

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS.
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

JULLIANA SANTANA SILVA BORGES

AS CONTRADIÇÕES E DESAFIOS NA OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL NA CLÍNICA SENHOR DO BONFIM, FEIRA DE SANTANA-BA: O OLHAR DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E USUÁRIOS.

Cachoeira
2014

JULLIANA SANTANA SILVA BORGES

AS CONTRADIÇÕES E DESAFIOS NA OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL NA CLÍNICA SENHOR DO BONFIM, FEIRA DE SANTANA-BA: O OLHAR DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E USUÁRIOS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Ms. Albany Mendonça Silva.

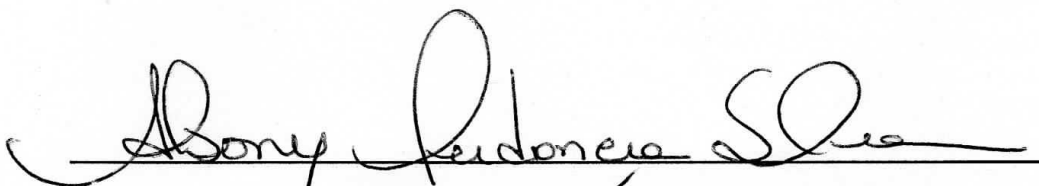
JULLIANA SANTANA SILVA BORGES

AS CONTRADIÇÕES E DESAFIOS NA OPERACIONALIZAÇÃO DA POLITICA
NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL NA CLINICA
SENHOR DO BONFIM, FEIRA DE SANTANA-BA:

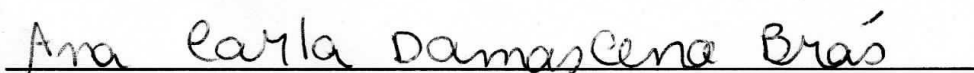
o olhar da equipe multidisciplinar e usuários.

Cachoeira – BA, aprovada em 14/04/2014.

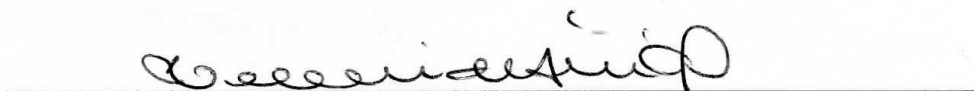
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Ms. Albany Mendonça Silva
(Orientadora – UFRB)



Bel.ª Ana Carla Damasceno Brás
(Membro Externo)



Prof.ª Dr.ª Heleni Duarte Dantas de Ávila
(Membro Interno – UFRB)

AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer! Reconhecer e acima de tudo admitir que houve momentos nos quais se precisou de alguém, se precisou de parceiros para concretizar o que tanto almejávamos. É ter a humildade de reconhecer que o homem jamais pode lograr para si o dom de ser autossuficiente, pois ninguém e nada cresce sozinho. É necessário um olhar de apoio nos momentos que cogitamos desistir (e são inúmeros), uma palavra de incentivo, um gesto de compreensão, uma atitude de amor...

Ufa, hoje realizo mais uma conquista na minha vida acadêmica, fruto de muito empenho e dedicação. Foram intermináveis os dias de pesquisas, leituras, escritas e momentos impregnados de angústias e incertezas. Ao longo dessa jornada muitas pessoas foram importantes, por isso venho prestar meus agradecimentos.

Agradeço primeiramente à Deus, fonte de misericórdia, sabedoria e amparo, sempre colocando anjos de luzes em meu caminho, materializados em amigos, familiares, professores e amores. Toda honra e glória seja dada a ti, Senhor.

Aos meus pais, Cesar e Gracinha, por terem me dado à vida! Meus pilares nos momentos de tristeza e a quem devo eterna gratidão.

A minha avó, Antonia, fonte de estímulo em gestos e palavras, em quem me espelho para tornar melhor e mais amável à vida. Nunca irei esquecer-me das palavras doces todas as vezes que me deslocava à Cachoeira: “Já vai pro estudo, Ju? Deus te abençoe nessa estrada, minha filha!”. O que seria de mim sem a senhora?

Ao meu namorado, Rodrigo, pelos momentos em que se mostrou um verdadeiro amigo e companheiro, fonte inesgotável de paciência nesses últimos tempos, sempre me estimulando a nunca desistir.

A minha irmã, Giovanna, pelos momentos de distração e intermináveis risos. Eles foram essenciais nesse período, uma verdadeira válvula de escape!

A minha orientadora, Albany Mendonça, pelos momentos de paciência, dedicação e carinho! Não esquecendo das madrugadas em claro! Muito obrigada querida mestra.

Aos colegas de curso, dos quais sentirei eterna saudade. Em especial aqueles que se mostraram verdadeiros amigos nessa caminhada; Karlinha, Thiago, Edvânia, Mariana, Lilian e Núbia!

Por fim, aos pacientes da Clínica Senhor do Bonfim, ao qual dedico esse estudo. Agradeço de todo coração pelas palavras carinhosas de reconhecimento do trabalho desenvolvido! Sem vocês nada seria possível!

*“- Tudo bem, até pode ser
Que os dragões sejam moinhos de vento
Muito prazer, ao seu dispor
Se for por amor as causas perdidas
Por amor às causas perdidas!”*

(Dom Quixote – Engenheiros do Hawai)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, construído através do processo dialético em que a realidade vivenciada pelos Portadores e IRC e equipe multidisciplinar foi posta em evidência, tem por objetivo discutir as contradições e desafios postos a operacionalização da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença renal na Clínica Senhor do Bonfim, localizada no município de Feira de Santana- BA. Para fundamentação do trabalho, foram realizadas pesquisas bibliográficas em livros, periódicos e artigos sobre as temáticas abordadas, assim como pesquisa de campo a fim de problematizar a realidade da Política de saúde no referido lócus. O Movimento de Reforma Sanitária e Implementação do Sistema Único de Saúde foram debatidos nesse trabalho, enquanto um dentre os outros fatores que possibilitaram a formulação e concretização da Política de Atenção. A pesquisa buscou apontar fatores que se configuram como impasses no processo de operacionalização da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal na clínica, com vista a possibilitar a redução do descompasso entre o proposto pela lei e o materializado, objetivando a melhoria na oferta dos serviços de saúde dispostos pela instituição.

Palavras-chave: Política de saúde. Hemodiálise. Modelo de atenção

ABSTRACT

This Labor Completion of course built through the dialectical process in which the reality faced by cardholders and IRC and multidisciplinary team was highlighted, aims to discuss the contradictions and challenges posed to operationalize the National Policy Bearer Disease renal Clinic in Senhor do Bonfim, located in the city of Feira de Santana, Bahia. For reasons of work, library research in books, journals and articles on the issues addressed were performed, as well as field research in order to discuss the reality of health policy in that locus. The Movement for Sanitary Reform and Implementation of National Health System were discussed in this paper, while one of the other factors that led to the formulation and implementation of policy attention. The survey sought to point out factors that appear as deadlocks in the process of operationalization in politics at the clinic, in order to facilitate the reduction of the mismatch between the proposed and materialized by law, aimed at improving the provision of health services arranged by the institution .

Key-words: Health policy. Hemodialysis. Model of care

LISTA DE SIGLAS

- APD** – Diálise Peritoneal Automatizada
- CAPD**- Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
- CAPS**- Centro de Atenção Psicossocial
- CEO**- centro especializado em Oncologia
- CF 88**- Constituição Federal de 1988
- CRN**- Centro de Referência em Nefrologia
- CSB**- Clínica Senhor do Bonfim
- DIRES**- Diretoria Regional de Saúde
- DRC**- Doença Renal Crônica
- EM**- Equipe multidisciplinar
- ESF**- Estratégia de Saúde da Família
- HD**- Hemodialise
- IBGE**- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IRC**- Insuficiência Renal Crônica
- MS**- Ministério da Saúde
- NOB**- Norma Operacional Básica
- PDR**- Plano Diretor de Regionalização
- PNPS**- Política Nacional de Promoção a Saúde
- PPI**- Programa de Pactuação Integrada
- SBN**- Sociedade Brasileira de Nefrologia
- SUDS**- Sistema Descentralizado de Saúde
- SUS**- Sistema Único de Saúde
- TRS**- Terapia Renal Substitutiva
- UBS**- Unidade Básica de Saúde

US- Usuários

USF- Unidade de saúde da Família

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- Avaliação da acessibilidade da Política

GRÁFICO 2- Avaliação da Política

GRÁFICO 3- Avaliação do trabalho desenvolvido pela Clínica no contexto local

GRÁFICO 4- Qualidade do trabalho da equipe Multidisciplinar

GRÁFICO 5- Suficiência das ações de promoção e prevenção

GRÁFICO 6- Qualidade do Trabalho Técnico

GRÁFICO 7- Qualidade de vida durante o tratamento

GRÁFICO 8- Avaliação do processo de entrada em lista para transplante

GRÁFICO 9- Impasses no processo de inserção em lista de espera para transplante

GRÁFICO 10- Itens que poderiam ser melhorados no processo de entrada em lista

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. OS CAMINHOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL – UM OLHAR PÓS DÉCADA DE 1980	16
1.1 CONCEITUANDO POLÍTICA DE SAÚDE	16
1.2 REFORMA SANITÁRIA – UM PROCESSO INACABADO.....	19
1.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – DIRETRIZES E SEUS PRINCÍPIOS BÁSICOS	22
2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL	26
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE - BREVES CONSIDERAÇÕES	26
2.2 DISPOSIÇÕES GERAIS DA POLÍTICA	28
3 A PESQUISA – ANÁLISE DO ESTUDO REALIZADO NA CLÍNICA SENHOR DO BONFIM	34
3.1 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	34
3.2-CARACTERIZAÇÃO DO LOCUS DA PESQUISA	36
3.2.1- O município de Feira de Santana / BA	36
3.3- ANÁLISE E DISCUSSÃO SOBRE OS “OLHARES” DA EQUIPE MULTICLIPLINAR E USUÁRIOS.....	39
4 NOTAS CONCLUSIVAS	56
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE	62

INTRODUÇÃO

Considerando os reais desafios e dilemas para efetivação da política de cobertura dos usuários que apresentam a insuficiência renal crônica¹, este estudo se propôs a analisar as contradições e os desafios da materialização da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal na Clínica Senhor do Bonfim-CSB, Feira de Santana-BA. Para tanto, faz-se necessário demarcar que a sua construção é recente e requer ainda um investimento maior para sua operacionalização haja vista o expressivo número de pessoas diagnosticadas e em luta para conseguir o acesso ao tratamento e transplante.

No Brasil, apesar de todo avanço tecnológico, no sentido de identificar previamente a doença e nas modalidades de terapêutica pós-diagnóstico, a IRC ainda é vista como um sério problema de saúde Pública para sociedade contemporânea, sendo considerada por especialistas como uma “epidemia” de crescimento alarmante. Segundo dados do Ministério da Saúde, estima-se que, até 2006 em nosso país, mais de 70.000 pessoas dependem da Terapia Renal Substitutiva-TRS, sendo que destes, cerca de 95,7% fazem Hemodiálise. Nesse sentido, é de pública relevância destacar a carga social e econômica que a Doença Real Crônica importa em uma dada sociedade (BRASIL, 2012).

Diante da gravidade da doença, aliada a precária oferta de atendimento, haja vista que se constitui uma doença crônica² que requer um tratamento especializado, isto é uma terapia de substituição da função renal por meio de diálise ou transplante. Portanto, seu tratamento, independente da terapêutica escolhida, requer cuidados especiais no dia-a-dia do portador, visando afastar todos os fatores que possam complicar o prognóstico.

O portador de IRC confronta-se com um processo constante de luta contra as limitações e dependências impostas ao seu viver por causa da nefropatia. A necessidade de adaptação às séries de modificações na rotina e alterações quanto às perspectivas de vida frente à doença em fase de tratamento, é uma missão um tanto quanto dolorosa que acabará por incitá-los a adotar um modo de vida diferente do qual estavam habituados. O que pressupõe, segundo a constituição, a cobertura dos serviços de atendimento para os pacientes a fim de minimizar seus reais danos.

¹ A insuficiência Renal Crônica (IRC) é o nome dado a uma perturbação durável da função renal, em que os rins são incapazes de exercer suas funções normalmente, ocasionando o acúmulo de líquido e resíduo no organismo. Nos primeiros estágios, pode ser assintomática, por conta, em geral, da demora de identificar a patologia. Os principais sintomas relacionados à doença são: fadiga, náuseas, anemia, edema, dormência e câimbras nas pernas, impotência ou perda na libido, irritabilidade acentuada e incapacidade de concentração.

² O fato da cronicidade IRC, implica no caráter progressivo, o que resulta na falência dos rins.

O direito à saúde, garantido constitucionalmente, encontra-se balizado na implementação do Sistema Único e descentralizado de Saúde³ (SUS), sendo que os Municípios, os Estados e a União, em competência comum, são igualmente responsáveis por prover a saúde aos cidadãos. Entretanto, em se tratando especificamente dos Portadores de Insuficiência Renal Crônica, o Ministério da Saúde Brasileiro em consonância com as unidades federadas, recentemente coloca em debate a atual situação da doença Renal Crônica no Brasil; instituindo no ano de 2004 através da portaria 1168/GM, a Política de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica.

A referida Política, considerando os artigos 196 a 200 da Constituição Federal e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19/09/1990, e 8.142, de 28/12/1990; dispõe basicamente acerca dos direitos e deveres dos portadores de IRC, garantindo que todo indivíduo nessa situação de saúde tenha direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para a garantia da promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, bem como ao tratamento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade. Promove, inclusive, a ampliação da cobertura do tratamento em todo território brasileiro, garantindo-lhes a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva – TRS.

Contudo, ainda hoje algumas questões são postas a análise se considerarmos, por exemplo, a abrangência das Políticas Públicas no Brasil. Quais os direitos e garantias o Estado deve prover aos seus cidadãos, ou a parcela populacional a quem a Política se destina? Qual deve ser a abrangência da atenção ofertada? É necessário prover todos os tipos de assistência à saúde ou somente as ações de caráter coletivo visando à promoção e prevenção, são suficientes? Questões como essas tencionam interesses no debate político, e acima de tudo somam impasses para a operacionalização do modelo de atenção e proteção social proposto pelo governo.

Nessa direção, a problematização do estudo perpassa em se pensar que, o fato de garantir através da Política Pública de saúde que os indivíduos Portadores de IRC continuem vivendo não é o bastante para assegurar-lhes que estão sendo “cuidados” como deveriam, consoantes com as diretrizes e preceitos dispostos na Política de Atenção. Embora reconheça a importância da manutenção da vida, devemos ponderar que as Políticas de saúde, sobretudo aquelas direcionadas a indivíduos que convivam com problemas crônicos, precisam efetivar-

³Os Municípios, os Estados e a União, em competência comum, são igualmente responsáveis por prover a saúde aos cidadãos.

se para além de um investimento voltado para a sobrevivência, compreendendo na mesma proporção o resgate da qualidade de vida dessas pessoas.

Por isso, analisar o contexto de implementação e de adequação ao perfil e das necessidades do público-alvo para o qual a Política se destina, são alguns dos fatores que interferem no potencial da intervenção e eficácia da mesma. Sabe-se que depois de criada, uma Política perpassa por diferentes e inúmeras instâncias burocráticas, até alcançar sua operacionalização. Desde a sua formulação até o processo de efetivação, a Política envolve diferentes atores e instituições, perpassando por uma rede de micropoderes que contribuem de forma pontual para o fortalecimento de interesses das diversas instâncias de poder.

Nessa linha, Frey (2000, p. 228), vem trazendo que: “[...] muitas vezes, os resultados e impactos reais de certas políticas não correspondem aos impactos projetados em sua fase de formulação.” Por isso configura-se como importante dimensionar até que ponto o que foi proposto está sendo cumprido, e se não estão sendo cumpridos, quais os desafios para sua efetivação.

Sendo assim, o foco do estudo a ser apresentado é analisar quais as contradições e desafios postos a operacionalização da Política de Atenção ao Portador de doença Renal, no contexto/realidade da Clínica Senhor do Bonfim, visando identificar quais as suas contradições, desafios e potencialidades, a partir do olhar da equipe multidisciplinar e usuários, que interferem no potencial de intervenção e eficácia da política.

Tal proposição originou-se a partir da vivência de estágio supervisionado⁴ realizado na Clínica Senhor do Bonfim, que concedida pela disciplina Estágio Curricular I e II viabilizou a reflexão acerca da rotina enfrentada pelos indivíduos que realizam o tratamento de hemodiálise na referida clínica.

Para tanto, o estudo centra-se nos limites e nas contradições postas na operacionalização da Política Nacional de atenção ao Portador de Doença Renal na Clínica Senhor do Bonfim, com intuito de traçar um panorama sobre como essa efetivação está se dando a partir do olhar da equipe multidisciplinar e dos usuários. Tais questões são essenciais para apontar quais fatores precisam ser revistos pelo Estado brasileiro e sociedade civil, para que possamos viabilizar um tratamento mais humanizado e equânime, respaldado, de fato, nas ações dispostas pela Política.

⁴Para além de uma atividade curricular obrigatória, esse processo de aprendizagem configurou-se como um momento excepcional na Graduação, onde possibilitou ao estudante a apreensão das diversas dimensões da profissão – suas potencialidades, limites e contradições - como também o privilegiou com estímulos e iniciativas que aguçam a percepção crítica sobre determinada realidade, neste caso a realidade posta aos Portadores de doença Renal; reconhecendo quem são os usuários desse serviço, suas características, como organizam seu modo de vida e resistência frente ao processo saúde doença.

A pertinência dessa pesquisa se deu pela escassez na produção de material acadêmico na área de Doença Renal, em específico, e à discussão sobre a Política Nacional de atenção ao portador, aliado à preocupação com o crescente aumento⁵ no número de indivíduos em situação de Terapia Renal substitutiva ou necessitando dar início ao tratamento dialítico. O que implica a sua prioridade, reconhecimento e visibilidade.

Para o desenvolvimento do presente trabalho, optou-se por uma abordagem crítica a fim de analisar a totalidade do objeto aqui apresentado, pautada no materialismo histórico dialético e assumindo aporte teórico metodológico das ciências sociais aplicadas. Para tanto, configura-se como imprescindível possuir como meios do processo de investigação o levantamento e revisão bibliográfica acerca das produções textuais sobre a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, análise documental, bem como a aplicação de questionários semiestruturados com os sujeitos da pesquisa.

Tomando como base o universo dos 400 usuários ativos na Clínica Senhor do Bonfim com Insuficiência Real Crônica, destes, será retirada uma amostra aleatória. Considerando ser uma pesquisa qualitativa e dos reais limites de abranger um maior número de usuários, optou-se por selecionar 15 indivíduos, tendo apenas como critérios os horários de diálise e o tempo de tratamento. No tocante, ao universo dos 25 profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, destes, pretende-se retirar a amostra de 05 profissionais, sendo (01) de cada área: assistente social, médico, enfermeiro, psicólogo e nutricionista.

Para a sistematização dos dados coletados serão empregados recursos e técnicas estatísticas visando estabelecer um panorama quanti-qualitativo da realidade encontrada na Clínica. Não obstante, a análise, interpretação dos dados coletados e informações obtidas na pesquisa, serão desenvolvidas de maneira que se possa relacionar a produção literária na área da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal com a realidade institucional apresentada pelos sujeitos envolvidos no estudo.

Em termos de exposição, o trabalho monográfico consta de três capítulos, além da introdução e considerações finais. O primeiro capítulo traz uma abordagem mais conceitual, apontando as modificações angariadas ao cenário nacional com relação à Política de Saúde, pós década de 1980. Para tanto, adensa-se o debate em torno das conquistas possibilitadas pelo movimento de Reforma Sanitária e implementação da Constituição Federal de 1988, apontando os marcos legais e políticos para implementação do Sistema Único de Saúde (SUS)

⁵ A DRC tornou-se um problema de saúde pública, necessitando obter visibilidade e relevância frente aos discursos perpetuados pelo sistema único de saúde brasileiro, assim como objeto de estudo tanto dos meios acadêmico e político quanto na sociedade como um todo.

Brasileiro. O segundo capítulo debruça-se, em linhas gerais, nas diretrizes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, versando basicamente sobre os direitos assegurados pela Lei através dos mecanismos e serviços de saúde à assistência aos Portadores de insuficiência Renal Crônica (IRC). O foco do terceiro capítulo centra-se no estudo realizado junto aos usuários e equipe multidisciplinar na Clínica Senhor do Bonfim, Feira de Santana-Ba, a fim de apontar quais fatores configuram-se como impasses e necessitam serem revistos no processo de operacionalização da política na Clínica.

Por fim, no quarto momento, traz-se uma nota conclusiva, no entendimento de apontar reflexões acerca do processo de implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal na CSB, no intuito de abalizar quais fatores carecem obter maior visibilidade por parte da instituição e dos serviços de saúde na busca por uma maior resolutividade no processo de implementação da referida política.

1. OS CAMINHOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL – UM OLHAR PÓS DÉCADA DE 1980

Neste capítulo, busca-se discutir as transformações no Sistema de Saúde Brasileiro consolidadas pelo Processo de Reforma Sanitária, partindo de uma abordagem mais conceitual e apontando as diretrizes políticas extraídas na Constituição Federal no cenário nacional pós 1988. Após conceitualizar Política de Saúde e a representatividade da reforma sanitária para o Brasil, as discussões avançarão para diretrizes que sustentam e consolidam o Sistema Único de Saúde (SUS). Para a interlocução dessas temáticas apropriou-se dos referenciais teóricos de Jairnilson Paim (2009); Sônia Fleury (2003); Maria Inês Souza Bravo (2011); Pereira (2008) e Ailton Mota (2007). Tais elementos são fundamentais para problematizar o debate sobre a saúde e conseqüentemente, entender os reais dilemas que se operacionalizam na materialização da política de saúde numa perspectiva universalista marcado por um contexto de desconstrução do público, nos marcos da privatização da saúde e os seus reflexos no nosso estudo.

1.1 CONCEITUANDO POLÍTICA DE SAÚDE

O acesso à saúde constitui-se como um direito inerente à condição humana e parte do conjunto de direitos chamados sociais, digna de receber a tutela protetiva Estatal devendo possuir integralidade com as Políticas Públicas. A preocupação com a saúde remonta principalmente ao poder constituinte, que por meio da Constituição ⁶da República Federativa do Brasil datada de 1988, passou a incluí-la entre os direitos sociais, dedicando uma sessão exclusiva para o tema. Os artigos 196 a 200, subscritos no capítulo II, da referida constituição, reafirmam a saúde como um direito ao inferir:

⁶ A Constituição de 1988, também chamada de constituição cidadã, representa um marco na história do Brasil. Isso porque ela se constrói tendo como eixo os princípios de direitos humanos a partir dos quais se definem as responsabilidades do Estado. A Nova Constituição Brasileira incorporou novos ideais e garantiu o direito à saúde para todo cidadão, transformando-a num dever do Estado, através da criação de um sistema de acesso universal e igualitário, com ações voltadas para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988; Capítulo II; Pereira et al, 2003)

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

É nesse contexto que a construção do conceito de Política de saúde nos remete diretamente a referenciais que incitam a Política Social, isso se deve ao fato de ambas envolverem diversos aspectos comuns sendo tratadas como indissociáveis, assumindo dimensões políticas, econômicas, institucionais, estratégicas, e ideológicas semelhantes. A construção histórica da saúde mostrou uma tendência privatista, sendo contraposto com sua reafirmação enquanto política pública que integra o tripé da seguridade social.

Dessa forma, corroborando com Fleury (2003) pode-se destacar as relações entre política social e política de saúde, ao afirmar que neste capítulo a menção a esse tipo de política equivalerá à concepção de Política de saúde, uma vez que ambas estão voltadas para a reprodução dos indivíduos e suas coletividades e, como aponta a autora: “analisar a política de saúde como uma política social é admitir que a saúde seja um dos direitos inalienáveis à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos”. (FLEURY, 2003, p. 45)

Porém, apontar um conceito definitivo para Política Social⁷ nos últimos tempos, como defende Pereira (2008), parece ser uma missão um tanto quanto árdua, pois nas sociedades contemporâneas a menção às necessidades sociais e direitos políticos tornam-se uma recorrente tendência intelectual e política, regida por ideais neoliberais em um contexto sociopolítico e ideológico extremamente antagônico e insustentável para se pensar em concretizar direitos sociais.

Também de acordo com Pereira (2008), pensar no termo Política Social implica considerá-la dentro de uma categoria política e acadêmica, em que os objetivos são conhecer e explicar o mundo em que vivemos, objetivando alavancar mudanças. A categoria acadêmica se dá pelo motivo de ser a política social estudada em estabelecimento de ensino; e categoria política porque “é fruto de escolhas e de decisões definidas nas arenas conflituosas de poder”. (PEREIRA, 2008, p. 166-168).

Para marcos da discussão aqui iniciada, o sociólogo Ailton Mota (2007) traz um conceito ao qual muito se adéqua na perspectiva desse trabalho, considerando que o termo ‘Política social’ carrega uma diversidade de possíveis definições, sintetizando em “[...]”

⁷ Existem diferentes definições para Política social, porém para os marcos deste trabalho optou-se pela definição tecida pelo sociólogo Ailton Mota.

conjunto de diretrizes, orientações, critérios e ações que permitem a preservação e a elevação do bem estar social, procurando que os benefícios do desenvolvimento alcancem a todas as classes sociais com a maior equidade possível.” (MOTA, 2007, p.75).

Entendida como um processo que não está livre de descontinuidades e retrocessos, fruto de um contexto repleto de contradições, a Política social é um direito demandado pela sociedade civil e encampado pelos poderes públicos. Assim sendo, a política social entendida como desenvolvimento de estratégias coletivas para reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais, compreende relações, processos, atividades e instrumentos que visam

(...) desenvolver as responsabilidades públicas (estatais ou não) na promoção da seguridade social e do bem-estar. Portanto, a política social apresenta uma dinâmica multifacetada que inclui ações intervencionistas na forma de distribuição de recursos e oportunidades, a promoção de igualdade e dos direitos de cidadania e a afirmação de valores humanos como ideais e a serem tomados como referência para a organização de nossas sociedades. (FLEURY, 2003, p. 16)

A concepção de política social aqui referendada torna-se elemento fundamental para compreendermos, historicamente, os caminhos pelos quais a saúde brasileira percorreu para então ser efetivada enquanto política pública. Com isso, pode-se ponderar que o setor de saúde nos últimos anos vem recebendo esforços adicionais para a melhoria na qualidade dos serviços ofertados no espaço público, porém, em contramão a esse processo os investimentos públicos tornam-se escassos e insuficientes se considerarmos por exemplo, segundo dados do Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE) que, “mais da metade (56,3%) das despesas em saúde no Brasil vêm das famílias, com o consumo final de bens e serviços, enquanto apenas 43,7% vêm de gastos públicos”. Nesse sentido, a necessidade de se pensar em relocação de recursos ou ampliação de investimento na Política de saúde, configura-se como elemento propulsor para tornar real o objetivo de um sistema de cobertura universal e atendimento integral. Aliado um processo intensivo de privatização da saúde, no contexto de desregulamentação do Estado, nos marcos da conjuntura neoliberal⁸. (IBGE, 2012)

O tópico a seguir apontará o marco legal na Política de saúde no Brasil, instaurados a partir da Reforma Sanitarista, que coloca em cena um grande debate sobre a ampliação do

⁸ Por neoliberalismo compreende-se: “a dupla dinâmica que caracteriza todo processo de construção de hegemonia. Trata-se de uma alternativa de poder extremamente vigorosa constituída por uma série de estratégias políticas, econômicas e jurídicas orientadas para encontrar uma saída dominante para a crise capitalista que se inicia ao final dos anos 60 e que se manifesta claramente já nos anos 70”. (fonte: **Neoliberalismo, qualidade total e educação: visões críticas**, 1995. Tomaz Tadeu da Silva e Pablo Gentili. Org / acesso em 05 de abril de 2014)

conceito de saúde. Nesse bojo, a saúde, passa a ser definida como o fruto não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho e acesso aos serviços dispostos pela rede, mas, especialmente, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes.

1.2 REFORMA SANITÁRIA – UM PROCESSO INACABADO.

A reforma do setor de saúde no Brasil pode ser compreendida como uma bandeira de luta específica, pois representava os anseios de amplos segmentos da sociedade; técnicos do setor de saúde, gestores, categorias civis organizadas na busca pela concretude de direitos democráticos, anteriormente tidos como barganha ou benesses por parte do governo, mas que a partir da proposta de reforma necessitava se estruturar de maneira democrática e diversa; comungando com uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população. Esta, por sua vez, passava a ostentar um estilo de militância ativo frente à construção da saúde no país, anteriormente restrita aos trabalhadores que contribuíssem com o Instituto Nacional de Previdência Social, estabelecendo assim uma lógica de cidadania regulada⁹.

Segundo Paim (2009), a Reforma Sanitária também pode ser aceita como um processo, pois possibilitou a articulação de práticas e a conformação de um projeto político cultural sólido, que foi e segue (por isso o caráter contínuo) a oferecer princípios e proposições que representam um conjunto de políticas articuladas, na procura por uma consciência sanitária e pela defesa da participação cidadã, bem como ao atrelamento da saúde com lutas sociais e políticas mais amplas.

O projeto brasileiro pela Reforma, apesar da potência que obteve no período final da ditadura¹⁰, começou a assumir contorno apenas em meados da década de 1970; firmando-se, de fato, durante o processo de redemocratização¹¹. As concepções políticas e ideológicas que

⁹ Cidadania regulada foi o nome proposto pelo sociólogo brasileiro Wanderley Guilherme dos Santos para designar uma "cidadania restrita e sempre vigiada pelo Estado".

¹⁰ O período da ditadura brasileira compreende o ano de 1964 a 1985

¹¹ "A singularidade desse processo residiu no modo como o regime militar procurou atender às necessidades provenientes dos impactos da expansão do assalariamento na previdência social e na assistência médica, às demandas sociais das classes subalternas reprimidas pelo regime e à sua própria necessidade de legitimação política." (MOTA, 2008, p.137). O processo de redemocratização brasileiro significou a importância dos partidos organizados - vinculados aos trabalhadores; dos sindicatos e dos movimentos sociais como

davam escopo ao movimento defendiam a saúde não como uma questão meramente biológica, passível de ser solucionada apenas por profissionais de saúde, mas sim reconheciam o peso da determinação social sobre o processo saúde-doença, propondo assim uma reconceitualização do termo saúde; em que para além da discussão da oferta de serviços médicos ela fosse afrontada enquanto uma questão social e política, carecendo obter maior visibilidade nos espaços públicos.

Um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade – desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos –, em alguns casos associados aos partidos políticos de esquerda, ilegais na época [...]. Professores de saúde pública, pesquisadores da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e profissionais de saúde de orientação progressista se engajaram nas lutas dos movimentos de base e dos sindicatos. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) foi fundado em 1976, organizando o movimento da reforma sanitária e, em 1979, formou-se a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Ambas propiciaram a base institucional para alavancar as reformas. O movimento da reforma sanitária cresceu e formou uma aliança com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais. De 1979 em diante foram realizadas reuniões de técnicos e gestores municipais, e em 1980, constituiu-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. (PAIM, 2009)

Nesse processo de luta pela construção democrática da saúde no país, podemos perceber que diversos atores sociais estavam engajados com o *modus operandi* de fazer política brasileiro, consoantes com a radicalidade da proposta instaurada.

Os marcos administrativos citados por Paim foram responsáveis por constituir um terreno favorável para a construção, posteriormente, do nosso Sistema único de Saúde-SUS. Em meados da década de 1980¹², mais específico no ano de 1986, com o fortalecimento dos Conselhos Populares de Saúde¹³ e o aprofundamento da discussão sobre os caminhos da

interlocutores da cena política que se consolidava nessa época, obrigando a burguesia a incorporar algumas reivindicações dos trabalhadores.

¹² A realidade social, na década de oitenta, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, restrita aos trabalhadores que para ele contribuía, prevalecendo a lógica contraprestacional e da cidadania regulada. Extraído do site do (Ministério da saúde)

¹³ Os Conselhos Populares de Saúde, segundo a Lei, atuam na formulação de estratégias e no controle e execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Sendo a representação dos usuários, nos Conselhos de Saúde e nas Conferências, paritária ao conjunto dos demais segmentos.

Política de saúde no Brasil, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde¹⁴; a qual obteve expressiva relevância para a abertura dos serviços de saúde para usuários e representações sindicais. Não obstante, a referida conferência configurou-se como um marco no processo de descentralização da saúde, desdobrando no ano de 1987 por meio do decreto 94.657, no Sistema Descentralizado de Saúde- SUDS.¹⁵

Com a Constituição da República de 1988, o movimento pela Reforma Sanitária e aqueles que estavam frente ao processo, conseguiram a aprovação da proposta; prontamente a saúde passou a ser considerada enquanto direito social, respaldada constitucionalmente, ficando sobre responsabilidade Estatal garanti-la, como mencionado na citação do art.196.

O capítulo “Saúde” da atual constituição se desdobrou nas Leis Orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90) que trataram de subsidiar a proposta de implementação do SUS e dispõem sobre as condições para a proteção, promoção e recuperação da saúde, como também sobre a organização e o funcionamento dos serviços correlacionados ao setor.

Atualmente, existem evidências de impasses quanto a sua implementação, quer seja por obstáculos políticos, burocráticos, de gestão ou por uma necessidade de reorganização no modelo de atenção. Esse fato acaba por incitar o que alguns autores denominam de *desencantamento* com o SUS, ou por assim dizer um descarte da possibilidade de acreditar que o movimento sanitário e luta pela democratização travada por inúmeros atores sociais (políticos, operários, profissionais da saúde) não tenha sido suficiente para transformar uma dada realidade social, principalmente a contemporânea, configurada por um cenário que reflete os efeitos deletérios da precarização de serviços e da fragmentação dos movimentos sociais em defesa do bem-estar e da instituição de políticas de proteção social condizentes com as necessidades da população brasileira.

É pertinente advertir que o movimento de reforma sanitária, originado no final da década de 1960 e início da década de 1970, não se esgotou com a aprovação do SUS, pela CF 1988. Cabe salientar que a garantia legal foi um marco do movimento, mas não seu fim.

¹⁴ A VIII Conferência de Saúde, realizada em 1986, foi um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde no Brasil, e contou com a participação de diferentes atores sociais implicados na transformação dos serviços de saúde. Reuniram-se acadêmicos, profissionais da área de saúde, movimentos populares de Saúde, sindicatos, e mesmo grupos de pessoas não diretamente vinculados à saúde. O conjunto dessas forças impulsionou a reforma sanitária, que obteve sua maior legitimação com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Segundo LUZ (2000: 302) “a intensa movimentação da sociedade civil teve um papel muito importante para a aceitação, na política oficial, das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, em grande parte consubstanciadas no SUS”. Esse marco representou uma ruptura inédita com a história anterior das políticas sociais brasileiras, ao garantir o acesso à saúde como direito social universal.

¹⁵ A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Primeiro veio o SUDS, com a universalização do atendimento; depois a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, com o Decreto nº 99.060⁶ e por fim a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080,² que fundou e operacionalizou o SUS.

Existe muito a ser feito, e muito mais a ser conquistado. No campo das políticas públicas, apenas a saúde caminhou, há a necessidade de que outros setores da sociedade estejam presentes com ações políticas de inclusão. Se quisermos uma saúde que ultrapasse o bem-estar físico e mental e penetre, de fato, na construção de estratégias que visam à qualidade de vida, é necessária a interação dos diferentes e complexos setores da sociedade (ABRAHÃO, 2006).

Diante das indagações elucidadas, e da necessidade de compreender melhor o que representa o SUS, o tópico a seguir se propõe em adentrar nessa questão, buscando elucidar as orientações gerais, de modo que se possa observar o que está juridicamente disposto pela lei.

1.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – DIRETRIZES E SEUS PRINCÍPIOS BÁSICOS

A legislação aufere, fundamentalmente, cinco princípios básicos que Constitucionalmente legitimam o direito dos cidadãos, sem qualquer tipo de discriminação, possam ter acesso às ações de saúde em todos os níveis, assim como explicita que o dever de ministrar o pleno gozo desse direito é responsabilidade da União. Entre as diretrizes consolidadas pela nova Constituição, é estabelecido que o SUS caracteriza-se pela composição de uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários. (BRASÍLIA, 1988).

A criação do SUS acarretou uma nova concepção de saúde, que amplia sua compreensão, ao considerar não só os aspectos biológicos, mas, passa a considerar também outros fatores que, direta ou indiretamente, estariam imbricados ao se ponderar o binômio saúde e qualidade de vida, a saber: os aspectos econômicos, sociais, culturais e biotecnológicos. Incorporando assim uma visão integrada das ações e dos serviços dispostos pela rede. Logo, o caráter inovador jazeria na criação de condições para a superação de uma visão de saúde pública que se concentrava apenas na doença.

Nesse sentido, a construção do Sistema Único de Saúde Brasileiro norteia-se pelos seguintes princípios doutrinários: a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e a participação popular.

O princípio da universalidade está associado à garantia do direito à saúde por todos os naturalizados brasileiros, sem acepção ou discriminação, de acesso aos serviços de saúde

oferecidos pelo SUS. Considera-se um marco para a consolidação da democracia, pois, a partir de então, desvincula-se a saúde do caráter contributivo, e com isso, amplia o acesso, que antes era restrito as pessoas com vínculos previdenciários e que, a partir de então passa a estender esse acesso a toda população que dele necessitar.

Outro princípio fundamental trata-se da integralidade da assistência prestada, que a luz de Paim (2009), é entendida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Assim, abarcamos que o SUS procura ter ações contínuas no sentido da promoção, da proteção, da cura e da reabilitação, e que o Estado, principal provedor do direito ao acesso à saúde, deve comprometer-se a estabelecer um conjunto de ações que vão desde a prevenção à assistência curativa, nos mais diversos graus de complexidade que esse possa se enveredar, como forma de concretizar e garantir o postulado da saúde. Percebe-se, contudo, que o texto constitucional dá ênfase às atividades preventivas, que, naturalmente, ao serem realizadas com certa eficiência, reduzem os gastos com as atividades assistenciais posteriores.

Cabe salientar que o SUS não se restringe a atenção básica¹⁶. A atual legislação assegura que

[...] a depender da necessidade de cada situação, a pessoa tenha acesso a serviços preventivos e curativos de caráter especializado ou hospitalar, ou seja, em todos os níveis de complexidade do sistema. Se o município não é capaz de garantir o atendimento de um caso, deve estabelecer pactos com outras secretarias municipais que disponham dos serviços em outros níveis do sistema, inclusive recorrendo ao apoio da secretaria estadual de saúde. Do mesmo modo, se um estado não pode resolver no seu território situações mais complexas, deve recorrer ao suporte do Ministério da Saúde, gestor nacional do SUS.” (PAIM, 2009, p. 56-57)

Em se tratando de pactuação entre as secretarias municipais, cabe frisar, para o marco legal desse trabalho, que esse elemento é imprescindível para que o portador de insuficiência renal crônica¹⁷ possa acessar mecanismos que possibilitem um tratamento adequado mais próximo ao local onde reside, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade,

¹⁶ A Atenção Básica pode ser entendida como conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação. Tais ações terão lugar na rede de serviços básicos de saúde (Unidades Básicas Saúde e Equipes da Saúde da Família). De acordo com a necessidade local, o gestor poderá instituir uma equipe de referência da atenção básica com a função de tutoria e, ou referência assistencial à rede de serviços básicos de saúde, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (PNAB, 2006)

¹⁷ Esse tema será abordado com maior especificidade no próximo capítulo.

e o mais importante: ingresso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante).

Para tanto, os Serviços de Nefrologia e os Centros de Referência em Nefrologia devem, obrigatoriamente, oferecer ao paciente renal os serviços de atendimento ambulatorial em nefrologia aos pacientes referenciados pela atenção básica, pela média complexidade e pela urgência e emergência, pertencentes a sua área de abrangência; atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade; garantia da internação do paciente nos casos de intercorrência no processo de diálise; garantia da confecção da fístula arteriovenosa de acesso ao tratamento de hemodiálise; bem como garantia de todas as modalidades de procedimentos de diálise. Este tema será detalhado no próximo capítulo, onde abordará a Política Nacional de atenção ao Portador de doença renal, suas disposições gerais, qualidade dos serviços ofertados e avaliação das contradições e desafios postos a sua operacionalização.

Retomando a discussão dos princípios e diretrizes que constituem o SUS, a equidade na oferta dos serviços de saúde exerce um papel de extrema relevância frente ao processo de iniquidade que o contexto atual enfrenta. Para além de uma igualdade formal garantida perante lei, é necessário que esta seja construída socialmente, fruto de uma verdadeira e consolidada igualdade social. No entanto sabe-se que as desigualdades regionais e sociais podem levar a incoerência dessa isonomia, afinal uma área mais desprovida pode demandar mais investimentos em relação às outras. Por isso, a União deve tratar com mais observância os desiguais, empregando seus esforços e gastos em zonas territoriais com piores índices e *déficits* na prestação do serviço público, como já assegura o mencionado artigo 196 da constituição.

Consoante com este último princípio, a descentralização, entendida como direção única do sistema, assegura não apenas a transferência da responsabilidade de execução das ações, da esfera federal para as demais esferas, mas versa também de efetuar a descentralização de recursos financeiros e de competência. O Sistema de saúde deve ser operacionalizado de forma regionalizada e hierarquizada. Os gestores devem levar em consideração as peculiaridades de cada território para, a partir de então, definir as obras prioritárias adequadas à realidade do local. A descentralização pode ser vista ainda como mecanismo facilitador para o controle social da saúde e para a participação popular.

A participação popular ou social, outro princípio básico que rege o SUS, é efetivada, especialmente, nos Conselhos – tanto municipais, estaduais, como nacional - de Saúde e nas respectivas Conferências de Saúde, realizadas a cada quatro anos. As Conferências e

Conselhos são compostos por gestores, profissionais de saúde, usuários do sistema, e outras entidades representativas, de forma paritária, e possui, dentre outras, a função de elaborar as diretrizes da política de saúde e de acompanhar o seu cumprimento.

O processo de descentralização da saúde ocasionou a municipalização da mesma, que reconhece o município como principal provedor da saúde de sua população, transferindo-lhes responsabilidades e recursos necessários para efetivarem a gestão sobre as ações e os serviços de saúde ofertados em seu território. Para atender as determinações da Constituição Federal de 1988 e das legislações do SUS, na transferência de responsabilidades de gestão para o município, a Norma Operacional Básica¹⁸ 01/91 (NOB 01/91), idealizou a integração de consórcios municipais (as pactuações citadas anteriormente) para atender este processo. Toda vez que o município não se encontra apto a assumir as obrigações para com a saúde de sua população, este pactua com o Estado e/ou com outros municípios as ações, firmando acordos através da Programação Pactuada e Integrada-PPI¹⁹ que define, negocia e formaliza pactos entre gestores, respeitando o princípio da Regionalização²⁰.

Observa-se desta maneira que a Constituinte de 1988, fundamento legal do SUS, preocupou-se em avigorar a defesa do cidadão frente ao Estado e seus aparatos, garantindo meios não só para a existência e manutenção do sistema, mas essencialmente para que o indivíduo possa protagonizar a luta em busca da melhoria e maior resolutividade da rede de serviços de saúde

¹⁸ Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96). Em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/SUS 01/01) que foi revista e publicada em 2002, a qual se encontra atualmente em vigor (NOAS/SUS 01/02). (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

¹⁹ A Programação Pactuada e Integrada é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. Define a programação das ações de saúde em cada território e norteia a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

²⁰ O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL

Para este capítulo o trabalho traz algumas considerações sobre a criação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal; as diretrizes que a subsidiam com ênfase no item III do Art.3º, foco do estudo proposto, que discorre acerca das ações previstas nos serviços de alta complexidade. Paralelamente, buscou-se uma breve explanação sobre a Política Nacional de promoção à Saúde bem como a rede de serviços posta aos portadores de IRC. Objetivando uma melhor compreensão do assunto, textos de autores como Arretche (1996), e Paim (2009) tornaram-se fundamentais.

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE - BREVES CONSIDERAÇÕES

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem somado esforços no processo de formulação, implementação e concretização de Políticas que promovam a proteção e recuperação da saúde. Prolongar-se um vigoroso investimento na construção de um modelo de atenção que priorize ações de melhoria na qualidade de vida da população, bem como corrobore na formulação de ações que facilitem o resultado das necessidades sociais em saúde. Para tanto, a Política Nacional de Promoção a Saúde – PNPS, aprovada em 30 de março do ano de 2006, subsidia as diretrizes e propõem ações estratégicas de organização das atividades desenvolvidas para a promoção da Saúde no SUS, propondo-se garantir a integralidade do cuidado.

Em 2005, ano que antecedeu a criação da Política Nacional de Promoção à Saúde, o Ministério da Saúde Brasileiro estabeleceu a Agenda de Compromisso pela Saúde, na qual três eixos lhes são agregados: O Pacto em defesa da Vida, O Pacto em gestão e o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde – SUS. Avulta-se para o estudo proposto o Pacto pela Vida que organiza um conjunto de compromissos sanitários que devem ser estabelecidos como prioridades inequívocas dos entes federativos, com acepção das competências designadas aos mesmos.

Dentre as macroprioridades pelo Pacto Em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com ênfase no

fortalecimento e na qualificação estratégica da saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com proeminência na promoção da atividade física, de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo, controle do uso abusivo de bebida alcoólica e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

Diante do exposto, pode-se extrair que dentro do processo ampliado pela Criação do Sistema de Saúde Brasileiro há um diálogo acirrado acerca das reflexões e dos movimentos em prol da promoção da saúde; consoantes com o imperativo da participação social e buscando obter respostas por parte do setor sanitário sobre os limites e possibilidades na transformação dos determinantes e condicionantes para assegurar opções saudáveis para a população; sendo assim, a estratégia de promoção de saúde no SUS é caracterizada como um meio de englobar os aspectos que determinam o processo saúde-doença no Brasil.

Paralelamente, através das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências Nacionais e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007), o Ministério da Saúde Brasileiro propõe a institucionalização da Política Nacional de Promoção à Saúde, em um esforço conjunto para o enfrentamento dos desafios postos às práticas de cultivo a saúde em um cenário sócio-histórico que demanda reflexão e qualificação contínua dos serviços ofertados pelo sistema.

Apreende-se que a promoção e atenção em saúde configuram-se enquanto um mecanismo de fortalecimento e implementação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que necessita estabelecer diálogo com as diversas áreas do setor sanitário, setor governamental e não governamental, espaços públicos e privados, bem como com a sociedade; na tentativa de firmar redes de compromisso e coresponsabilidade no que fere a qualidade de vida da população, proteção e cuidado com a vida, buscando a ruptura da excessiva fragmentação existente no trato do processo saúde-doença, reduzindo os ricos e danos ocasionados.

Como exposto anteriormente, O Sistema Único de Saúde, regulamentado em 1990, preconiza a universalidade e a equidade no acesso à saúde. Entretanto observa-se um desafino entre o aumento de atenção à saúde, em todos os níveis, e o da sua oferta, em especial pela questão da não descentralização dos serviços postos a rede. Essa notória discrepância é refletida em significativas barreiras, como a dificuldade de acesso da população a bens e serviços de saúde, em especial aqueles que necessitam da alta complexidade no sistema.

Cabe salientar que diante das diferentes possibilidades financeiras e administrativas dos entes federativos, o processo de descentralização da política de saúde, se desdobra em diferentes níveis de distribuição dos serviços de saúde, havendo regiões em que municípios

apresentam uma descomunal ausência de recursos o que quase sempre implica numa agudização das demandas, enquanto há outras regiões em que com os recursos disponibilizados, os municípios demonstram capacidade de gestão praticamente autônoma de seus sistemas de saúde. (ARRETCHE, 1996). Isto demonstra que as garantias apresentadas na descentralização desta política, por si só, não efetivam a distribuição igual e equânime de possibilidades de efetivação da mesma.

Assim, se faz necessário deliberar as diretrizes e instrumentos que definem ações para possibilitar a mudança nesse quadro, construindo políticas públicas de saúde específicas, capazes de dialogar com as demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro.

Nessa perspectiva, garantir a saúde de determinado segmento da população que se encontra acometido por algum problema específico, implica assegurar o acesso universal e igualitário a rede de serviços de saúde, bem como certificar o acesso a políticas sociais e econômicas voltadas para a redução da probabilidade de adquirir a patologia.

Tais considerações iniciais são essenciais para apreender a construção da política, em termos dos seus dispositivos, proposições e desafios de operacionalização da rede de serviços instaladas para cobertura do atendimento ao portador da nefropatia.

2.2 DISPOSIÇÕES GERAIS DA POLÍTICA

Atualmente, a insuficiência renal crônica (IRC) emerge como um preocupante problema de saúde pública em todo o mundo, sendo considerada uma epidemia de crescimento alarmante. No Brasil, segundo o censo 2012 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), existem 696 Unidades Renais Cadastradas ativas na SBN, dentre as quais apenas 255 declararam oferecer Programa Crônico Ambulatorial de Diálise, atendendo regularmente 38.198 pacientes. Somente na região Nordeste, estima-se que há 7.948 pessoas em tratamento dialítico, o que reflete um processo de declínio no número de unidades compactuadas e aparato tecnológico necessário à atenção aos usuários, em contrapartida a um vultoso crescimento dos indivíduos submetidos ao tratamento. (SBN, 2012).

A prevalência de pacientes em terapia renal substitutiva – TRS, mais que dobrou na última década no país. De 24 mil usuários em 1994 chegaram a 60 mil casos em 2004, segundo dados da SBN.

Diante desses dados, pode-se ressaltar que a doença renal crônica no Brasil apresenta efeitos sociais e econômicos bastante expressivos. Nesse mesmo ano, foi gasto aproximadamente um bilhão de reais em transferências do SUS para pagamento das TRS, valor equivalente a 5% do total de transferências do Ministério da Saúde para estados e municípios. O Brasil ocupa hoje o quarto lugar no ranking dos maiores programas de diálise do mundo, apenas ultrapassado pelo Japão, Estados Unidos e Alemanha. Em relação aos transplantes renais²¹, o Brasil alcançou em 2000 o segundo lugar em número de transplantes, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, com 2.914 transplantes realizados. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, s/a).

Ademais, também se coloca em questão os problemas com a cobertura de financiamento, apesar dos aumentos considerados no investimento, há que considerar que os mesmos ainda são restritos no acesso.

A importância social e econômica da Doença Renal Crônica - DRC, e a complexidade do aparato institucional e tecnológico necessário à atenção aos usuários, nos remetem ao desafio que envolve a definição de uma política de atenção especialmente voltada aos portadores de DRC no Brasil. Para tanto à família e à sociedade requerem um complexo aparato institucional, tecnológico e humanístico, necessário à vigilância aos usuários. Nesse sentido, é de suma importância à elaboração de uma política específica que ampare o portador de DRC, garantindo-lhe tanto a integralidade do cuidado, como também a equidade no acesso ao transplante renal.

Na década de 2000, o Ministério da Saúde Brasileiro, estimulou dois vultosos movimentos que a partir de então vêm somando esforços para a melhoria na qualidade de prevenção e do tratamento de DRC. O primeiro diz respeito à implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)²², seguida da instituição do Pacto pela Saúde²³. Contudo, foi apenas em 15 de junho de 2004 que o Ministério da Saúde, consoante com os Art. 196 a 200 da

²¹ Atualmente o Ministério da Saúde investe R\$ 2,5 bilhões/ano de recursos em terapia renal. O destino principal das verbas de saúde tem sido para o tratamento. Os pacientes atualmente em diálise em todo território brasileiro, cerca de 45 mil, consomem R\$ 1 bilhão anual (5% do orçamento em saúde). Extraído do site do ministério da saúde acessado em 21 de março de 2014. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

²² A ESF visa intensificar a educação voltada aos cuidados com a saúde e ao incentivo da redução de internações por diabetes, hipertensão arterial e demais patologias sensíveis à atenção básica e ao controle da evolução dessas doenças pelos profissionais das equipes de ESF. Essas atividades são de responsabilidade do município, a quem compete realizar, com qualidade, as ações previstas na Atenção Básica; (Extraído do site do Ministério da saúde, acesso em 21 de março de 2014)

²³ O Pacto pela saúde foi instituído objetivando à estruturação de redes de atenção à saúde, nas regiões de saúde, nas quais são identificadas e mapeadas as unidades que prestam serviços de nefrologia, com diferentes níveis de complexidade, possibilitando o tratamento em diferentes graus de evolução da doença. Essa rede também deve contar com serviços de referência para o transplante renal. Prevê ainda que centros de diálise sejam transformados em serviços completos de nefrologia, atendendo integralmente os pacientes renais, desde a fase inicial da doença até tratamentos mais complexos, como a diálise e o transplante renal.

vigente CF 88 e Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080 e 8.142, instituiu através da Portaria nº 1.168/GM a Política Nacional de atenção ao portador de doença renal.

Antes da regulamentação auferida, subsistia uma legislação fragmentada, tratando à problemática da DRC de forma pontual. A Política de Atenção dispõe, fundamentalmente, acerca dos direitos e deveres dos usuários da saúde, assegurando que toda pessoa tenha direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para a garantia da promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, bem como, ao tratamento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de ininterruptão. Discorrem de modo inclusivo, acerca da ampliação da cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo-lhes a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva, que engloba as modalidades diálise peritoneal, hemodiálise e transplante.

A legislação prevê ainda, enquanto direito do paciente renal, o acesso aos serviços de Atenção Básica, integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares, mais próximos do local em que reside, sendo que, nas situações de emergenciais, qualquer serviço de saúde deve acolher e cuidar da indivíduo bem como encaminhá-lo para outro serviço, caso haja necessidade. Conquanto, se estivermos diante de situações em que haja risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do paciente, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema, sendo que o encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica, deve ser estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação.

Em se tratando da orientação dos serviços prestados e encaminhamentos a níveis de atenção diferenciada, seja na atenção básica, média ou alta complexidade, PAIM (2009) pontua que as redes regionalizadas e hierarquizadas propostas pela Constituinte de 88 e Lei orgânica da saúde, encontra-se muito incipientes. Uma vez que o ingresso do indivíduo ao serviço de saúde ocorre preferencialmente através da rede atenção básica, e nos casos de maior complexidade devem ser encaminhados à rede especializada, os quais podem ser organizados diretamente pelos municípios e na sua ausência pela oferta de serviços regionalizados. Tais serviços podem ser organizados de forma municipal ou regional, a depender do porte e da demanda do município. Isso se deve ao fato que boa parte dos municípios não apresenta condições de ofertar, de maneira incondicional, os serviços de saúde. Desta maneira configura-se como imprescindível uma estratégia regional de

atendimento, buscando a pactuação entre estados e municípios afim de possíveis melhorias no momento em que a população necessita do ingresso em determinado serviço.

No caso do caráter hierarquizado que a rede de serviços de saúde possui, Paim é bem incisivo ao pontuar:

O caráter hierarquizado da rede não deve ser entendido para adjetivar um serviço como mais importante ou mais poderoso do que outro, mandando nos demais (...). A hierarquização não é entre os governos federal estadual e municipal: não há hierarquia entre União, estados e municípios. Os entes federados negociam e entram em acordo sobre as ações, serviços, organização do atendimento e outras relações dentro do sistema público de saúde. A hierarquização prevista para a rede tem um sentido de usar os recursos disponíveis de uma forma mais racional para atender mais e melhor as pessoas (racionalização em vez de racionamento).” (PAIM, 2009, p. 59).

Nesse sentido, a rede de serviços, no caso os previstos na alta complexidade, corresponde a procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, como é o caso das ações desenvolvidas pelos Serviços de nefrologia e Centros de Referência em Nefrologia.

Consoante com a Política de Atenção ao Portador de doença Renal, os Serviços de Nefrologia e os Centros de Referência em Nefrologia devem, obrigatoriamente, disponibilizar ao paciente renal os serviços de atendimento ambulatorial em nefrologia os quais são referenciados pela atenção básica, pela média complexidade e pela urgência e emergência, bem como, pertencentes a sua área de abrangência. Quanto ao atendimento ambulatorial aos indivíduos que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade; garantir a internação do paciente nos casos de intercorrência no processo de diálise; garantia da confecção da fístula arteriovenosa de acesso ao tratamento de hemodiálise; bem como a garantia de todas as modalidades de procedimentos de diálise.

Para o estudo proposto, a discussão caminhará acerca das disposições prevista no item III do art. 3º da referida Política. O artigo 3º infere que a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - atenção básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos danos, bem como as ações clínicas para o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e das doenças do rim que possam ser realizadas neste nível. Tais ações terão lugar na rede de serviços básicos de saúde (Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família). De acordo com a necessidade local, o gestor poderá instituir uma equipe de referência da atenção básica com a função de tutoria e, ou referência assistencial à rede de serviços básicos de saúde, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde;

II - média complexidade: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada garantida a partir do processo de referência e contra referência do portador de hipertensão arterial, de diabetes mellitus e de doenças renais. Essas ações devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. Para desempenhar as ações neste nível de atenção, o gestor poderá instituir um Centro de Referência especializado em hipertensão e diabetes, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde;

III - alta complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal. A assistência na alta complexidade se dará por meio dos Serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde;

IV - plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Renais, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regionais dos Estados e do Distrito Federal;

V - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de doença renal;

VI - a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença renal serão de competência das três esferas de governo;

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação e promover a disseminação da informação;

VIII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, fiscalização, controle e avaliação;

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde;

X - acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos excepcionais, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS.

Ao se discutir a questão do acesso e da qualidade do processo de diálise, faz-se necessário remeter ao item III da política, quando a mesma preconiza a questão, da seguridade do acesso e qualidade do processo de diálise, objetivando despertar sinais positivos na sobrevida, entendida como o prolongamento da existência do paciente no decorrer do

processo de hemodiálise, na qualidade de vida dos pacientes assistidos pelo serviço, bem como a garantia da igualdade no processo de entrada em lista de espera para transplante renal.

Diante do que é assegurado pela Lei, parece ser necessária uma reflexão sobre o real estado do paciente que frequenta o ambiente das clínicas de Hemodiálise, abordando a categoria qualidade de vida e qualidade no tratamento que são respaldadas pela política, assim como uma investigação do alcance das possíveis consequências que a inserção ou não do paciente em lista para transplante possa ocasionar, na direção de contrastar o que é disposto pela lei e o que de fato acaba efetivando-se institucionalmente.

Abordar as categorias supracitadas remete a ponderação de que os indivíduos acometidos por IRC convivem constantemente com a negação da doença e as consequências de sua evolução. Por estarem submetidos a um tratamento doloroso e com limitações e alterações impostas ao cotidiano, boa parte dos pacientes têm a qualidade de vida ameaçada. Nesse sentido, a qualidade no processo de hemodiálise, ofertado pelos centros de Referência em Nefrologia, deve ser analisado de acordo com o caráter conservador da função, pois o serviço de hemodiálise não tem finalidade curativa, apenas busca a preservação da vida do paciente. A inserção na lista de espera pelo transplante renal será analisada a partir das categorias que se configuram como impasses ou facilitadores para que esses indivíduos acessem o referido mecanismo. O que nos leva também a problematizar para as questões que envolvem a saúde preventiva, demonstrando que mesmo, apesar dos esforços e dos investimentos realizados com a implementação da política ainda percebe-se a linha tênue entre o direito e o seu acesso, a lista de espera e a concretude, lidando com uma massificação da vida. Tal problemática será adensada no próximo capítulo que se propõe a discutir os limites e contradições que permeiam a efetivação da política no referido lócus, a partir da visão dos usuários e dos profissionais que atuam diretamente na realização dos serviços.

O estudo posto ao Capítulo a seguir, apresentará o resultado da pesquisa que investigou a efetivação da Política Nacional de atenção ao portador de Doença Renal na Clínica Senhor do Bonfim, localizada no município de Feira de Santana-Ba. O estudo propõe-se a discutir os limites e contradições que permeiam a efetivação da política no referido lócus, a partir da visão dos usuários do serviço de hemodiálise e da equipe multidisciplinar.

3 A PESQUISA – ANÁLISE DO ESTUDO REALIZADO NA CLÍNICA SENHOR DO BONFIM

A partir da afirmação de autores como Campos, Paim, Merhy, e Santos pode-se inferir que os obstáculos estruturais no sistema de saúde como desequilíbrio de poder entre integrantes da rede, impasses na atenção aos serviços de alta complexidade e descontinuidade da eficiência da atenção prestada tendem a comprometer a efetividade das iniciativas de Políticas de atenção à saúde no Brasil. Para tanto, este capítulo do trabalho busca ratificar essas afirmações, tomando como referência o estudo realizado na Clínica Senhor do Bonfim, na direção de indagar acerca das contradições e dos desafios postos a operacionalização da Política de Atenção ao Portador de doença Renal, mediante a visão da equipe multidisciplinar e usuários do serviço de saúde.

3.1 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Por pesquisa compreende-se a atividade básica da ciência em busca da construção e indagação de uma dada realidade. Ela convém de elemento propulsor para atividade de ensino, vinculando teoria, pensamento e ação, objetivando a produção de conhecimento e novos referenciais frente à realidade do mundo (MINAYO, 2006).

Todo e qualquer processo investigativo, é despertado por uma inquietação, problema, ou dúvida. Logo, para sermos mais precisos na busca por respostas a esse movimento, necessitamos de parâmetros para caminhar na produção do conhecimento científico. Segundo o historicista Dilthey (1956), o método para o processo investigativo se faz necessário por conta da nossa “*mediocridade*”, pois como não somos gênios, produzimos conhecimento mediante referenciais metodológicos. Porém, essa assertiva não anula o fato de que o investigador carregar consigo o poder da criatividade, seja através da experiência construída para explicar ou compreender fenômenos, quer seja pela capacidade de comunicação no decorrer do processo investigativo. Nesse sentido, nesta seção será apresentado o caminho metodológico que está sendo percorrido para alcançar os objetivos propostos do estudo.

A coleta de dados, segundo Chizzotti (1991), é a fase em que reúne as informações para comprovar os pressupostos. Assim, a técnica de coleta de dados utilizada nessa pesquisa

é o questionário semiestruturado. A escolha por esse tipo de técnica foi baseada em argumentos de Gil (1987) que infere que o uso do questionário não expõe os pesquisados à influência das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistado, ao garantir o anonimato das respostas além de permitir que as pessoas o respondam no momento em que julgarem mais conveniente, criando mais comodidade aos participantes.

Trata-se de um estudo qualitativo, baseado no materialismo histórico dialético, que busca situar as contradições e desafios postos a operacionalização da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal na Clínica Senhor do Bonfim- campo da pesquisa-, situada no Município de Feira de Santana-BA.

Antes de iniciar o trabalho de campo encaminhou-se o projeto e o Termo de aceite à diretoria da Clínica, após aprovação, foi realizada a coleta de dados através da aplicação de questionários com a equipe multidisciplinar e usuários.

O roteiro temático que estruturou o questionário levou em consideração os seguintes pontos: acessibilidade e avaliação do conteúdo da política; acesso aos serviços de TRS; execução de ações de promoção e prevenção; qualidade de vida no processo de diálise; condições estruturais e organizacionais; avaliação da qualidade para o desenvolvimento dos serviços; qualidade do trabalho técnico desenvolvido; bem como o processo de entrada em lista de transplante renal.

A amostra se constituiu no universo parcial de sujeitos que compoñham a equipe multidisciplinar e os usuários do serviço de hemodiálise da CSC. Aleatoriamente foi extraída uma porção de 05 profissionais e 15 pacientes. O tratamento do material empírico foi sistematizado seguindo o método de análise proposto por Minayo (2006). Primeiro fez-se necessária à ordenação dos dados, leitura do material documental selecionado para o estudo. Em segundo, a classificação dos dados para tentar detectar os temas convergentes e divergentes do material, para então confeccionar indagações pertinentes aos participantes. Logo em sequência, a leitura do posicionamento dos sujeitos da amostra, identificando a presença de estruturas de relevância, buscando as convergências e divergências nas falas.

Na síntese final da classificação dos dados elegeram-se os seguintes temas: reflexão sobre as diretrizes da política, acessibilidade e o seu conhecimento na visão dos usuários e da equipe técnica; a cobertura da política e garantia dos serviços especializados no suporte ao tratamento dos usuários portadores de IRC e os dilemas e desafios da materialização da política.

3.2-CARACTERIZAÇÃO DO LOCUS DA PESQUISA

3.2.1- O município de Feira de Santana / BA

A cidade de Feira de Santana (175 anos), incrustada no denominado Polígono das Secas, distante 108 km da capital baiana, situa-se na zona de planície entre o Recôncavo e os tabuleiros semiáridos do nordeste baiano. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização²⁴ (PDR), vincula-se a 2ª Diretoria Regional de Saúde, (2ª DIRES), dentro da macrorregião Centro Leste - Feira de Santana/BA.

O município limita-se com as cidades de, ao Norte Santa Bárbara, Candeal e Tanquinho; ao Sul São Gonçalo dos Campos e Antonio Cardoso; a Leste Santanópolis, Coração de Maria e Conceição do Jacuípe; a Oeste Ipecaetá, Anguera e Serra Preta. Segundo dados do IBGE (2013), possui um contingente populacional estimado em 606.139 habitantes, sendo que 556.642 encontram-se na sede do Município. Além da sede, Feira de Santana abarca distritos por nome Bonfim de Feira, Governador João Durval Carneiro, Humildes, Jaguará, Jaíba, Maria Quitéria, Matinha e Tiquaruçu, e várias áreas rurais.

A rede de serviços de saúde de Feira de Santana vem se estruturando e expandindo os seus serviços gradativamente. De acordo com o Ministério da Saúde, atualmente o município comporta 177 Unidades de Saúde das quais 124 são municipais, 03 estaduais, 02 filantrópicas e 48 privadas (dentre as quais está a clinica senhor do Bonfim).

No que se alude à rede municipal, observa-se um quantitativo de 83 Equipes de Saúde da Família (ESF) com 76 Unidades de Saúde da Família (USF), 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 05 Policlínicas localizadas estrategicamente, obedecendo à lógica do contingente habitacional por bairros, para atender a média complexidade e os agendamentos das USF e UBS, funcionam 24 horas ininterruptas. O Centro de Especialidades Dr. Leone Coelho Leda funciona como Policlínica com Especialidade, seguindo o fluxo de baixa para média e alta complexidade. Dispõe de um Hospital Especializado - Inácia Pinto dos Santos (Hospital da Mulher); 05 Centros de Referência sendo: 01 Centro de Referência em DST/HIV/AIDS, 01 em Diabetes Mellitus, 01 em Saúde da Mulher, 01 em Dermatologia

²⁴ O propósito de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde é constituir um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de cogestão e organização dos serviços de saúde em redes, tendo em vista possibilitar o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas. O PDR é, portanto, um instrumento de planejamento em saúde ao estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial. (fonte: Ministério da Saúde acessado em 06 de fevereiro de 2014)

Sanitária, 01 em Hipertensão Arterial e 01 em Saúde do Trabalhador, atendendo às demandas da população de Feira de Santana e das cidades pactuadas com a mesma. Em relação à Saúde Mental tem 05 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sendo: 01 direcionado a usuários de álcool e drogas, 01 Infante Juvenil, 02 Transtornos Mentais Severos e Persistentes denominados CAPS II, 01 CAPS III que funciona ininterruptamente atendendo as emergências psíquicas. (Segundo Dados extraídos do MS)

O município conta ainda com 01 Centro de Referência e Marcação de Consultas de Média e Alta Complexidade (Centro Municipal de Diagnostico por Imagem), 02 unidades de Hemodiálise, 02 Unidades Móvel Médico Odontológico que dão suporte as USF que não tem equipe odontológica. A Rede de Serviços é composta também por 01 Centro de Combate as Endemias, 01 Central de Distribuição de Materiais e Medicamentos, 01 UTI Móvel, 05 Unidades Móveis Básicas, 01 Ambulatório de Hepatologia, 01 Centro Municipal de Prevenção do Câncer Uterino, 01 Laboratório Municipal anexo ao Hospital da Mulher que atende pacientes internos e externos e 01 Centro de Especialidades Odontológica CEO.

Por meio do novo modelo do Plano Diretor de Regionalização do Estado aprovado pela resolução CIB 132/2007, datado de 20 de setembro de 2007, Feira de Santana continua sendo Polo da Macrorregião Centro Leste, congregando 05 microrregiões com população de 2.034.940 habitantes composta por: Feira de Santana, Ipirá, Itaberaba, Seabra e Serrinha são sedes da Microrregião abrangendo 20 municípios, sendo eles : Amélia Rodrigues, Antônio Cardoso, Candéal, Conceição do Jacuípe, Coração de Maria, Feira de Santana, Ichu, Ipecaetá, Iará, Rafael Jambeiro, Riachão do Jacuípe, Santa Bárbara, Santanópolis, Santo Estevão, São Gonçalo dos Campos, Tanquinho, Teodoro Sampaio, Terra Nova, Serra Preta e Anguera totalizando cerca de 662.693 habitantes.

O processo de descentralização desencadeado a partir da década de 90 no referido município, busca adotar as diretrizes jurídicas que poderiam viabilizar a construção do SUS, com fundamentos legais no critério de descentralização. No ano de 1991, foram instituídos o Conselho Municipal e o Fundo Municipal de Saúde através das Leis nº 1415 e 1421/91, como também foi realizada a primeira Conferência Municipal de Saúde, resultando na elaboração do Plano Municipal de Saúde em 1992. Este plano objetivava, especialmente, a mudança no modelo de atenção à saúde ao propor um arquétipo assistencial fundamentado nas características epidemiológicas e demográficas do município, a integração da rede básica sob comando municipal e uma gestão mais democrática e participativa.

- **A Clínica Senhor de Bonfim- CSB**

A Clínica Senhor do Bonfim (CSB) foi fundada no ano 1981 pelo Dr. Edson Luiz Paschoalim e pela Dr^a Sandra Regina K. Paschoalim, integrando a rede de instituições no campo da saúde, e pioneira na oferta de serviços especializados em hemodiálise. Ademais, a clínica é reconhecida como referência em tratamento dialítico no Brasil por ter realizado o primeiro transplante²⁵ de rim do interior da Bahia. A partir de 1984 a clínica ampliou-se as instalações da clínica e da sociedade²⁶, possibilitando assim a ampliação dos serviços ofertados e das parcerias realizadas.

Na época em que CSB foi implementada no município de Feira de Santana, o estado da Bahia contava apenas com duas clínicas especializadas nesse tipo de tratamento, uma em Salvador e outra em Itabuna. Deste modo os pacientes renais de Feira de Santana e das cidades circunvizinhas acabavam sendo submetidos ao deslocamento até a capital para conseguir o acesso ao tratamento. Notando que há um déficit acentuado no que se refere ao tratamento de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica (IRC), a implementação da Clínica veio preencher essa lacuna, fazendo com que os pacientes do referido município e da sua área de abrangência pudessem dispor do programa de hemodiálise.

A instituição dispõe de atendimento especializado a pacientes com insuficiência renal crônica, através de numerosas sessões mensais de tratamento de hemodiálise com qualidade e em unidades sediadas em Feira de Santana, Salvador e Serrinha, constituídas de instalações com alto padrão tecnológico, dotadas de máquinas modernas e uma equipe técnica altamente qualificada e especializada, composta por Assistentes Sociais, Nutricionista, Psicólogos, Enfermeiros, Nefrologistas.

Atualmente a unidade é enquadrada como clínica satélite em serviço de hemodiálise. É caracterizada como uma instituição privada, porém com ligação ao sistema único de Saúde (SUS). São ofertados serviços que perpassam desde o tratamento de hemodiálise, CAPD, DPA até o encaminhamento ao transplante renal. A Clínica atende cerca de 400 pacientes, sendo 358 pacientes regulares, ou seja, realizam hemodiálise, 02 em APD e 40 em CAPD. Tais usuários são provenientes de Feira de Santana e das cidades circunvizinhas, como: Stº Amaro, Cachoeira, Cruz das Almas, São Felix, Amargosa, Várzea da Roça, dentre outras. No

²⁵ O Dr. Edson Luiz Paschoalim, diretor da CSB, foi primeiro nefrologista a realizar o transplante renal no estado da Bahia.

²⁶ No ano de 1984 foi admitido na sociedade da equipe CSB o DR. José Andrade Moura Junior.

momento da admissão os usuários são informados sobre a rotina do tratamento, suas implicações e as mudanças mais recorrentes.

3.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO SOBRE OS “OLHARES” DA EQUIPE MULTICLIPLINAR E USUÁRIOS

Na perspectiva de problematizar o estudo acerca das contradições e dos desafios na operacionalização da política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a partir do estudo da Clínica Senhor do Bonfim, em Feira de Santana, optou-se por desenvolver a referida análise tomando como referência as categorias a seguir: 1- Hemodiálise: no limite do tempo, isto é uma reflexão sobre as diretrizes da política, acessibilidade e o seu conhecimento na visão dos usuários e da equipe técnica; 2- Cobertura e garantia dos serviços especializados no suporte ao tratamento dos usuários portadores de IRC: uma avaliação do trabalho da clínica no contexto local (que trabalho é esse?) 3- Dilemas e Desafios da materialização da política: uma reflexão sobre o descompasso entre o que se preconiza e o que se efetiva no tocante a garantia dos direitos e da qualidade da oferta dos serviços prestados.

1-Hemodiálise no limite do tempo, isto é uma reflexão sobre as diretrizes da política, acessibilidade e o seu conhecimento na visão dos usuários e da equipe técnica.

No tocante ao conhecimento sobre a política (gráfico 1), os dados apontam que há um desconhecimento (80% dos usuários e 60% da equipe multidisciplinar alegaram que nunca tiveram contato com a Política) tanto por parte daqueles que acessam dos serviços de saúde especializados (TRS) bem como, por parte da equipe responsável direta na sua operacionalização(equipe multidisciplinar). Tal assertiva reflete que a inacessibilidade das informações sobre a política imbrica no poder de efetivação da mesma, isto é, quais são as outras possibilidades de conseguir a materialização do direito, reforçando uma situação gritante de ressignificação para sua garantia.

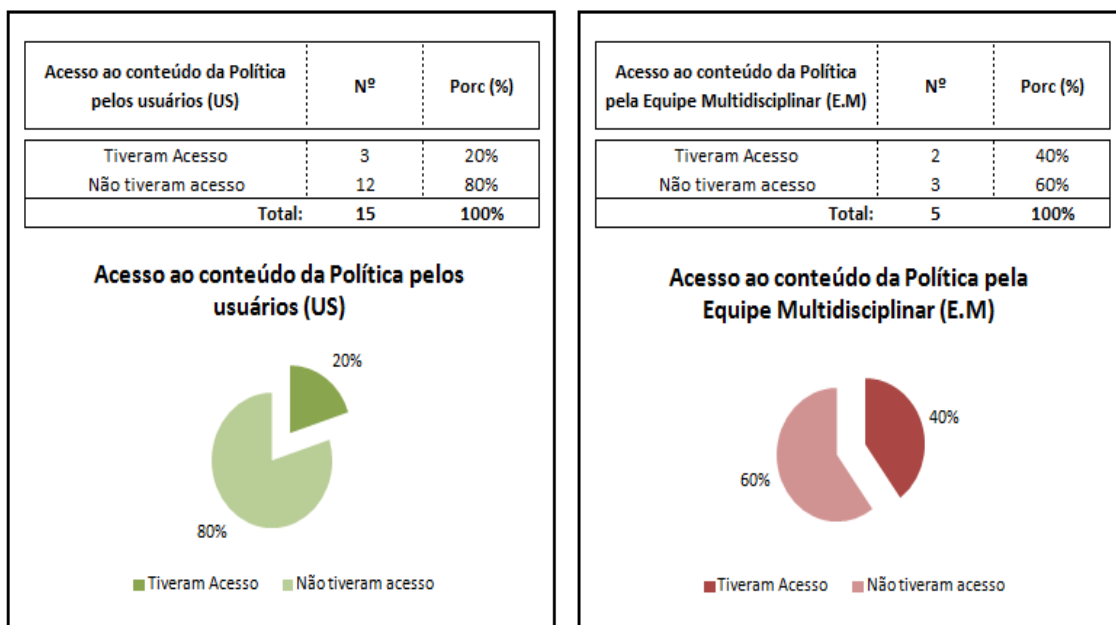
Os efeitos deletérios da precarização no repasse e divulgação de informações, imprescindíveis no processo de fazer cumprir a lei, refletem a luz de PAIM (2009), que no

sistema de saúde brasileiro, nas últimas décadas, perseveram o desperdício de recursos, bem como a insatisfação dos cidadãos e profissionais da saúde com relação à oferta de serviços e a acessibilidade a mecanismos de saúde por parte da população.

Para tanto, a Cartilha do ABC do SUS discorre acerca das competências asseguradas tanto à população quanto as esferas de poder, no que tange o dever de fiscalizar o andamento do Sistema de saúde;

“Quem deve controlar é a população; o poder legislativo; e cada gestor das três esferas do governo. A população deve ter conhecimento sobre seus direitos e reivindicá-los ao gestor local do SUS (Secretario municipal de saúde), sempre que os mesmos não forem respeitados. O Sistema deve criar mecanismos através dos quais a população possa fazer essas reivindicações. Os gestores devem também, dispor de mecanismos formais de avaliação e controle e democratizar informações.” (BRASILIA, 1990, p. 7)

GRÁFICO 1: Avaliação da acessibilidade da Política

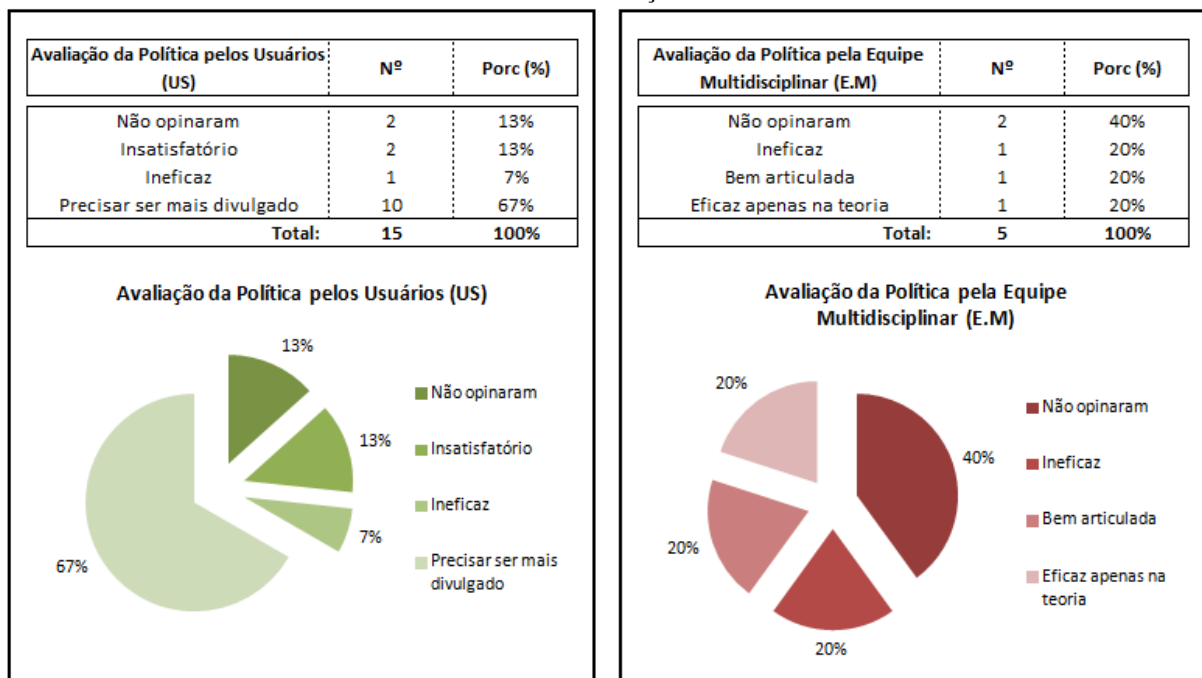


Fonte: Dados coletados na pesquisa (2014)

Quando indagados sobre a avaliação da Política (gráfico 2), observa-se que os entrevistados expressam um posicionamento crítico com relação a sua operacionalização, com dados significativos. A respeito dos usuários, verifica-se que a maioria, com 67%, respondeu que a política precisa ser mais divulgada. Ademais, com percentuais menores, os usuários consideram a política como insatisfatória (13%) e ineficaz (7%).

Tais resultados sinalizam como preconiza a política, e acima problematizado, da real necessidade de conhecimento e propagação da mesma junto aos segmentos da sociedade com vistas ao seu fortalecimento. Em relação à equipe multidisciplinar, observa-se respostas diferenciadas. Há um relativo posicionamento crítico, quando se constata que 60% da equipe opinou por categorias que expressaram percentuais idênticos. Apesar de elencarem conjuntos diferenciados a saber; ineficaz (20%), bem articulada (20%) e eficaz apenas na teoria (20%), apenas um participe analisou de forma positiva a política e outros dois sinalizaram insatisfação e ineficácia no processo de implementação da mesma. O expressivo percentual com relação ao numero de abstenções em responder o questionamento, merece destaque. Infere-se que 40% da amostra da Equipe multidisciplinar não avaliaram a política. Tal fato cogita que o motivo de desconhecerem a política, implica diretamente no processo de avaliação da mesma, como supracitado. O não conhecimento reflete no processo de cobertura e abrangência da rede de serviços de saúde. Isso demonstra que em boa parte das ocasiões a equipe técnica limita-se apenas com a fase de operacionalização da política, não reconhecendo os processos de formulação, avaliação e eficácia da mesma.

GRÁFICO 2: Avaliação da Política



Fonte: Dados coletados na pesquisa (2014)

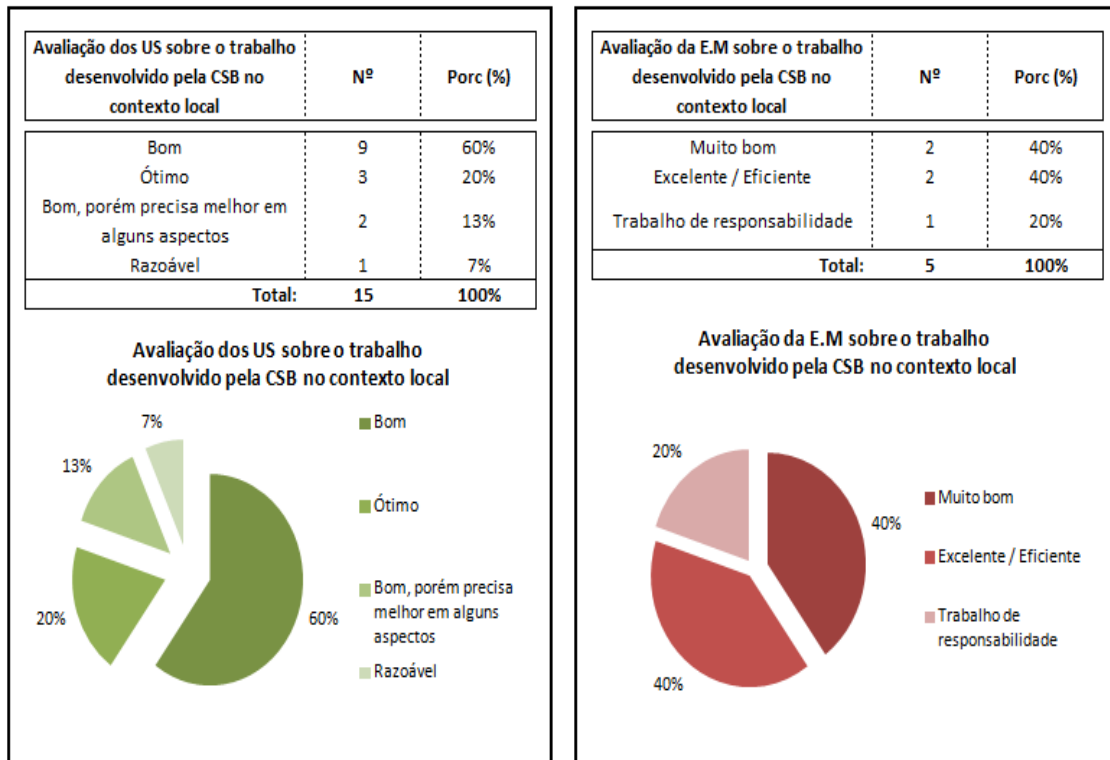
2- Cobertura e garantia dos serviços especializados no suporte ao tratamento dos usuários portadores de IRC: uma avaliação do trabalho da clínica no contexto local (que trabalho é esse?)

Partindo do pressuposto que o trabalho desenvolvido pela Clínica Senhor do Bonfim, na área de nefrologia, é caracterizado como referência em todo território brasileiro, torna-se pertinente para o estudo proposto avaliar o nível dos serviços ofertados institucionalmente. Para tanto se buscou apreciação dos critérios avaliativos elencados pelos usuários e equipe multidisciplinar, a fim de traçar um panorama sobre a qualidade do trabalho desenvolvido pela referida instituição no contexto local.

No tocante a opinião dos usuários, observou-se (gráfico 3) que 80% classificaram o trabalho da clinica como bom (60%) e/ou ótimo (20%). Com um percentual menos expressivo, apenas 7% classificou o trabalho da clinica como razoável e 13% ponderaram que apesar da clinica desenvolver um bom trabalho, faz-se necessária à revisão em alguns aspectos. Esse último índice reflete a insuficiência no formato de organização dos serviços ofertados institucionalmente, bem como a reprodução de cuidados inadequados para com o publico que acessa o mecanismo. Não obstante, cabe sinalizar que cada instituição possui padrões de gestão específicos e peculiaridades no que compete a infraestrutura, organização social e conflitos internos e externos. Por isso, apreende-se como necessária a formulação de estratégias para uma melhor condução dos serviços de saúde, buscando soluções que viabilizem uma melhor articulação da rede e condução da equipe técnica.

Por se tratar de uma instituição de caráter privado, porém vinculada ao SUS, é importante frisar que, baseado em SANTOS (2004), os subsistemas privados tendem a avigorar na sociedade e na equipe de saúde, certos valores que o SUS luta, paulatinamente para desconstruir. A saber, nos mecanismos classificados como privados existe uma vigorosa tendência em supervalorizar serviços médicos, entrega de medicações e procedimentos de alto custo, minimizando o direito a saúde ao direito de “consumir” os serviços médicos. Tal assertiva ajuíza que esse jogo de interesses é o principal responsável por interferir na consolidação do modelo assistencial proposto pelo SUS, uma vez que incrusta no imaginário dos usuários do serviço de saúde e profissionais o ideal de que a oferta de serviços baseia-se no poder de compra da pessoa ou do segmento populacional.

GRÁFICO 3: Avaliação do trabalho desenvolvido pela Clínica no contexto local



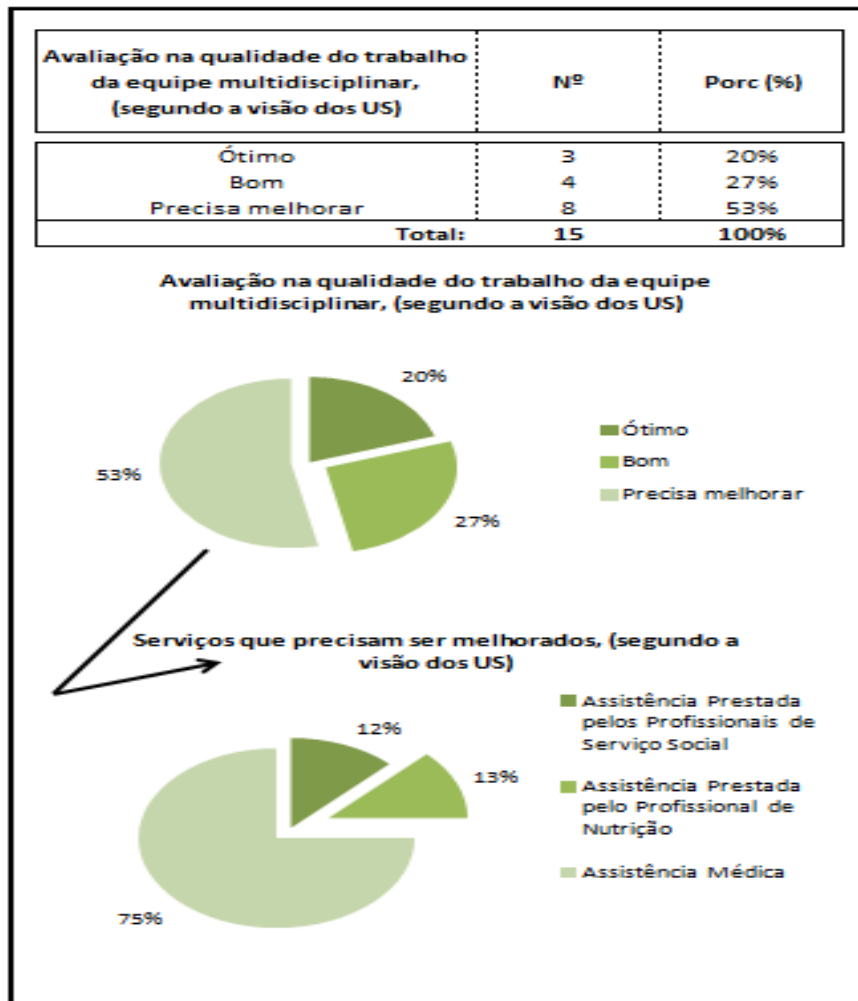
Fonte: Dados coletados na pesquisa (2014)

A categoria que avaliou a qualidade do trabalho desenvolvido pela CSB no contexto local (gráfico 4), permitiu a interlocução com outro critério que aponta quais serviços, em específico, precisam melhorar institucionalmente. Para tanto, será utilizada falas dos usuários e análise estatística percentual que possibilitem a identificação desses serviços.

Quando questionados sobre a qualidade dos serviços desenvolvidos pela equipe multidisciplinar na Clínica, mais da metade (53%) dos usuários afirmaram que os serviços precisam ser melhorados. Já 47% analisaram os serviços como bom (20%) e/ou ótimo (27%). O usuário (US)- 1 pontuou “- *Precisa melhorar o acompanhamento medico. Muitas vezes o medico não passa nas alas. Não sei se por excesso de intercorrências ou por insuficiência de profissionais*”. O US-2 destaca: “-*Em relação a alguns funcionários esta razoável, tem alguns que precisam dar uma regularizada. Para mim, a Assistente Social mesmo, tem coisas que precisamos e a resposta é sempre não. Então esta fraco*”. O US-3 reitera o posicionamento dos colegas afirmando que: “- *Eu vejo muita gente falar bem e mal daqui. Faz um trabalho bom faz, mas falta ainda muita coisa. Falta vontade dos profissionais de verem o paciente curado. A busca pelo transplante não é feita, é extramente difícil na Bahia*”.

Através dos percentuais extraídos da pesquisa e análise das falas referendadas, entende-se que, majoritariamente (75%), a assistência médica foi apontada como o serviço que necessita ser reorientado institucionalmente. A baixa resolutividade do trabalho exercido por esse segmento esbarra no próprio perfil de formação desses profissionais (nefrologistas). São, em sua grande maioria, médicos que enfrentam profundas dificuldades para dar conta da complexidade que o processo saúde-doença acarreta a vida do paciente; quer seja no que se refere a aspectos estritamente clínicos, no trato com as questões sociais relacionadas ao tratamento, ou até mesmo pela capacidade de encaminhamento do indivíduo ali assistido a mecanismos com maior nível de resolução, Campos (1991).

GRÁFICO 4: Qualidade do trabalho da Equipe Multidisciplinar



Fonte: Dados coletados na pesquisa (2014)

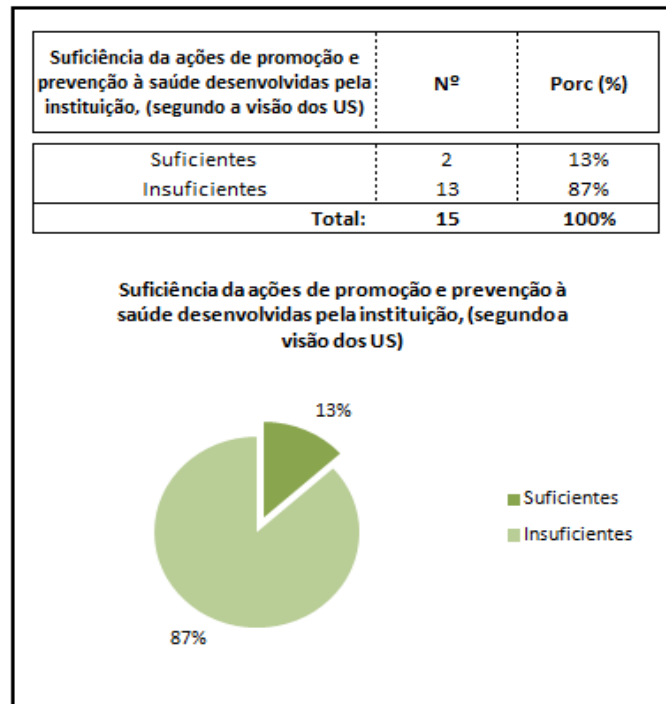
Em se tratando da suficiência das ações de promoção e prevenção a saúde desenvolvidas pela CSB (gráfico 5), pode-se perceber que 87% dos usuários entrevistados as classificaram como insuficientes. Esse dado torna-se ainda mais significativo se considerarmos que, 100% da equipe multidisciplinar também classificou as ações como insuficientes. Dessa maneira, a pesquisa revela que, para se promover saúde são necessárias ações em vários setores, além do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde pois estas, vista a demanda, tornam-se incipientes.

Quando indagada sobre a suficiência das ações, a equipe multidisciplinar inferiu que: *“-O ideal seria o desenvolvimento de projetos e ações específicos para atender pacientes com baixo entendimento intelectual e que as informações cheguem a todos e sejam colocadas em pratica”*.(entrevistado E.M 1):

“-Não são suficientes porque precisam de uma melhor qualidade da assistência à saúde básica. Os pacientes já chegam à unidade na maioria terminais ou pré-terminais.”. (entrevistado E.M 2)

“- A IRC é uma doença silenciosa, na maioria das vezes o individuo não sabe que pode desenvolvê-la e até a fase do diagnóstico perpassa pelo desconhecimento. Por isso é preciso realizar mais projetos de intervenção de política de redução de danos e prevenção de doenças crônicas”. (entrevistado E.M 3).

Os posicionamentos acima referendados abrem margens para a ponderação de que a CSB, enquanto um Centro de Referência especializado no serviço de nefrologia tem a missão de buscar a articulação com os demais setores da sociedade que possuem interferência direta ou indireta na área da saúde, com a intencionalidade de certificar o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando os riscos e as reais necessidades dos indivíduos que acessam o serviço de saúde disposto na instituição, como assegura o SUS. Ainda que a saúde seja um direito de todos dever do Estado, como afiança a CF88, isto não isenta cada indivíduo, nem as empresas, escolas, sindicatos, e associações, de sua participação e responsabilidade no processo do cuidado para com aqueles que necessitem acessar os mecanismos de saúde .(BRASILIA, 1990)

GRÁFICO 5: Suficiência das Ações de Promoção e Prevenção

Fonte: Dados coletados na pesquisa (2014)

A avaliação da qualidade do trabalho técnico e os desafios postos a sua operacionalização são detectados apenas pela Equipe multidisciplinar, visto que essa categoria corresponde ao universo desse público. 60% dos entrevistados, como demonstra o gráfico 6, qualificaram como bom o trabalho desempenhado institucionalmente, e 40% como ótimo. Apesar da avaliação positiva, alguns componentes da E.M ressaltaram os desafios postos a competência que desenvolvem na CSB. Para tanto apontaram enquanto desafio ao exercício profissional:

“- Tentar adequar o paciente a uma rotina, fase de adequação ao tratamento”. (entrevistado E.M 2)

“- Detecção e prevenção de riscos em todos os setores e busca pela excelência da prestação de serviços”. (entrevistado E.M 4)

“- Em termos técnicos a CSB procura investir e estimular os profissionais em todas as áreas. O desafio é o profissional aprender todas as dimensões postas ao seu exercício, na busca pela excelência nas atividades nos seus aspectos globais.” (entrevistado E.M 5)

Verifica-se que existem contradições entre os princípios do SUS e a maneira como os próprios atores (profissionais de saúde) que compõem o sistema operam. Essas contradições

ou descompassos acabam por legitimar as velhas praticas e valores ainda enraizados na operacionalização do SUS, precisando ser debatidos e superados.

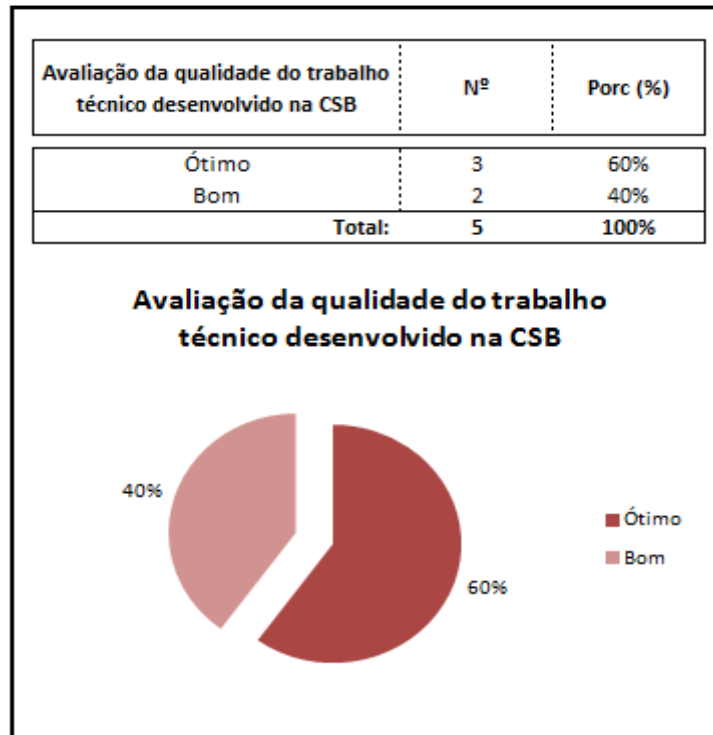
Como aponta SANTOS (2004), o Ministério e as Secretarias de Saúde, no que tange a articulação das políticas e construção da integralidade da rede, trabalham com as políticas de saúde de maneira fragmentada, a saber: gestão é separada da atenção, atenção, por sua vez separada da vigilância e cada uma delas decomposta em inúmeras áreas técnicas.

Com base em Feuerwerker (2005), em se tratando do desenvolvimento do trabalho nas áreas técnicas constata-se que é essencialmente controlável. Por se tratar de uma relação entre indivíduos, essa relação estará vulnerável a desígnios do trabalhador em espaço, seja autônomo ou privado, de materialização da prática.

“Muito longe de ser uma “caixa vazia”, cada trabalhador e cada usuário tem ideias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses”.(HELMAN, 2003 apud FEUERWERKER, 2005, p.501)

Esses trabalhadores, muitas vezes, são orientados por normas internas dos estabelecimentos em que operacionalizam o exercício profissional, sendo induzidos a uma padronização de suas ações. Esse movimento pode fazer com que as oportunidades de participação desses trabalhadores na elaboração de políticas e construção de praticas emancipatórias, sejam reguladas ou minimizadas.

Dessa maneira, a luz de Merhy (2002), apreende-se que a rede que compõem os serviços de saúde, é enquadrada como palco de ação para um conjunto de atores (profissionais de saúde, gestores, usuários), que carregam em suas ações certo grau de intencionalidade. Os profissionais de saúde, frente a esse jogo de interesse, desenvolvem seus papeis em um terreno marcado por praticas de caráter privatista e ao processo público de trabalho, exigido pelo SUS. Por conseguinte, o cotidiano desse grupo é fortemente marcado por duas situações: a das normas e papéis determinados política e institucionalmente, e a das práticas privadas de cada membro da equipe multidisciplinar.

GRÁFICO 6: Qualidade do trabalho técnico

Fonte: Dados coletados na pesquisa (2014)

3- Dilemas e Desafios da materialização da política: uma reflexão sobre o descompasso entre o que se preconiza e o que se efetiva no tocante a garantia dos direitos e da qualidade da oferta dos serviços prestados.

No que compete a garantia da qualidade de vida assegurada pela CSB durante o tratamento de hemodiálise, 73% dos usuários opinaram que a Clínica prima pela categoria no decorrer do tratamento, como aponta o gráfico 6. Com percentual menos expressivo, porém carregado de relevância, 20% do público opinou que a qualidade de vida não é assegurada. Apenas 7% não souberam e/ou não opinaram.

A categoria qualidade de vida pode ser entendida, de acordo com o conceito criado pela Organização Mundial da Saúde-OMS como: “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1998, p. 27).

A aplicação de indicadores que buscam avaliar a qualidade de vida em saúde encontra-se intrinsecamente relacionada à eficácia e impacto ocasionado pela efetivação, ou não, de serviços de saúde. Considerando o binômio saúde-doença, a qualidade de vida aparece como

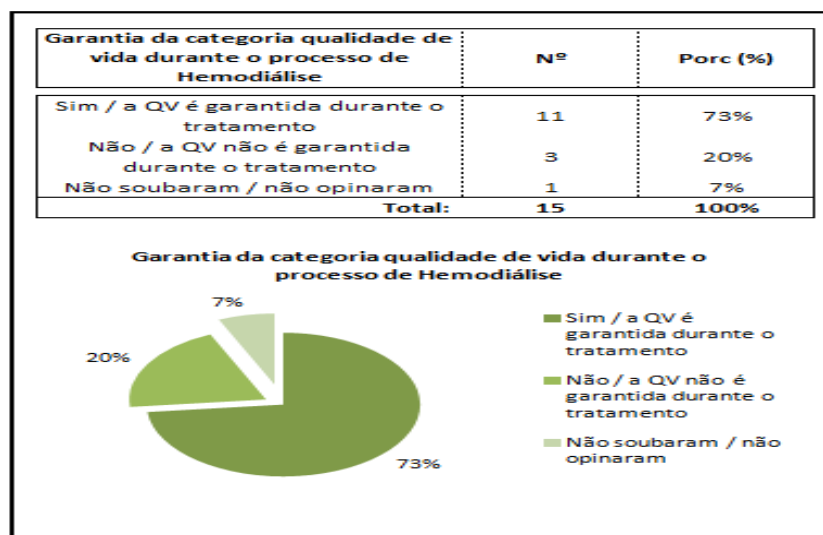
elemento chave para expressar a percepção dos sujeitos quanto às condições reais em que vivem os seres humanos.

Os depoimentos abaixo relacionados são representativos do ponto de vista dos usuários que classificaram a categoria como não assegurada durante o processo de tratamento: “- *Ficamos muito abalados coma doença em si, principalmente com a falta de esperança que é transmitida pelos profissionais. O Psicólogo mesmo que é apenas um pra clinica toda, só nos visita quando pode. Às vezes precisamos desabafar e ele não esta lá!*” (entrevistado US 3)

“- *Muitas vezes você entra com a autoestima mais ou menos e fica pior. Colegas mesmo passaram mal nas alas, pois os médicos não têm a atenção que deveriam ter. É muita falta de ética! Fazer piadas com o tratamento pra mim é demais!*” (entrevistado US 9)

A situação apresentada induz que a ausência de profissionais na atenção para com usuários pode acarretar em um movimento de diminuição da expectativa de vida dos indivíduos acolhidos pela instituição, bem como a desumanização do conceito qualidade de vida pelos profissionais. Essa categoria deve ser compreendida para além de uma conceituação que versa apenas o aumento de anos na sobrevida dos pacientes acometidos pela IRC. Como pontua FLECK (1999), a busca pela qualidade de vida não está reduzida ao prolongamento dos anos na vida dos indivíduos, mas, sobretudo remete a qualidade dos anos vividos.

GRÁFICO 7: Qualidade de vida durante o tratamento / ponto de vista dos usuários



Fonte: Dados coletados na pesquisa (2014)

Os itens a seguir irão traçar um panorama sobre a situação do transplante renal na Clínica. Um dos principais impasses que fragilizam a efetivação da Política Nacional de

Atenção ao Portador de Doença Renal encontra-se no processo de garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante.

Com base em dados extraídos da SBN, atualmente no Brasil estima-se que 35.000 pacientes diagnosticados com insuficiência renal crônica estão em tratamento de hemodiálise. Destes, somente três mil conseguem ser transplantados anualmente. Essa disparidade com relação aos número de pacientes portadores da neuropatia em razão dos que conseguem o transplante se deve ao fato de que no país, só conseguimos transplantar 10 % dos pacientes que estão ativos em lista de espera. Os outros 90%, correspondem a usuários que não conseguem permanecer ativos devido a contra indicações de ordem clínica ou emocional, mas principalmente às burocracias impostas pelo próprio SUS, quer seja pela demora na realização de exames pré-transplante, pelo curto tempo e validade dos mesmos, ou pelo fato do SUS não custear alguns exames. (SBN, 2012).

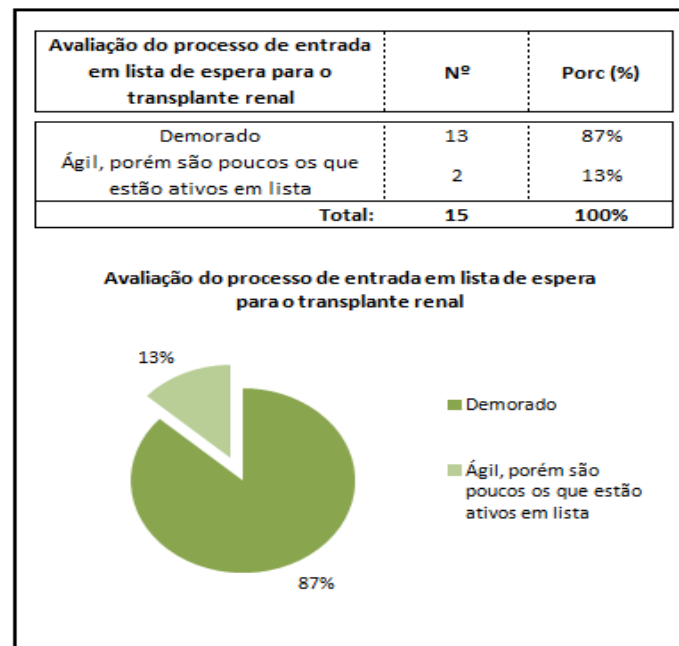
Os itens a seguir irão traçar um panorama sobre a situação da entrada em lista de espera para transplante na CSB. Para tanto se utilizou questões fundamentais para a apreensão do ponto de vista dos usuários e equipe multidisciplinar, a saber; avaliação do processo de entrada em lista; principais impasses enfrentados no processo de inserção, e o que poderia ser melhorado.

O gráfico abaixo (gráfico 8) demonstra a opinião dos usuários com relação a categoria Avaliação do processo de entrada em lista de espera para transplante renal. Majoritariamente, 87% do público classificou-o como demorado. Apenas 13% opinaram que o processo de inserção é ágil, porém ainda são poucos os que estão em lista.

No tocante a equipe multidisciplinar, quanto questionada sobre a categoria, todos os membros expressaram que o processo é demorado, demonstrando, dessa forma, a demora e precariedade no acesso dos indivíduos a lista. As opiniões abaixo são um retrato dessa realidade.

“- A inserção do Paciente Renal em lista de transplante não depende de estratégias utilizadas pelo profissional que possa minimizar os impactos, mas sim da desburocratização do Sistema Único de Saúde (SUS)” (entrevistado E.M 3)

“- Os impactos psicológicos são uma realidade desestimuladora na vida dos pacientes, pois esbarram na burocracia de num sistema lento e precário para o processo de entrada em lista para transplante. Para nós profissionais, frente a esses desafios, cabe sempre estimulá-los a continuar lutando pelos seus objetivos.”(entrevistado 4)

GRÁFICO 8: Avaliação do processo de entrada em lista para transplante

Fonte: Dados coletados na pesquisa (2014)

O gráfico a seguir (gráfico 9) ratifica a informação supracitada, identificando quais fatores configuram-se como impasses no processo de inserção dos pacientes em lista de espera para transplante.

Contrastando as opiniões dos usuários e equipe multidisciplinar observou-se que; no tocante ao universo dos US, 27% dos indivíduos expressaram que o alto custo dos exames é o segundo principal impasse no processo de inserção em lista, ficando atrás apenas da burocracia imposta pelas centrais de regulação para agendar os exames pré-transplante. O fato do SUS não custear o exame mais caro para que o paciente torne-se ativo em lista, a uretrocistografia, implica nesse posicionamento por parte dos usuários. 20% dos US identificaram a falta de informação como um dos impasses, seguido do descrédito no andamento da fila (7%), e do fato de alguns (7%) nunca terem cogitado a possibilidade de transplante.

A equipe multidisciplinar, quando questionado sobre os impasses, expressou opinião parecida com a dos usuários. A burocracia para realização dos exames e não custeamento do SUS com relação a alguns obtiveram, separadamente, 40% dos posicionamentos; seguido da falta de informação (20%).

Os posicionamentos inferidos pela EM e US ratificam os percentuais acima relacionados. “-A realização de todos os exames necessários para o procedimento de transplante dificulta a inserção do pacientes em lista. Os pacientes atendidos nessa unidade

realizam tratamento pelo SUS e os seus exames são encaminhados/agendados pela regulação, o que dificulta o bom andamento do processo.” (entrevistado EM 3)

“-As dificuldades socioeconômicas para realização dos exames junto à falta de informação são alguns dos impasses enfrentados pelos pacientes.” (entrevistado EM 5)

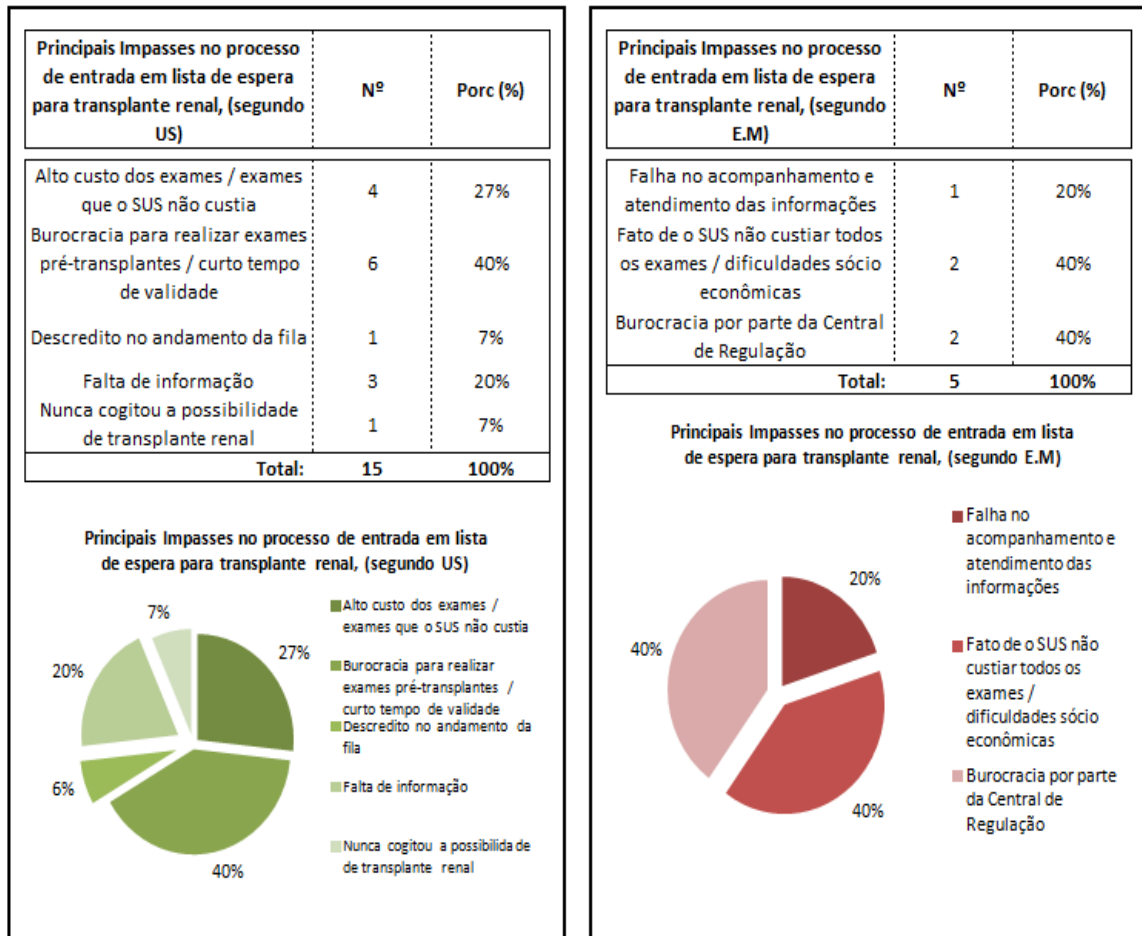
“- A falta de informação da parte medica para com os pacientes, juntamente coma falta de incentivo diante das nossas angustias e medos.” (entrevistado US 12)

“- Quando eu cheguei aqui, tinha um homem com 28 anos de diálise que nunca conseguiu ficar ativo na fila de transplante. Eu vou acreditar nisso?! Um negócio que passa anos e mais anos e não resolve nossa situação. Eu não tenho mais interesse!” (entrevistado US 6)

Nesse contexto, pode-se entender que o direito de estar ativo em fila de espera para transplante afirma-se como um dos principais dilemas enfrentados pelos portadores de IRC, na busca pela consolidação da saúde como direito democrático do cidadão (como é assegurado constitucionalmente). Esse assertiva torna-se ainda mais evidente se considerarmos o processo maturativo de uma Política nova, recém-implementada como é o caso da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Não obstante, a construção de políticas e práticas de saúde democráticas requer a ponderação de que

“O SUS, que é uma política, um projeto e várias outras coisas ao mesmo tempo, pede atores sociais para ser produzido, sustentado e recriado. No entanto, a construção do sistema vem sendo operada numa realidade em que, de fato, não há atores totalmente consolidados para cumprir estas tarefas (lembramos da realidade do controle social, da configuração de gestores estaduais e municipais, da não participação direta e cotidiana de trabalhadores e usuários na construção das políticas de saúde).Em função de tudo isso, o SUS não é hegemônico. Na prática, é frágil e está em plena construção. Não há indícios claros de que será possível implantá-lo em sua profundidade básica, pois para tanto dependemos,decisivamente, da fabricação de atores para cumprir esses papéis em novos espaços de encontro e produção das práticas e políticas de saúde”. (2005, p. 502 e 503)

GRÁFICO 9: Impasses no processo de inserção em lista de espera para transplante



Fo

nte: Dados coletados na pesquisa (2014)

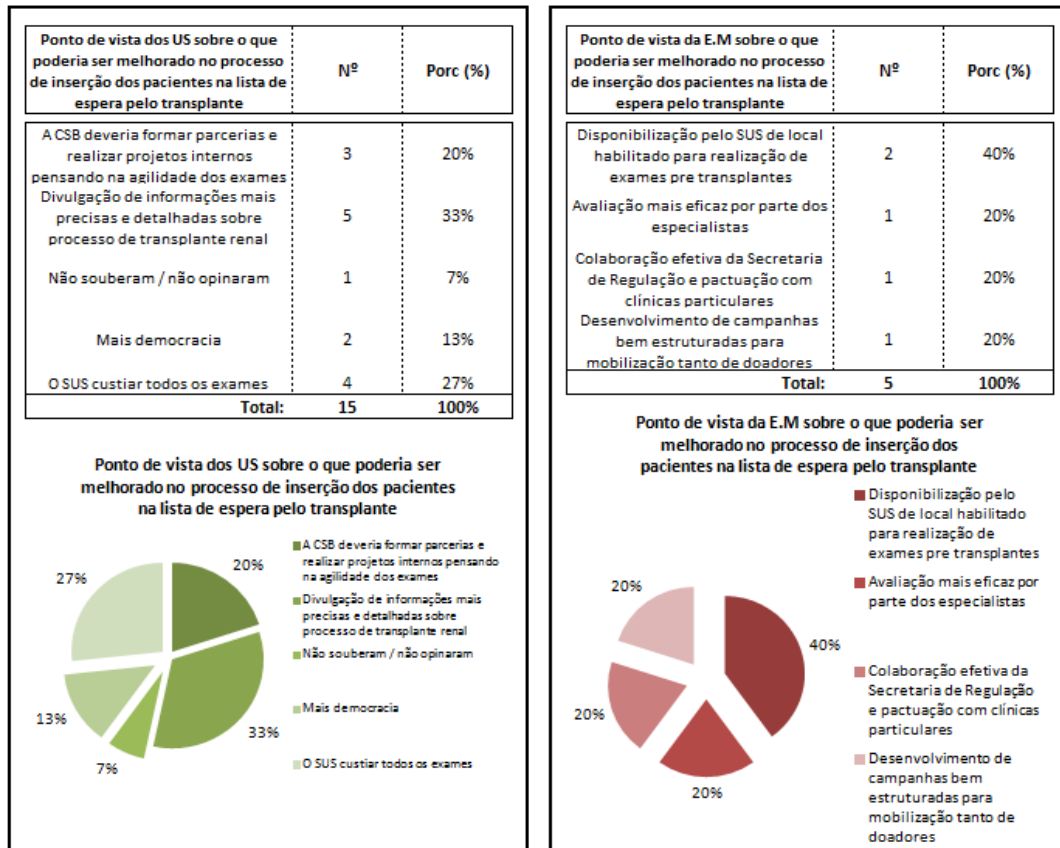
São indispensáveis as considerações e questões tecidas pelos atores no campo da saúde para a consolidação do sistema que tanto se almeja. Pensando nisso, a categoria a seguir aponta quais fatores necessitam serem melhorados para que o processo de entrada em lista de espera para transplante se efetive de maneira equânime, como preconiza a política de atenção.

A maioria dos usuários (33%) classificaram o repasse de informações precisas e detalhadas acerca do transplante, como elemento crucial na busca pela melhoria no processo de inserção em fila. O segundo elemento citado por eles é o fato de que o SUS deveria custear todos os exames (27%), seguido da proposta de que a CSB deveria formar parcerias com outras instituições a fim de agilizar os exames pré-transplante (20%). 13% opinaram que deveria haver mais democracia durante o processo, e 7% não souberam e/ou não opinaram.

Ao tratar da opinião da equipe multidisciplinar, observou que 40% apontaram como principal estratégia de melhoria, a disponibilização de local apropriado pelo SUS para

realização dos exames. Distribuídos de maneira igualitária, os percentuais correspondentes à avaliação mais eficaz por parte de especialistas, colaboração efetiva da central de regulação e pactuação com clínicas particulares, e desenvolvimentos de campanhas de mobilização de doadores, equivalem a 20% cada um.

GRÁFICO 10: Itens que poderiam ser melhorados no processo de entrada em



lista

Fonte: Dados coletados na pesquisa (2014)

Diante do exposto, observa-se que a categoria ‘acesso à lista de espera para transplante’ analisada nesses três últimos gráficos e versada no item 3 do artigo III da política em questão, configura-se como principal barreira existente que dificulta a consolidação do Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal na CSB. Para que ocorra efetivamente a plena consolidação da Política de Atenção se faz necessário haver além das mudanças organizacionais dos serviços internos, o desenvolvimento de ações integradas entre o setores saúde nas três esferas de poder, objetivando a conscientização da importância de promoção da saúde e prevenção da doença, assim como a seguridade de inserção equânime em lista de transplante; para que, de fato, possam ser executados pelos mecanismo legais e

operacionais do sistema de saúde, não ficando submetida apenas e tão somente ao designo das leis, que postas ao real são impalpáveis.

4 NOTAS CONCLUSIVAS

Diante do exposto, ao qual o caminho metodológico nos direcionou, o presente trabalho intitulado **‘As contradições e desafios na operacionalização da Política Nacional de Atenção ao Portador de doença Renal na Clínica Senhor do Bonfim na Clínica, Feira de Santana-Ba: olhar da equipe multidisciplinar e usuários’**, buscou discutir por meio de demarcação política e pesquisa de campo, fatores que se configuram como impasses no processo de operacionalização da Política no referido lócus. Apresentando como ponto alto dessa discussão, as modificações arrancadas no cenário nacional da saúde pela Reforma Sanitária e Constituição da República Federativa de 1988, pois a partir desses dois marcos políticos tornou-se viável a ampla abertura no campo dos direitos sociais e democráticos da população; passando a incluir a Saúde como um direito inalienável a condição humana.

Dando continuidade a essa análise, visualizou-se que a busca pela consolidação da Política de saúde, perpassou por diversos caminhos até a materialização do Sistema Único de Saúde Brasileiro, o SUS. Caminhos esses, a saber: a reforma sanitária e marcos leais instaurados pela CF 88 que possibilitaram a articulação de práticas e a conformação de um projeto político cultural sólido, que versa os princípios e proposições representativos de um conjunto de políticas bem articuladas, em defesa da participação da população, bem como ao vinculação da saúde com lutas sociais e políticas mais amplas.

Entretanto, contemporaneamente, alguns desafios e dilemas são postos a abrangência das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, especialmente as que versam sobre a Atenção a segmentos populacionais específicos. Inúmeras vezes os direitos e garantia de cobertura das políticas, providos pelo Estado e seus entes federativos, não alcançam a abrangência designada por lei; necessitando haver uma reorientação dos serviços de assistência à saúde bem como a resignificação das ações desenvolvidas pelos profissionais para que possam vir à assegurar, de fato, à promoção e prevenção de danos. Embates como estes tencionam interesses no debate político, e acima de tudo somam impasses para a operacionalização do modelo de atenção e proteção social proposto pelo governo.

Nesse sentido, a problematização do estudo perpassou por critérios, postos a análise, de que a Política de Atenção aos portadores de IRC torna-se ineficaz e principiante se consideramos as divergências postas ao que é versado pela Lei e materializado no real. É indiscutível a importância da manutenção da vida dos indivíduos que realizam hemodiálise, até porque boa parte dos usuários acolhidos na instituição buscam conviver bem com problema de saúde através da substituição do rim pela máquina, entretanto devemos ponderar

que as Políticas de saúde, sobretudo aquelas direcionadas a essa parcela que convive com problemas crônicos, precisam operacionalizar-se para além de um investimento voltado para a sobrevivência, compreendendo na mesma proporção a importância do resgate da qualidade de vida dessas pessoas, estimulando-os a compreender o processo saúde-doença, e porque não dizer ‘energiza-los’ com práticas que apontem uma reversão do quadro clínico ou até mesmo o processo curativo através do transplante.

Por isso, avaliar o contexto de implementação e adequação ao perfil das reais necessidades do público-alvo, para o qual a Política se destina, se fez imprescindível no processo investigativo, uma vez que potencializou a análise da intervenção e eficácia do modelo de atenção proposto, posto a evidência por meio do posicionamento dos usuários e equipe multidisciplinar.

Nesse tocante, problemáticas como acessibilidade à política, avaliação do trabalho do clínico no contexto local, qualidade do trabalho técnico, e a qualidade de vida em diálise são posto a análise, que se bem trabalhadas e desenvolvidas, poderão corroborar enquanto fatores positivos para agir em alguns dos maiores desafios de efetivação da política, a saber: o processo de entrada equânime em lista de espera para transplante.

Como defende Gilson de Cassia Marques Carvalho, ex Diretor do Departamento do SUS/SAS do Ministério da Saúde

O modelo de atenção que defendemos é aquele que se mostre mais resolutivo e que seja social e tecnicamente aceito pela sociedade e que possa ser sustentado pela nossa economia. Sem estes três componentes qualquer modelo que buscamos não terá a mínima chance de ser universalizado e buscar a equidade, que nada mais é que a justiça(..) A Constituição é rica em defesa da participação dos cidadãos e em garantir-lhes inúmeros direitos, como coparticipes de nossa nação. Para tanto as conferências de Saúde são mecanismos utilizados para auscultar a comunidade, aqueles que acessam e prestam os serviços de saúde. Este, dentre outros mecanismos precisam ser divulgados e utilizados pelos cidadãos. Infelizmente a submissão foi uma das nossas características do nosso povo durante muitos séculos e precisamos mudar, descruzar nossos braços, parar de achar que surgirão salvadores da pátria para modificar nossa situação, ou em quem poderemos sempre colocar a culpa por tudo que acontece. Os novos tempos do SUS clamam por uma maior e mais profunda participação popular ocupando os lugares reservados pelas leis e trabalhando para transformar esta nossa realidade extremamente iníqua. **(trecho extraído de Palestra realizada na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em abril de 1993).**

Este trecho descreve bem o atual momento das políticas de saúde no país. A cada dia nos certificamos que o exercício da cidadania configura-se como um dos maiores direitos, em defesa de um sistema de saúde igualitário. Trabalhadores, usuários, gestores, independente do predicado atribuídos, tem comum competência a capacidade de apontar um saída para

reestruturar as Políticas de saúde do Brasil. Nesse sentido, o estudo aqui realizado teve esse caráter, o de tentar apontar quais fatores necessitam serem revistos no processo de implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal na clínica Senhor do Bonfim, com vista a possibilitar minimizar o descompasso existente entre o proposto pela Lei e o materializado, torne-se realidade a melhoria na oferta de serviço.

Anseia-se, sem pretencionismos, que ao discorrer sobre essa temática – embora circunscrita institucionalmente no Clínica Senhor do Bonfim – construída através do processo dialético que dera vida as averiguações, possa situar os leitores quanto as contradições e desafios postos a operacionalização da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, bem como dos reais impasses e possibilidades que possam advir da incipiência da política. Ao mesmo tempo em que possa suscitar questões e interesse junto ao segmento de discentes do Serviço Social e áreas afins, no tocante ao universo dos portadores de IRC, gerando discussões que possam contribuir para uma melhor efetivação dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

Almeida C, Macinko J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.** Brasília-DF: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2006. 215. (Série Técnica - Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

ARRETCHE, Marta. **Mitos da Descentralização:** Mais democracia e eficiência nas políticas públicas? Revista Brasileira de Ciências Sociais. n°31. 1996. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/content/view/108/54> Acesso em: 10/03/2014.

BRASIL. **Livro do Aluno Terapia Renal substitutiva.** São Paulo, 2012. Disponível em: http://tecsaude.sp.gov.br/pdf/Livro_do_Aluno_TERAPIA_RENAL_SUBSTITUTIVA.pdf > Acesso em : 12/03/2014

_____. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** - Brasília : CONASS, 2003. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf > acesso em : 03/02/14.

_____. Constituição da República Federal do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência.** 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf> > acesso em: 03/02/14.

_____.ministério da saúde. **POLITICA DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL.** Portaria ministério da saúde / sas n° 82 de 17 / 04 / 2003,disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm> Acesso em 13 de outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Saúde nas Fronteiras:** Estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteiras com países do MERCOSUL. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2007. Relatório final. VI. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras/pdf/relatorio_cnpq.pdf> Acesso em: 04/02/2014.

CAMPOS, G. W. S. **A reforma da reforma:** repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

DILTHEY, W. **Introducción a las Ciencias del espíritu.** Madri: Revista de Occidente, 1956.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.5, n.1, 2000 p. 33-38.

FLEURY, S. 2003. **Políticas sociais e democratização do poder local**. In : VERGARA, S. C. & CORRÊA, V. L. A. (orgs.). 2003. *Propostas para uma gestão pública municipal efetiva*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes a prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, 2000. Disponível em <<http://desafios2.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89>> acesso em 13 de outubro de 2013.

FEUERWERKER, L. M. **Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field**: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

GENTELLI, Pablo; SILVA, Tomaz Tadeu da. **Neoliberalismo, qualidade total e educação: visões críticas**, 1995

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo, Editora Atlas, 1987. Capítulo II. O questionário. Conceituação. Vantagens e limitações do questionário. A construção do questionário. p. 124-132.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde**: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública* 2004.

Lopes CMN. **Regionalização em saúde**: o caso de uma microrregião no Ceará (1998–2002 e 2007–2009) [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2010

LUGON. Jocemir R.. Doença Renal Crônica no Brasil: um problema de saúde pública. **Bras Nefrol**, 2009;31(Supl. 1):2-5.

Mendes E. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002

MOTA, Ana Elizabete. **Seguridade Social Brasileira**: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo, Cortez, 2006.

PAIM, Jairnilson Sila. **A Reforma Sanitária e a Municipalização**. Saúde e Sociedade. Vol.1. São Paulo 1992. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v1n2/03.pdf>>. Acesso em: 17/01/14

_____. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social:** temas & questões. São Paulo: Cortez, 2008.

RICHARDSON, Roberto Jarry e outros. **Pesquisa social; métodos e técnicas.** São Paulo, Editora Atlas, 1985.

SANTOS, N. R. **Ética social e os rumos do SUS.** Conasems, 2004. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=1327&codPagina=1334#>>. Acesso em Março de 2014

SILVA, SF. **Redes de atenção à saúde no SUS.** O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: Idisa/Conass; 2008.

APÊNDICE

Questionário aplicado com a Equipe Multidisciplinar



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA – UFRB
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADE E LETRAS – COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL
QUESTIONARIO (TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO-PESQUISA DE CAMPO)
DISCENTE: JULLIANA SANTANA SILVA BORGES
PUBLICO ALVO: EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

CONTRADIÇÕES E DESAFIOS NA OPERACIONALIZAÇÃO DA POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL NA CLINICA SENHOR DO BONFIM

FOCO DA PESQUISA:

Art. 3º : Definir que a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, de que trata o artigo 1º desta Portaria, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

III - alta complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal. A assistência na alta complexidade se dará por meio dos Serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde.

1. VOCÊ JÁ TEVE ACESSO AO CONTEUDO DISPOSTO PELA POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL?

() SIM () NÃO

2. COMO VOCÊ AVALIA A REFERIDA POLITICA?

3. COMO VOCÊ AVALIA O TRABALHO DESENVOLVIDO PELA CLINICA NO CONTEXTO LOCAL?

4. COMO CLASSIFICA O ACESSO AO SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA DISPONIBILIZADO PELA CLINICA?

FÁCIL ACESSO DIFÍCIL ACESSO DEMORADO / FALTA DE VAGAS

5. A QUANTIDADE VAGAS DISPONIBILIZADAS PELA CLINICA, ATUALMENTE, É CONSIDERADO SUFICIENTE PARA DEMANDA QUE A LOCALIDADE POSSUI ?

SIM NÃO

6. AS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO A SAÚDE DESENVOLVIDAS PELA INSTITUIÇÃO (ATRAVÉS DE PROJETOS INTERNOS E PARCERIAS) SÃO SUFICIENTES PARA REDUZIR A PREVALÊNCIA E OS DANOS OCASIONADOS PELA IRC? SE A REPOSTA FOR NÃO, POR QUÊ?

SIM NÃO

7. COMO CLASSIFICA A QUALIDADE DO TRABALHO TECNICO DESENVOLVIDO E QUAIS SEUS DESAFIOS?

OTIMO BOM REGULAR RUIM PRECISA MELHORAR

8. PARA VOCÊ, A QUALIDADE DE VIDA, ENTENDIDA COMO O BEM ESTAR FÍSICO, PSICOLÓGICO, MENTAL E SOCIAL DO PACIENTE, É GARANTIDA NO PROCESSO DE DIALISE? POR QUÊ?

SIM NÃO

9. COMO AVALIA AS CONDIÇÕES (ÉTICAS E TÉCNICAS) DO TRABALHO DESENVOLVIDO?

10. COMO VOCÊ AVALIA O PROCESSO DE ENTRADA EM LISTA DE ESPERA PARA O TRANSPLANTE RENAL? E QUAIS AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS POR VOCÊ PROFISSIONAL PARA MINIMIZAR OS IMPACTOS QUE A INSERÇÃO OU NÃO DO PACIENTE NA LISTA POSSA OCASIONAR?

ÁGIL ÁGIL, POREM SÃO POUCOS OS QUE ESTÃO EM LISTA

DEMORADO

11. QUAIS OS PRINCIPAIS IMPASSES ENFRENTADOS PELOS PACIENTES NO PROCESSO DE INSERÇÃO NA LISTA PELO TRANSPLANTE?

12. DE ACORDO COM O SEU PONTO DE VISTA, O QUE PODERIA SER MELHORADO NO PROCESSO DE INSERÇÃO DOS PACIENTES NA LISTA PELO TRANSPLANTE?

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

Questionário aplicado com os usuários



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA – UFRB
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS–COLEGIADO DE SERVIÇO
SOCIAL
QUESTIONARIO (TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO-PESQUISA DE
CAMPO)
DISCENTE: JULLIANA SANTANA SILVA BORGES
PUBLICO ALVO: USUÁRIOS

CONTRADIÇÕES E DESAFIOS NA OPERACIONALIZAÇÃO DA POLITICA
NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL NA CLINICA
SENHOR DO BONFIM

FOCO DA PESQUISA:

Art. 3º : Definir que a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, de que trata o artigo 1º desta Portaria, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

III - alta complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise visando alcançar impacto positivo na sobrevivência, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal. A assistência na alta complexidade se dará por meio dos Serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde.

1. VOCÊ JÁ TEVE ACESSO AO CONTEUDO DISPOSTO PELA POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL?

()SIM ()NÃO

2. COMO VOCÊ AVALIA A REFERIDA POLITICA?

3. COMO VOCÊ AVALIA O TRABALHO DESENVOLVIDO PELA CLINICA MULTIPROFISSIONAL NO CONTEXTO LOCAL?

4. COMO CLASSIFICA O ACESSO AO SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA DISPONIBILIZADO PELA CLINICA?

FÁCIL ACESSO DIFÍCIL ACESSO DEMORADO / FALTA DE VAGAS

5. A QUANTIDADE VAGAS DISPONIBILIZADAS PELA CLINICA, ATUALMENTE, É CONSIDERADO SUFICIENTE PARA DEMANDA QUE A LOCALIDADE POSSUI ?

SIM NÃO

6. AS AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO A SAÚDE DESENVOLVIDAS PELA INSTITUIÇÃO (ATRAVÉS DE PROJETOS INTERNOS E PARCERIAS) SÃO SUFICIENTES PARA REDUZIR A PREVALÊNCIA E OS DANOS OCASIONADOS PELA IRC? SE A REPOSTA FOR NÃO, PORQUE?

SIM NÃO

7. COMO AVALIA A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DESENVOLVIDOS PELA CLINICA?

OTIMO BOM REGULAR RUIM PRECISA MELHORAR / EM QUAL SERVIÇO?

8. PARA VOCÊ, A QUALIDADE DE VIDA, ENTENDIDA COMO O BEM ESTAR FÍSICO, PSICOLÓGICO, MENTAL E SOCIAL DO PACIENTE, É GARANTIDA NO PROCESSO DE DIALISE? PORQUE?

SIM NÃO

9. O QUADRO DE FUNCIONÁRIOS ATUALMENTE DISPOSTO NA CLÍNICA, ATENDE A DEMANDA INSTITUCIONAL, OU SEJA, É CONSIDERADO SUFICIENTE?

SIM NÃO

10. COMO CLASSIFICA O PROCESSO DE ENTRADA EM LISTA DE ESPERA PARA O TRANSPLANTE RENAL?

ÁGIL ÁGIL, PORÉM SÃO POUCOS OS QUE ESTÃO EM LISTA
 DEMORADO

11. QUAIS OS PRINCIPAIS IMPASSES ENFRENTADOS PELOS PACIENTES NO PROCESSO DE INSERÇÃO NA LISTA PELO TRANSPLANTE?

12. DE ACORDO COM O SEU PONTO DE VISTA, O QUE PODERIA SER MELHORADO NO PROCESSO DE INSERÇÃO DOS PACIENTES NA LISTA PELO TRANSPLANTE?

13. QUAL SUA SUGESTÃO PARA OFERTA DE SERVIÇOS DISPONIBILIZADO PELA CLINICA?

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!