usuários que teve parada cardíaca durante sessão de hemodiálise. Depois foi feito o contato com a família, pois o paciente morava em um município situado há aproximadamente 100 km de distância da clínica. Ele fazia o tratamento três vezes por semana há aproximadamente cinco anos. Tinha saído de casa para uma rotina cotidiana, veio sozinho, como acontece com a maioria dos usuários, pois, poucas famílias têm condições de disponibilizar acompanhantes devido a periodicidade do tratamento. Durante o horário de almoço, os funcionários se reuniram no refeitório da clínica, encontro que acontecia diariamente, com conversas animadas; desta vez, porém, o silêncio; cabeças baixas; poucos comentários, mas todos sobre o mesmo assunto. Observou-se: “Clima de luto”.

A proximidade existente nas relações entre profissionais e usuários, do tratamento de diálise, é citada, também, em uma das falas de um sujeito como forma de comunicação não verbal, onde são observadas as condições de bem estar, ou não:

Hoje você conhece a pessoa só pelo olhar se está bem ou não está bem. (Lilás).

As relações estabelecidas entre seres humanos, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde são repletas de interações. Elas podem ser interações recorrentes que são resultantes da existência da emoção que envolve os sujeitos, ou interações que se configuram como encontros casuais, desvinculados de emoções, mantendo distanciamento entre os sujeitos. Sobre isso Rollo (2007, p. 23) diz que “A história da humanidade está repleta de discursos racionais que possibilitam a negação do outro como algo culturalmente aceito e legítimo”.

Considerando a possibilidade de existirem interações recorrentes e/ou apenas encontros casuais, observamos o debate entre sujeitos, participantes da coleta de dados no grupo focal, ao abordar aspectos que envolvem as relações entre as pessoas que convivem naquele espaço de saúde:

Eu acho que sim. (Azaléia)

Eu acho que não. (Papoula)

Mas, você diz assim não existe é só troca? (Azaléia)

Só em troca, mas você tem que estar favorecendo. (Papoula)

Não só como troca. Se perde muito com essa coisa de ser troca. (Tulipa)

Mas daí ao mesmo tempo você tem liberdade, de eu chegar para você e te contar uma coisa particular minha eu acho que aí que entra humanização também, né? Ter uma amizade, de poder te desabafar por alguma coisa, digamos um dia que você não está muito bem, e tal. Acho que este é o vínculo que eu quis dizer, que a gente cria. (Papoula)

Ah tá, agora entendi. Eu tinha entendido que seria aquela coisa mais fria. Assim... que se perdia isso que você está falando agora, de vínculo, de relação ter uma relação entre as pessoas. (Azaléia)

As relações sociais que envolvem o cotidiano dos serviços de saúde, e em particular de terapia renal substitutiva, correm o risco cada vez maior de acontecer apenas como encontros casuais, pois este cotidiano envolve a necessidade de uma gama de procedimentos reacionais e tecnológicos. Porém, na

fala de um dos sujeitos da pesquisa é identificada proximidade de vínculos entre trabalhadores e usuários; o que nos remete a reprodução de valores vinculados ao campo axiológico positivo:

Eu acho que entre nós e os pacientes, o vínculo com o paciente e nós é bem grande, assim... (Marrom)

Na fala de outro sujeito deste estudo, observamos que os serviços de saúde nem sempre se identificam com as necessidades dos usuários, significando que na estrutura da vida cotidiana existem valores contraditórios, de um lado a concepção da gestão e implementação da política e dos serviços, de outro a concepção dos usuários.

Muitas vezes o tempo do gestor e do trabalhador é diferente do tempo do usuário, é diferente do paciente que está na fila, do paciente que precisa de da saúde. (Vermelho)

Tal separação assume naturalidade no cotidiano, com o risco de se cristalizar como correto nas relações que acontecem entre gestores, trabalhadores e usuários da saúde, mesmo em serviços que atuam em condições extremas de necessidades biológicas e humanas, como os do tratamento de diálise.

Uma reflexão feita por um dos sujeitos deste estudo revela características próprias de procedimentos de hemodiálise, em ações espontâneas da vida cotidiana deste tratamento.

Às vezes a gente acaba dando umas, por exemplo: as cânulas não vão. Você pensa meu Deus esse negócio não vai... imagina como eles se sentem ouvindo a gente falando isso... da gente! Depois a gente pensa: nossa! Que culpa, eles têm disso aí não ter funcionado? (Tulipa)

As interações dependem de reflexão sobre a existência do outro como ser humano, tanto quanto eu; dependem do reconhecimento do humano-genérico. Sobre isso, Mattos; Maruyama (2009, p. 971) consideram que: “[...] no processo de cuidar em saúde de pessoas em hemodiálise nos [conduz] a refletir sobre a importância da competência técnica, mas também a desenvolver sensibilidade à valorização da subjetividade das pessoas cuidadas”.

Embora se tenham, atualmente, grandes discussões referente ao processo saúde-doença³¹, nos espaços da vida cotidiana pode-se perceber a atribuição de um valor positivo para o ter saúde e negativo para o ter doença.

Para pessoas com insuficiência renal crônica, a rotina da hemodiálise põe em risco boa parte do tempo, o qual é destinado ao tratamento, também, interfere em seus relacionamentos sociais, pois, “[...] é visível que a sobrevivência do ser humano ainda está associada com seu próprio bem-estar e com suas necessidades”. (ALVES, 1996, p. 67)

O cuidado profissional destinado às pessoas em tratamento de hemodiálise requer questionamentos constantes, sobre os valores atribuídos à vida e às formas de proporcionar sobrevida por meios artificiais. Desta forma,

[...] como lidar com pessoas que, além de muitas restrições, ainda conviviam com a obrigatoriedade de permanecer ligado a uma máquina vendo o seu sangue ser filtrado. [...] mesmo considerando que a máquina lhe garante um tempo maior de vida, essa vida tem qualidade restrita. [?] (MATTOS; MARUYAMA, 2009, p. 971) [interrogação adicionada por nós]

Ao submeter-se ao tratamento dialítico, a pessoa tem sua qualidade de vida comprometida, pois, a rotina do tratamento interfere no que até então era considerado “vida normal”. Segundo Smeltzer; Bare (1998), a hemodiálise expõe a pessoa a uma rotina, geralmente três vezes por semana, com sessões de quatro horas cada vez. Dificuldades enfrentadas por pessoas com insuficiência renal crônica são determinadas pelas condições biológicas e individuais, como também pelos aspectos próprios do modelo de sociedade burguês, contidos em valores sociais, políticos, econômicos, culturais e ideológicos que se materializam no viver humano.

A concepção de direito, bem como os princípios de universalidade, integralidade e equidade é afastada das ações quando a concepção adotada pelos sujeitos se aproxima do projeto neoliberal, reproduzindo valores próprios deste projeto que se expressam pela individualização, fragmentação e focalização. Cabe observar que em ações da vida cotidiana, um dos desafios está na fragmentação das necessidades humanas, ou seja, ao necessitar de tratamentos complexos de saúde, outros aspectos da vida cotidiana continuam sendo necessidades humanas.

³¹ Estudos sobre o processo saúde-doença são encontrados em publicações de autores como: Gastão Wagner de Souza Campos; Sonica Fleury; Ricardo Lafetá Novaes; Maria Cecília de Souza Minayo, Eduardo Mourão Vasconcelos, entre outros.

Além dos fatores já mencionados, as doenças podem interferir significativamente em outros aspectos da vida cotidiana, pois, as consequências da doença renal crônica, e de seu tratamento atingem aspectos fundamentais na vida do trabalhador e da classe trabalhadora. Ao vincular a sobrevivência a meios artificiais, a doença acarreta situações que vulnerabilizam o trabalhador, podendo desencadear consequências em vários aspectos da vida e principalmente nas condições sócio-econômicas.

No modelo de sociedade capitalista, a venda da força de trabalho adquire valor central, e para a classe trabalhadora ficar condicionado aos determinantes de saúde é perder esta capacidade. Diante de situações de doenças as pessoas são culpabilizadas, atribuindo ao indivíduo a responsabilidade de esforço para conviver com a doença, contê-la, controlá-la domesticá-la. (DEJOURS, 1992)

Ser diagnosticado com doença renal crônica e submeter-se ao tratamento da mesma significa ter que construir uma nova forma de viver, tanto em aspectos físicos, como emocionais e sociais. O conhecimento sobre os aspectos que envolvem tanto doença renal crônica como os tratamentos existentes, servem de acervo para reelaborar a vida, por caminhos, até então desconhecidos pelo doente, porém, conhecidos e vivenciados cotidianamente por quem trabalha nos serviços relacionados à doença.

Em uma fala de um dos sujeitos da pesquisa percebemos a necessidade de compromisso profissional para a compreensão da doença e seus significados, que vão além dos procedimentos de diálise:

Eu acho que tem que explicar desde o começo, qual que vai ser o procedimento, porque o paciente não sabe nada disso, não sabe o que é uma fístula, nada disso. O paciente não sabe que tem restrição de água, de alimento. Então falta orientação desde quando ele começar, tem que ter uma orientação antes mesmo de começar o tratamento. (Margarida)

Aí consiste a necessidade da compreensão profissional para além dos aspectos biológicos da doença, e do tratamento, criando possibilidade de lançar olhar acurado aos aspectos da vida cotidiana, pois o que é rotineiro para os trabalhadores dos serviços de terapia renal substitutiva, para os usuários é o desconhecido do qual depende para manter-se vivo.

O princípio da integralidade requer uma concepção ampliada de saúde, seja pela necessidade de observar o usuário integralmente como ser biológico e social, seja pela necessidade de interrelacionar serviços.

O tratamento dialítico tem função clínica de preservar e prolongar o tempo de vida, porém, uma vez prolongada, a vida deve ter sentido, então, cabe aqui destacar o que coloca Alves (1996, p. 67): “É importante [...] que se perceba que a saúde é um fenômeno que ultrapassa os conceitos formais, tendo inúmeros aspectos e características no viver humano”.

Ou ainda, uma concepção ampliada de doença, feita por Minayo (1991, p. 233):

A doença é tanto um fato clínico como um fenômeno sociológico. Ela exprime hoje e sempre um acontecimento biológico e individual e também uma angústia que pervaga o corpo social. À medida que cristaliza e simboliza as maneiras como a sociedade vivencia coletivamente seu medo da morte e seus limites frente ao mal, a doença importa tanto para seus efeitos imaginários: ambos são reais do ponto de vista antropológico. A doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social.

Cabe observar que a saúde está, cada vez mais, envolta em novas técnicas, máquinas, produtos voltados a criar novas necessidades com propostas de melhorar as condições de saúde e aumentar a expectativa de vida do ser humano. As TRS são exemplos destas tecnologias, que resultam de estudos das biociências, e que cada vez mais requerem complexas análises sobre seus significados paradigmáticos.

Um dos riscos da área de saúde, principalmente em serviços que requerem tecnologias, consiste em tornar seres humanos reféns de procedimentos e regras rígidas, afastando-se da percepção de que seres humanos têm características e necessidades que lhe são particulares. Algumas características presentes nos serviços pesquisados são relatadas na fala de um dos sujeitos.

Tem uma orientação clínica que diz que tem que ficar tanto tempo na máquina. Você tem que obedecer aos padrões, que tem padrões rotinas, normas. (Papoula)

Em uma análise sobre aspectos desencadeados pelo avanço tecnológico, Silva; Schramm (2007, p. 18), apontam fatores positivos e também negativos sobre o paradigma das tecnologias da saúde, pois,

A vigência do paradigma tecnocientífico, iniciada na segunda metade do século XIX, mas que se consolidou na segunda metade do século XX a partir do fim da 2ª Guerra Mundial, com a criação e o desenvolvimento de aparelhos e máquinas da engenharia biomédica, permitiu um avanço significativo na qualidade da vida e da saúde humana. Assim, esses progressos memoráveis culminaram no aumento do controle ou mesmo da cura de diversas doenças, numa melhor expectativa média de vida e no aumento da sobrevivência das pessoas. Mas os novos métodos diagnósticos, tratamentos altamente sofisticados e o desenvolvimento de novas drogas propiciaram aos profissionais de saúde expor os doentes a métodos "agressivos" e esquemas terapêuticos complexos, prolongando-lhes a existência, mas a um alto custo de sofrimento humano.

A preocupação com qualidade de vida e com o sofrimento humano leva profissionais e pesquisadores a observarem que a DRC, e a forma de tratamento hemodialítico, pode restringir significativamente a vida cotidiana da pessoa. Para Abreu (2005, p. 34), a "Disfunção renal, associada à obrigatoriedade da dependência da máquina de hemodiálise e das pessoas que a manejam, age como um "furação" que desestabiliza a vida do indivíduo como um todo".

Ao abordar o tema da biociência, Sarmiento (2008), analisa o desenvolvimento da biotecnologia e bioengenharia que na modernidade assumem papel central para o desenvolvimento da saúde; o dinamismo em renovar permanentemente os equipamentos e suportes técnicos, que geram novas expectativas e aumentando as possibilidades de condições de saúde. Este autor salienta que assim como proporcionam avanços, as biociências também geram incertezas: sobre o seu direcionamento e sobre a relação "homem-natureza-sociedade".

Para Sarmiento (2008, p. 250):

A questão central aqui colocada, no campo das biociências, mais do que o crescimento rápido dos resultados científicos é o seu uso, muitas vezes supervalorizando seu potencial ou subestimando a necessidade de controle sistemático de suas experiências e aplicações e seus impactos na vida dos indivíduos e da sociedade.

Isso nos leva a discussão sobre a bioética, ou ética aplicada, que para Clotet (2003, p. 22), "[...] trata-se da ética já conhecida e estudada ao longo da história da filosofia, mas aplicada a uma série de situações novas, causadas pelo progresso das ciências biomédicas". Para este autor, a bioética não se restringe somente à construção de novos princípios éticos para fundamentar a prática médica,

pois é fruto de ideais sociais e políticos que adentram as teorias e a práxis em saúde.

A bioética está nos debates contemporâneos, na visão de Silva; Schramm (2007, p. 25):

Se ela não for sensível às modificações propostas pela concepção evolutiva ou histórica que se tem da sociedade e dos humanos que a compõem, será apenas uma norma pobre e mesquinha. Por isso, tudo leva a crer que há motivos políticos e sociais emergentes que começam a dar forma às reclamações contra a prática médica mais antiga, surda aos pedidos humanos para uma melhor qualidade do viver e do morrer, posições mais coerentes com a realidade em que vivem as pessoas e populações reais de nossa época.

Buscar uma compreensão da relação entre ciência-natureza-sociedade requer uma apreensão para além da relação do domínio do homem sobre a natureza. Para Sarmiento (2008, p. 255) “[...] o significado é outro, o domínio dos processos vitais que envolvem o homem na sua relação com a natureza, implicam, cada vez mais, a tomada de consciência de sua própria condição como ser natural e social”. Nesta análise o ser humano supera sua condição natural, se transformando em ser social, que interfere sobre sua própria natureza biológica, abrem-se aí novos espaços para compreender as práticas sociais.

Os desafios colocados partem do perigo, que permeia posicionamentos fundamentalistas e indefinição de limites éticos, para a produção do conhecimento e para as práticas na área de saúde. Esta é uma observação feita por Sarmiento (2008), o qual complementa dizendo que a bioética pode ser analisada como movimento social e acadêmico que procura entender a vida a partir de uma evolução técnica e científica, como também, de uma formação social e política onde a ética deve assumir um papel indispensável para compreender a vida do ser humano e da sociedade contemporânea.

Sobre isso, este autor, fala que é indiscutível o reconhecimento das conquistas obtidas para o ser humano com o avanço tecnocientífico, porém, se faz necessária uma análise crítica, se debruçando sobre aspectos que envolvem as relações de poder existentes em tal desenvolvimento. Estas relações, segundo este autor, acontecem em meio ao biopoder, onde a produção do conhecimento científico fica centralizada e concentrada em pequenos grupos econômicos. Assim:

O biopoder também apresenta uma relação complexa entre o poder institucional, através das organizações (públicas e privadas) que o sustentam, e o poder político que se mostra pela força e capacidade de dirigir a vida social dos homens. Seu fazer cotidiano, para além dos laboratórios, é a contraditória relação existente entre os interesses e disputas do mercado com os interesses públicos da sociedade. (SARMENTO, 2008, p. 251)

Assim, este autor coloca que há a disputa entre poder privado e interesse público, no desenvolvimento dos procedimentos técnicos, na fundamentação da produção científica, nas formas de aplicação das tecnologias e nos interesses de mercado sobre a saúde. Ao analisar a disputa travada a partir dos interesses de organizações e instituições de produção do conhecimento científico, bem como da operacionalização deste conhecimento transformado em serviços, Sarmiento (2008, p. 255), observa que nesta relação à bioética se coloca, “[...] como uma ‘ponte’ para a tomada de decisões (de interesse público) para que a própria ciência não se torne um obstáculo à democracia, ao contrário, seja um caminho viável nessa direção”.

Desta forma a reflexão crítica sobre os valores reproduzidos no cotidiano de espaço sócio-ocupacional na área da saúde, ou seja, a reflexão ética na área da saúde, assume o papel de defesa dos interesses públicos. É nesta perspectiva que esta pesquisa pretendeu se inserir, como contribuição, para a produção de conhecimento que se volta a necessidades humanas historicamente construídas. Pretende-se, com ela, contribuir na reflexão de políticas de saúde voltadas a necessidades humanas, acima dos interesses econômicos. Ao concluir defende-se que a saúde, seja ela em forma de conhecimento, de políticas ou de serviços, assuma o caráter público, com valores voltados para atender necessidades humanas.

Acreditamos que a implementação de uma concepção de saúde envolve atividades humanas, de produção e/ou reprodução de valores, no cotidiano das instituições que idealizam a política ou operacionalizam os serviços, por isso se faz necessário o enfrentamento de preconceitos e valores axiológicos negativos, contrários à valorização do humano, e que tendem a se reproduzir no cotidiano em que se dá a operacionalização da saúde balizada por princípios reformistas, mas ancorada em sistemas de gestão afinados à lógica mercadológica.

CONCLUSÃO

Nos resultados deste estudo foram identificadas características sobre a interpretação que os gestores e trabalhadores, dos serviços pesquisados, apresentam sobre os princípios que orientam a política de saúde, demonstrando que as interpretações transitam entre: ideais reformistas que atribuem valores a saúde como necessidade humano-social, porém as estruturas de efetivação contribuem para viabilizar serviços nos moldes conservadores. Desta forma, o cotidiano da saúde, no campo pesquisado, acontece em meio a valores contraditórios sobre os quais os sujeitos se orientam para desenvolver suas ações pautadas em universalidade versus individualização; integralidade versus fragmentação; equidade versus focalização.

Dentre as categorias de valores analisadas foram identificados preceitos da política de saúde, sobre aspectos que envolvem o processo saúde-doença-cuidado com demandas de alta complexidade. Sobre o que demonstrou-se que há uma contradição por existirem propostas de desenvolvimento de serviços públicos de saúde ao passo que os serviços de média e alta complexidade são realizados em sua maioria, por instituições privadas contratadas pelo SUS. Reproduz-se, assim, valor axiológico negativo de uma concepção de saúde como mercadoria, característica própria do modelo de sociedade capitalista, cujo desafio centra-se na valorização financeira para viabilização de serviços de alta complexidade em detrimento dos valores humano-genérico.

Em decorrência disto destaca-se, nesta região, a carência de serviços de alta complexidade, por não serem viáveis financeiramente para as instituições privadas, gerando a necessidade de deslocamento de longa distância para acessar serviços que demandam tratamentos mais complexos, entre eles os de diálise que na região só existe em um município de referência. Outra característica identificada está na pouca, e também mencionada, falta de comunicação entre os serviços de atenção básica e média e alta complexidade; o princípio de integralidade se materializa como focalização.

Diante disso, tem-se que os valores que orientam as ações dos trabalhadores e gestores da saúde na região pesquisada, aparecem como contraditórios e materializam a saúde em meio a concepções de valor axiológico positivo voltado para atender necessidades humano-sociais, através de serviços

públicos de saúde; por outro lado a estrutura da vida cotidiana determina ações balizadas por valores axiológicos negativos que contribuem para a reprodução da saúde nos moldes tradicionais capitalistas.

Outro resultado deste estudo se refere os valores que trabalhadores e gestores demonstram em relação às demandas do SUS. Identifica-se a reprodução de valores que concorrem para o desenvolvimento do projeto neoliberal nos processos de planejamento e gestão dos serviços, ao mencionar que a região tem muita demanda dependente do SUS por ser uma região com alto índice de pobreza.

Os dados deste estudo demonstram um cotidiano determinado por necessidades biológicas, humanas e sociais, que envolve uma doença crônica não curável, e um tratamento paliativo, que assume uma idéia de sobrevivência. Esta condição demanda uso de altas tecnológicas, conhecimentos específicos e especializados, porém sem perder o conceito de usuário como ser social, dotado de características naturais, mas, também sociais.

O cotidiano de tratamento de diálise envolve relações e condições de trabalho, próprias do sistema capitalista, que se materializam em um cotidiano que reproduz valores individuais, egoístas, como também, trabalho alienado.

Diante disso, buscou-se neste estudo identificar valores que orientam a interpretação que os trabalhadores têm com relação às pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento de diálise. Os dados deste estudo apontam valores axiológicos positivos ao entender que os usuários do tratamento de diálise são portadores de características biológicas e sociais, que demandam cuidado, dedicação e compromisso profissional, em ações teleológicas. O compromisso com a qualidade dos serviços aparece por entenderem que qualquer falha do dia a dia pode ter um significado letal. Características como medo da doença e da morte e valorização da saúde, são colocadas como valores humanos sobre os quais profissionais se veem como ser genérico, contribuindo para aproximar profissionais e usuários, em meio as ações da vida cotidiana.

Porém, neste cotidiano de tratamento de diálise também são identificadas desafios, pois em outra categoria, na percepção dos trabalhadores a necessidade do tratamento de diálise como condição para estar vivo pode ter seu valor axiológico negativo, que pode significar relação de submissão e dependência do usuário em relação à tecnologia e aos procedimentos utilizados. Ou ainda, a

fragilização do usuário tratado como “coitado” e dependente do conhecimento profissional, gerando aspectos hierárquicos que inferiorizam o usuário do serviço, desencadeando-se uma relação de dependência do usuário em relação ao profissional.

Ao finalizar este estudo compreendemos que os desafios éticos postos para a saúde brasileira, transitam entre duas possibilidades: de reprodução de valores próprios da sociabilidade burguesa na qual a saúde assume valores de objeto que se pode comprar no mercado de serviços; ou de produção de novos valores próprios de uma concepção de saúde como necessidade humana construída a partir de objetividade social.

Estes são desafios também colocados em serviços de terapia renal substitutiva na região Centro-Oeste do Paraná, os quais são somados às características específicas que envolvem a doença e o tratamento de diálise.

Desta forma, com a apropriação deste conhecimento, ainda pervaga uma angústia sobre as possibilidades de efetivar uma saúde que seja orientada para atender necessidades humanas, que se desenvolva como política pública, e não como exceção, nas ações de alguns serviços, grupos ou escolhas individuais.

Sobre este questionamento buscamos respostas em conteúdo colocado anteriormente, no qual Campos (2007) diz, que embora haja todo um esforço da perspectiva neoliberal para desconstruir conquistas sociais, em grande parte do mundo permanece e cresce a luta pela implementação de sistemas públicos de saúde, balizados por ideais e concepções de saúde como direito de todos, e como uma necessidade socialmente construída. E enquanto permanecer como luta social, como construção de valor e como necessidade humana, o SUS continua seguro e possível de se desenvolver como ação teleológica.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. S. **Qualidade de Vida Relaciona à Saúde de Pacientes de Hemodiálise no Município de Guarapuava-PR**. 2005. 97f. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- ALBUQUERQUE, M. V. de. IOZZI, F.L. Saúde e Desenvolvimento da Formação Sócio-Espacial Brasileira. In: VIANA, Ana Luiza D'Ávila (org.). **Saúde, Território e Desenvolvimento**. São Paulo: Hucitec, 2009.
- ALVES, A.R. et al. Saúde e Doença: uma abordagem sócio-cultural. In: SILVA, Y F.; FRANCO, M.C. **Saúde e doença: uma abordagem cultural da Enfermagem**. Florianópolis: Papa-Livro, 1996.
- BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Trad Marcelo Figueiredo Duarte. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BARROS, R. B.; BARROS, M. E. B. de. Da Dor ao Prazer no Trabalho. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. de. (Orgs). **Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: ed. Unijuí, 2007.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v. 33, n. 1. São Paulo. Jan./Mar. 2011, p 93-108. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>>. Acesso em 21/09/2013.
- BERTOLLI FILHO, C. **A história da Saúde Pública no Brasil**. 4ª Edição, São Paulo: Ática, 2004.
- BOTTOMORE, T. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BRANDÃO, C. R. Reflexões Sobre Como Fazer um Trabalho de Campo. **Revista Sociedade e Cultura**, v. 10, n. 1, Goiânia: Universidade Federal de Goiás, Jan./Jun., 2007, p. 11-27.
- BRASIL. Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904. **Diário Oficial da União - Seção 1 - 2/11/1904**, página 5158. Que torna obrigatórias, em toda a República, a vacinação e a revacinação contra a varíola. Rio de Janeiro, 1904.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. **Lei 8080/90**. Lei Orgânica da Saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990, seção I. dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências Brasília: Senado Federal, 1990.

_____. **Lei 8.142/10**. Brasília: **Diário Oficial da União**, p. 25694, 31 dez. 1990, seção I. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1990'.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: **Resolução CNS 196/96**. Bioética, 1996.

_____. Ministério da saúde. Norma Operacional Básica (NOB 01/96). **Portaria 2.203, de 05/11/1996**, que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 1996'.

_____. Ministério da saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. **Portaria 373, de 27/2/2002**, que aprova na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília: MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional ao Portador de Doença Renal - PNPDR**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004'.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Resolução 154, de 15 de junho de 2004. **Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 17 de junho de 2004**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Diálise. Brasília: Senado Federal, 2004”.

_____. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. **Resolução 399, de 22/2/2006**. Dispõe sobre a consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**. Coleção Progestores. Brasília: CONASS, 2007'.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **25 Anos**. Coleção Progestores. Brasília: CONASS, 2007”.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Coleção Progestores. Brasília: CONASS, 2007”.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Progestores. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011'.

_____. Ministério da saúde. **Diretrizes para o cuidado de pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidados prioritárias.** Brasília: ministério da saúde, 2013. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em 10/12/2013.

_____. Portal Saúde. **Sobre o SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395>. Acesso em 20/01/2014.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho Profissional.** São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2006.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, M. I. S. et al. (orgs). Apresentação. In: BRAVO, M. I. S. et al (orgs). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2004.

CABRAL, S. **Conservadorismo Moral e Serviço Social: a particularidade da formação moral brasileira e sua influência no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais.** Tese de Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: 2012.

CAMPOS, G. W. S. **A Reforma da Reforma: repensando a saúde.** 1991. 399f. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1991.

_____. O SUS Entre a Tradição dos Sistemas Nacionais e o Modo Liberal-privado para Organizar o Cuidado à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, Rio de Janeiro, 2007, p. 1865-1874.

CARVALHO, M. C. B. de. Gestão Social: alguns apontamentos para o debate. In RICO, E. de M.; RAICHELIS, R. (orgs). **Gestão Social – uma questão em debate.** São Paulo: EDUC, 1999.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER L. C. S. Fatores de Risco para Doenças Não Transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. In. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v. 55, n 4. 2009, p. 379-388.

Disponível <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/379_revisao_literatura1.pdf> Acesso 21/09/2013.

CESSE, E. A. P. **Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil/.** 2007. 296f. Tese de Doutorado em Saúde Pública - Programa de Pós-Graduação do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2007.

CHERCHIGLIA M.L.; et al. Gênese de uma Política Pública de Ações de Alto Custo e Complexidade: as terapias renais substitutivas no Brasil. In **Revista da Associação Médica de Minas Gerais**, v. 16, Belo Horizonte, 2006, p. 83 – 89.

CHOR, D. Saúde Pública e Mudanças de Comportamento: Uma questão contemporânea. In **Cadernos de Saúde Pública**. v 15, n. 2. Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, 1999, p. 423-425. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X999000200027&script=aci_arttext>. Acesso em 15/08/2013.

CLOTET, J. **Bioética**: uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

COHN, A. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In LIMA, N. T. (org). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 385-405.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

COSTA, L. C. da. **Os Impasses do Estado Capitalista**: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil. São Paulo: Cortez; Ponta Grossa: UEPG, 2006.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Trad. Ana Isabel Paraguay; Lúcia Leal Ferreira. 5 ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A Pesquisa Qualitativa nos Serviços de Saúde: notas teóricas. In BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNES, F. (orgs). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. 2 ed, Petrópolis: Vozes, 2007, p. 99-120.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M.R. Desafios da Participação Social em Saúde na Nova Agenda da Reforma Sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In FLEURY, S.; LOBATO, L. de V.C. **Participação, Democracia e Saúde**. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2009, 229-247.

FALEIROS, Vicente P. Prioridades Versus Escassez de Recursos em Saúde. In: **Bioética** v. 5 n. 1, Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1997, p. 35-40.

GERSCHMAM, S; VIANA, A. L. D'A. Descentralização e Desigualdade Regionais em Tempo de Hegemonia Liberal. In LIMA, N. T. (org). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 307-352.

GONDIM, S. M. G. Grupos Focais como Técnica de Investigação Qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, 2003, p. 149-161. Disponível em <www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf>. Acesso em 05/07/2012.

HELLER, A. **O Cotidiano e a História**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

IAMAMOTTO, M. V. As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: Mota, Ana Elizabete. [et al.]. **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. 3 Ed. São Paulo: Cortez. Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008, p. 161-196.

INCA. **Instituto Nacional do Câncer**. Disponível em <http://www2.inca.gov.br>, acesso em 30/06/2013.

LOBATO, L. de V. C. Prefácio. In FLEURY, S.; LOBATO, L. de V.C. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

LUKÁCS, G. A Decadência Ideológica e as Condições Gerais da Pesquisa Científica. In NETTO, J.P. (org). **Lukács**. Coleção Grandes Cientistas Sociais. São Paulo: Ática, 1992.

MARX, Karl. **A Questão Judaica**. Rio de Janeiro: Lemert, 1969.

_____. **Manuscritos Econômico-Filosóficos de 1844**. Trad. Alex Marins. São Paulo: Martin Claret, 2001.

_____. **O 18 Brumário de Luís Bonaparte**. Trad. Leandro Konder. São Paulo: Martin Claret, 2008.

MATTOS, M. D; MARUYAMA, S. A. T. A Experiência em Família de uma Pessoa com Diabetes Mellitus e em Tratamento por Hemodiálise. In **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Universidade Federal de Goiás, v. 11, n. 4, Goiânia, 2009, p. 971-81. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a23.htm>>. Acesso em 22/10/2013.

MATTOS, R. A. de. As Agências Internacionais e as Políticas de Saúde nos Anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. In **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, Rio de Janeiro, 2001, p. 377-389. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7009.pdf>. acesso em 15/12/2013

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINAYO, M. C. de S. Abordagem Antropológica para Avaliação de Políticas Sociais. In **Revista de Saúde Pública**, vol.25 no.3, São Paulo, 1991, p. 233-238.

MOTA, A. E. et al. (orgs) **Serviço Social e Saúde: Formação e prática profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

MS. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: MS, 1990.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria/SAS nº 055 de 24 de Fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

MS. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**. 3 ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

MS. Ministério da Saúde. Datasus - Departamento de Informática do SUS. **Indicadores e Dados Básicos - IDB**. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em 10/01/2014.

NETO, J.P. **Ditadura e Serviço Social**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2004.

OMS/OPAS. Organização Mundial da Saúde/Organização Pan Americana de Saúde **Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital**. Tradução Marcelo Carvalho Oliveira. Canadá: *Public Health Agency*, 2005.

PARANÁ/SESA. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. **Regionais de Saúde**. Curitiba 2014. Disponível em <<http://www.sesa.pr.gov.br>>. Acesso em 02/02/2014.

PEREIRA, P. A. P. A Saúde no Sistema de Seguridade Social Brasileira. In **Revista Ser social** n 10, Brasília: UNB, 2002, p. 33-56.

POLIGNANO, M. V. História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural. Belo Horizonte**: Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. Disponível em: <<http://internatoruarl.medicina.ufmg.br/textos.htm>>. Acesso em: 21/12/20112.

REIS, A. O. A., MARAZINA, I. V., GALLO, P. R. A Humanização na Saúde como Instancia Libertadora. **Revista Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, São Paulo: USP, 2004, p. 36-43.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde**: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROLLO, A. de A. É Possível Valorizar o Trabalho na Saúde num Mundo "Globalizado"? In SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. de. (Orgs). **Trabalhador da Saúde**: Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007, p. 19-59.

RONCALLI, A.G. O Desenvolvimento das Políticas de Saúde no Brasil e a Construção do Sistema Único de Saúde. In PEREIRA AC. (org). **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003, p. 27-49.

SANTOS, A. G. A Prática do Serviço Social nas Instituições. **Revista Serviços Social e Sociedade**. Ano I, n. 2. São Paulo: Cortez, 1980.

SANTOS, N. R. dos. A Reforma Sanitária e o SUS: Tendências e desafios após 20 anos. **Revista Saúde em Debate**, v.33, n.81, Rio de Janeiro: CEBES, 2009, p.13-26.

SANTOS-FILHO, S. B. Um Olhar Sobre o Trabalhador em Saúde nos Marcos Teórico-políticos da Saúde do Trabalhador e do Humanisus. In SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. de. (Orgs). **Trabalhador da Saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: ed. Unijuí, 2007, p. 73-96.

SARMENTO, H. B. de M. Bioética, Violência e Desigualdade: as biociências e a constituição do biopoder. **Revista Katálysis**, v. 11 n. 2, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008, p. 248-256.

SBN, **Sociedade Brasileira de Nefrologia**. Disponível em <http://www.sbn.org.br>, acessado em 26/06/2013.

SESA. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; Centro de Informações e Diagnósticos em Saúde – CIDS. **Doenças e Agravos Não Transmissíveis no Estado do Paraná** – 2 ed. 97p. Curitiba: Paraná, 2008.

SILVA, C. H. D.; SCHRAMM, F. R. Bioética da Obstinação Terapêutica no Emprego da Hemodiálise em Pacientes Portadoras de Câncer do Colo do Útero Invasor, em Fase de Insuficiência Renal Crônica Agudizada. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2007. p 17-27. Disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc/>. Acesso em 18/08/2013.

SILVA, G. D. **Avaliação dos Gastos Realizados pelo Ministério da Saúde com Medicamentos de Alto Custo Utilizados no Tratamento da DRC por Pacientes do SUS no Estado de Minas Gerais** – 2000 a 2004. 53 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

SILVEIRA, M. L. Ao Território Usado a Palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. In VIANA, A. L D”A; IBÁÑES, N.; ELIAS, P. E. (orgs). **Saúde Território e Desenvolvimento**. São Paulo: Hucitec, 2009, p.127-150.

SIVIERO, P. C. L. **Doença Renal Crônica**: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2013. Disponível em: <http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/pesquisas/td/TD%20467.pdf>. Acesso em 14/11/2013.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgico**. Vol. 3, 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SOARES, R. C.. A Racionalidade da Contrarreforma na Política de Saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. (orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012, p. 85-108.

SOUSA, M. L. **Serviço Social e Instituição**: a questão da participação. São Paulo: Cortez, 1984.

SOUZA, R. R. de. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. In: **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. De 11 a 14 de agosto de 2002, São Paulo, 2002. Disponível em: <http://francymedia.histingsiteforfree.com/portal-francymedia/frncymedia_enfermagem/biblioteca/sus/sistema-publico-de-saude-brasileiro.pdf>. Acesso em 10/01/2014.

TRANSDORESO. Associação dos Pacientes Doadores e Transplantados Renais de Sorocaba e Região. **Hemodiálise**. Sorocaba, 2014. Disponível em <<http://www.transdoreso.org/hemodialise.shtml>>. Acessado em 20/01/2014.

TRIVIÑOS, A. N. S. - **Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais**: A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 6ª Edição. São Paulo: Cortez, 2009.

VÁZQUEZ, A. S. **Ética**. 28 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2006.

VIANNA, M. L. T. W. Seguridade Social: a imprecisão conceitual de uma prática consolidada. In VERNECK VIANNA, M. L. T. **A Previdência Social e a Revisão Constitucional**. Brasília: MPS, 1994.

_____. Seguridade Social e Combate à Pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos. In: VIANA, A. L., ELIAS, P. E. M. IBAÑES, N. (Org.). **Proteção Social - Dilemas e Desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

WEBER, M. **Ciência e Política**: duas vocações. 14 ed. São Paulo: Cultrix, 2007.

ZAITUNE, M. P. A. et al. **Hipertensão Arterial em Idosos**: prevalência, fatores associados e prática de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 2, Rio de Janeiro, 2006, p. 285-294.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumentos de Coleta de Dados

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

LOCAL: _____

DATA: _____

HORA: _____

SUJEITO: _____

1 – Quando começou a se envolver com a política de saúde?**2 – Há quanto tempo atua na condução da política de saúde?****3 – Quem são os sujeitos da política de saúde (da concepção à viabilização)?****4 – Sobre os princípios da política nacional de saúde: como você os interpreta?****5 – Na relação entre os princípios da política de saúde e o atendimento aos usuários de alta complexidade, como você classifica os graus de efetividade desses princípios?****6 - Quais o valores necessários para a viabilização da política de saúde nos serviços de alta complexidade?****7 – O que seria para você uma relação orientada pela ética, entre gestores, trabalhadores e usuários da saúde nos serviços de acesso e tratamento de diálise?****7.1 – Exemplifique aspectos dessa relação presentes no dia-a-dia do serviço de sua atuação.****7.2 - Exemplifique aspectos que podem apontar ausência de ética nas relações que se desenvolvem no dia-a-dia do atendimento às demandas de serviços de diálise.**

APÊNDICE B

Instrumentos de coleta de dados

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

LOCAL: _____

DATA: _____

HORA: _____

SUJEITOS: _____

1º Campo temático: Política de saúde e Desenvolvimento humano

Material de Estímulo: PEIXOTO, Tereza Cristina ; BATISTA, Cassia Beatriz .
Humaniza SUS: problematizando a humanização na saúde, na sociedade. In: XIII Colóquio Internacional de Psicossociologia e Sociologia Clínica, 2009, Belo Horizonte. Anais do XIII Colóquio Internacional de Psicossociologia e Sociologia Clínica, 2009.

O tema Humanização diz respeito, acima de tudo, ao processo de cidadania, ampliação dos direitos dos cidadãos e postura ética de solidariedade e co-responsabilidade entre os atores. Contudo, paradoxalmente às normas instituídas pelo movimento sanitário e criador do SUS, vivemos num campo cultural influenciado pela ideologia capitalista, que dá ênfase ao individual, à competitividade, ao consumo, ao predomínio dos interesses materiais sobre os relacionais, [...] (PEIXOTO; BATISTA, 2009, s/p).

Disponível no site: ww.fafich.ufmg.br/.../Artigo%20Humanização%20Coloquio.doc
 Acessado em 15/02/2012

Questão 1: Quem são os seres humanos que estão envolvidos na política de saúde?

Questões de aprofundamento (usar se necessário)

- 1.1 Os gestores, profissionais e usuários são sujeitos? Por quê?
- 1.2 Qual a característica comum que coloca todos como sujeitos?
- 1.3 Algum destes atores tem característica que o diferencia dos demais? Qual?

Questão 2: Como acontece a relação entre estes sujeitos no cotidiano deste serviço de saúde?

Questões de aprofundamento (usar se necessário)

- 2.1 A relação cotidiana entre eles apresenta dificuldades?
- 2.2 A relação cotidiana apresenta condições favoráveis?

2º Campo temático: valores morais e cotidiano

Material de Estímulo II: VÁZQUEZ, A. S. **Ética**. 28 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2006.

A moral se refere ao conjunto de normas, princípios ou idéias morais presentes em uma sociedade. A moralidade está presente nas relações e atos realizados, e representa o significado da moral vigente, ou seja, é a moral colocada em prática pelas pessoas (VÁZQUEZ, 2006).

Questão 4: No cotidiano, ou seja, na ações práticas do seu dia-a-dia, na viabilização de saúde, quais os valores que mais aprecem?

Questões de aprofundamento (usar se necessário)

3.1. Quais valores são considerados corretos para saúde?

3.2. O cotidiano contribui para o desenvolvimento desta moralidade? Por quê?

3.3. São identificados dê-valores no cotidiano deste serviço de saúde?

Questão 5: Os valores morais contribuem para o desenvolvimento humano dos sujeitos?

Questões de aprofundamento (usar se necessário)

4.1. Quais valores? Por que eles contribuem?

4.2. Os dê-valores dificultam o desenvolvimento humano neste serviço de saúde?

APÊNDICE C

Instrumentos de coleta de dados

ROTEIRO PARA DIÁRIO DE CAMPO**OBSERVAÇÃO**

LOCAL: _____

DATA: _____

HORA: _____

SUJEITOS: _____

CONTEXTO: _____

REFLEXÃO: _____**Conteúdo:**

- **Moralidade** _____
- **O quê orienta as decisões (valores positivos; des-valores)?** _____