

DÉBORA ELIAS

**O DESAFIO DE TRABALHAR EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UMA
UNIDADE DE TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Goiânia
2013

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

DÉBORA ELIAS

**O DESAFIO DE TRABALHAR EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UMA
UNIDADE DE TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás), como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Liliana Patrícia Lemus Sepúlveda Pereira

Goiânia
2013

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)

E42d Elias, Débora.
O desafio de trabalhar em uma equipe multiprofissional em uma unidade hemodialítica [manuscrito] / Débora Elias.-- 2013. 80 f.; il.; grafs.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Mestrado em Serviço Social, Goiânia, 2013. "Orientador: Prof. Dr. Liliana Patrícia Lemus Sepúlveda Pereira".

1. Saúde. 2. Grupos de trabalho. 3. Política pública. 4. Hemodiálise. I.Pereira, Liliana Patrícia Lemus Sepúlveda. II. Título.

CDU 316.47(043)

(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Dedico a todos aqueles que trabalham em serviços de hemodiálise, pois eles são fundamentais para a promoção da saúde dos renais crônicos em tratamento hemodialítico. Em especial à equipe de hemodiálise do Hospital das Clínicas, que convive com a realidade do serviço público, sem esmorecer e cuja participação foi fundamental para a realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Feliz o homem que acha sabedoria, e o homem que adquire conhecimento; porque melhor é o lucro que ela dá do que o da prata, e melhor a sua renda do que o ouro mais fino. Mais preciosa é do que pérolas, e tudo o que podes desejar não é comparável a ela. (Provérbios, 3:13-15).

A Deus, que é o meu refúgio e fortaleza, presente em minhas alegrias e aflições (Salmo 46:1).

A todas as pessoas que colaboraram e me incentivaram nesta caminhada. Aos professores do mestrado deixo o meu obrigado sincero. Todos eles foram importantes para o meu crescimento.

Aos meus colegas de turma, ficam a minha saudade e a lembrança dos bons momentos que passamos juntos, das discussões acaloradas, das brincadeiras e principalmente do que aprendi com cada um.

Aos amigos, que ficaram na torcida por mim. Conseguimos vencer essa etapa. A força de todos foi fundamental para me manter firme.

À minha família, o meu esteio, pelo suporte nesse tempo, que foi importante e necessário para mim.

À Banca de Defesa, por aceitar o meu convite, pelo enriquecimento que me proporcionou.

Por fim, à minha orientadora, Prof^a Dr^a e amiga Liliana.

A vitória é nossa! Nossa persistência superou as dificuldades por que passamos em nosso trabalho. Obrigada pela sua orientação.

RESUMO

ELIAS, Débora. O desafio de trabalhar em equipe multiprofissional em uma unidade de tratamento hemodialítico. Dissertação - (Mestrado em Serviço Social) Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

Esta dissertação tem por objetivo geral estudar como é o trabalho dos profissionais lotados em uma unidade de hemodiálise, se estão preparados para fazer atendimento multiprofissional e analisar os fatores que dificultam esse trabalho.

Como suporte teórico-metodológico utilizou-se a análise qualitativa dos dados, foi realizado pesquisa exploratória de campo no serviço de hemodiálise do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, com 15 funcionários entre os meses de maio e junho.

A equipe pesquisada é constituída de 51 funcionários. Foram entrevistados 2 médicos, 3 enfermeiros, 1 assistente social, 5 técnicos de enfermagem, todos do sexo feminino, funcionários efetivos da UFG e com tempo médio de trabalho em hemodiálise de 13 anos.

Foi realizado entrevista semi-aberta com 2 questões preponderantes: como é formada a equipe multiprofissional em hemodiálise e quais são os desafios para o trabalho multiprofissional. Para a análise dos dados, foi utilizado o método de análise de conteúdo de Bardin.

A pesquisa revelou que os funcionários tem a percepção do trabalho multiprofissional assim como a sua importância para o tratamento do paciente renal, indicam a composição ideal para uma equipe multiprofissional em hemodiálise. A equipe compreende que o trabalho multiprofissional pode trazer grandes benefícios para o paciente.

Os desafios para se trabalhar nesse formato são: a falta de pessoal especializado e condição técnica para execução do trabalho e a ineficiência da comunicação.

A experiência vivenciada por este estudo não deixa dúvidas de que o trabalho no formato multiprofissional é mais adequado para o atendimento das necessidades dos pacientes renais, assim como para a equipe.

Palavras-chaves, hemodiálise, equipe multiprofissional

ABSTRACT

ELIAS, Débora. The challenge of working in multiprofessional team at a hemodialysis treatment unit. Dissertation - (Masters in Social Work) Catholic University of Goiás, Goiânia, 2013.

This essay aims to study how is the work of professionals in a crowded hemodialysis unit, if they are prepared to do multiprofessional care and analyze the factors which difficult this work.

As theoretical-methodological support using qualitative data analysis, exploratory research was conducted on hemodialysis service field of the Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, with 15 employees between the months of May and June.

The team searched consists of 51 employees. Were interviewed 2 doctors, 3 nurses, 1 social worker and 5 nursing technicians, all female sex, long-time as UFG employees with an average time of work with hemodialysis of 13 years.

Semi-open interview was conducted with 2 prevailing issues: how is formed the multiprofessional team in hemodialysis and what are the challenges for multiprofessional work. For data analysis, we used the method of content analysis of Bardin.

The survey found that employees have the perception of the multiprofessional work as well as its importance for the treatment of renal patient, indicate the ideal composition for a multiprofessional team in hemodialysis. The team understands that the multiprofessional work can bring great benefits to the patient.

The challenges to working in this format are: the lack of specialized personnel and technical condition for performing the work and the inefficiency of the communication. The experience of this study leaves no doubt that the work on the multidisciplinary format is best suited to meet the needs of kidney patients, as well as for the team.

Key words: multiprofessional team and hemodialysis

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Básicas de Saúde
CAPD	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
CAPS	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CBI	Comissão de Intergestores Bipartite
CIT	Comissão de Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CONASEM	Conselho Nacional de Secretários Municipal de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estadual de Saúde
DPA	Diálise Peritoneal Automatizada
DRC	Doença Renal Crônica
DRTC	Doença Renal Crônica Terminal
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPO	Eritropoietina Humana
HA	Hipertensão Arterial
HC	Hospital das Clínicas
HD	Hemodiálise
HGG	Hospital Geral de Goiânia
HU	Hospital Universitário
HUGO	Hospital de Urgência de Goiânia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IRA	Insuficiência Renal Aguda
IRC	Insuficiência Renal Crônica
MESP	Ministério de Saúde Pública
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NO	Norma Operacional
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PIB	Produto Interno Bruto
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RDC	Resolução Técnica
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UFG	Universidade Federal de Goiás
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

RESUMO.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
LISTA DE SIGLAS.....	IX
INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I - A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: AVANÇOS E OBSTÁCULOS.....	17
1.1 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL ATÉ O ANO 2012.....	17
1.2 OBSTÁCULOS PARA O FUNCIONAMENTO EFETIVO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	27
CAPÍTULO II - O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA SAÚDE.....	35
2.1 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO TRATAMENTO DO DOENTE RENAL CRÔNICO.....	39
2.2 DOENÇA RENAL CRÔNICA E SUAS PRINCIPAIS CAUSAS.....	45
2.3 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA RENAL.....	47
2.4 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA RENAL NO BRASIL.....	50
2.5 SOBREVIVÊNCIA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO.....	52
CAPÍTULO 3 – O HOSPITAL DAS CLÍNICAS E O PROGRAMA DE HEMODIÁLISE: SUA IMPORTÂNCIA NA SOCIEDADE GOIANA.....	55
3.1 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	59
3.2 - A Composição da Equipe Multiprofissional em Hemodiálise.....	59
3.3 - A falta de pessoal especializado	61

3.4 - A falta de condições de trabalho.....	63
3.5 - A comunicação inadequada.....	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS	73
ANEXOS.....	78
ANEXO 1 TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
ANEXO 2 ROTEIRO DE PESQUISA	
ANEXO 3 TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	
ANEXO 4 POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL, PORTARIA GMMS Nº1168, DE 15 DE JUNHO DE 2004	
ANEXO 5 RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC 154, DE 15 JUNHO DE 2004	

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem por objeto de estudo a relação da equipe no trabalho multiprofissional como elemento fundamental na adesão ao tratamento do doente renal. O seu objetivo principal é verificar como é o trabalho dos profissionais que estão lotados na hemodiálise, analisar quais são os fatores que dificultam o atendimento multiprofissional e qual será o benefício para o doente renal em tratamento hemodialítico.

As questões norteadoras deste estudo estão centradas na percepção dos funcionários sobre o trabalho multiprofissional e a viabilidade da implantação deste, bem como nos desafios enfrentados.

A relevância social desta dissertação reside na perspectiva de que o seu resultado possa despertar nas unidades de hemodiálise a implantação do trabalho na dimensão multiprofissional, promovendo o tratamento humanizado e incentivando a família para que se torne coparticipante do tratamento do doente renal. Quanto à relevância científica, esta pesquisa poderá oferecer subsídios para o debate sobre a dimensão do atendimento, multiprofissional, possibilitando a projeção de ações objetivas com vistas à implementação da interdisciplinaridade.

Na doença renal crônica em seu estágio final, os rins já não funcionam e o paciente necessita de diálise ou de um transplante de rim. Esses doentes sofrem mudanças não somente de ordem física, mas também psicossociais como a perda do emprego, do vínculo social e afetivo, alterações na imagem corporal, restrições dietética e hídrica, fadiga e mal-estar, modificando sua qualidade de vida.

Diante dessas mudanças, esses pacientes tendem a enfrentar suas limitações e adaptarem-se às novas condições impostas pela doença. A descoberta de como o doente renal crônico percebe sua doença, tratamento e prática do autocuidado é muito importante, pois são fatores que podem interferir na sua qualidade de vida.

Em um ambiente de hemodiálise, é de suma importância que as equipes multiprofissionais reconheçam, cada vez mais, que o cuidado não pode ficar circunscrito a um rim doente. É preciso perceber a magnitude da presença de um

ser humano que almeja ver atendidas ou, pelo menos, ser compreendido em suas expectativas e, como condição primeira, ser respeitado em sua individualidade. Para tanto, é necessário ampliar o leque de atenção e extrapolar a fronteira da sofisticação tecnológica e do aparato instrumental que, mesmo sendo importantes e indispensáveis no tratamento hemodialítico, são insuficientes para suprir as necessidades do ser humano que está sendo cuidado.

A escolha deste tema para pesquisa se deu em virtude do envolvimento profissional da autora desta dissertação junto ao serviço de hemodiálise do Hospital das Clínicas da UFG desde 2003, atuando como enfermeira, e por circunstância da vida também me tornei uma renal crônica.

Foi realizada uma pesquisa exploratória de campo, que para Alves (2003), tem o objetivo de tornar o problema mais explícito, ou seja, aprofundar ideias sobre o objeto de estudo. Este tipo de pesquisa requer um levantamento bibliográfico bem como o uso de entrevistas com pessoas que tiveram ou têm experiência no assunto.

A investigação desta pesquisa foi realizada no serviço de hemodiálise do HC/UFG, entre os meses de maio e junho. É realizado o atendimento terciário e de urgência/emergência, atendendo à população goianiense bem como de outros municípios e regiões do país. Por se tratar de um Hospital-Escola, ele tem por missão o ensino, a pesquisa e a assistência, permitindo, assim, um trabalho com vários tipos de profissionais.

O Hospital das Clínicas conta com o serviço de Nefrologia, englobando o tratamento conservador, a hemodiálise e a diálise peritoneal. Esse serviço é referência para o tratamento nefrológico em Goiás. Atualmente atende 47 pacientes¹ em hemodiálise clássica (três vezes por semana), quinze pacientes em diálise (CAPD, DPA)² e uma média de trinta pacientes no tratamento conservador.³

¹ O HC/UFG, por ser um Hospital de Referência terciária, recebe paciente renal em estado de emergência, razão por que o número de pacientes em hemodiálise é flexível. Assim, alguns dos pacientes que estão em programa regular de HD são transferidos para as clínicas conveniadas, abrindo vaga para as urgências.

² CAPD – diálise peritoneal ambulatorial contínua.

DPA – diálise peritoneal automatizada. Para ambas é utilizado um cateter inserido no abdome, onde se coloca um líquido (solução de diálise) para que, através da membrana peritoneal, seja feita a filtração do sangue, em substituição aos rins. É realizado um treinamento com o paciente e seu cuidador para que o procedimento seja feito em sua casa.

A equipe da hemodiálise é assim constituída: nove enfermeiros – destes três são especialistas em nefrologia, vinte e sete técnicos de enfermagem, seis auxiliares de enfermagem, um psicólogo (em vacância), um assistente social, cinco médicos-nefrologistas em sala de hemodiálise, seis professores (médicos-nefrologistas), nove residentes em nefrologia (R1, R2, R3); dois educadores, um secretário, dois recepcionistas, dois bolsistas, dois funcionários da higienização.

Os critérios de inclusão foram: a) Prestador de serviço na TRS; b) Funcionários efetivos da TRS; c) Os que desejarem participar voluntariamente da pesquisa.

Os critérios de exclusão foram: a) Professores de nefrologia, residentes e estagiários do setor de hemodiálise; b) Funcionários que não pertencem a TRS; c) funcionários da TRS que não consentirem na participação voluntária.

Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas (anexo 2, p.85) que foram gravadas e transcritas. Foram entrevistados quinze funcionários lotados no setor de Terapia Renal Substitutiva do Hospital das Clínicas, composto por dois médicos, três enfermeiros, um assistente social e nove técnicos de enfermagem. Não foi possível incluir nesse universo o psicólogo e o nutricionista, pois esses profissionais estavam em fase de contratação.

Para a análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo, que segundo Bardin pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens, (Bardin:1979,p.42).

Esse projeto está integrado ao Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Trata-se de pesquisa que se baseou na Resolução 196/96, que contém as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, e foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica, com o Parecer substanciado CAAE: 13132013.70000.0037, em 23 de maio de 2013. Utilizou-se para a autorização dos participantes da pesquisa o termo de consentimento Livre e

³ Tratamento conservador – é quando o paciente ainda tem função renal capaz de mantê-lo. Nesse caso, são utilizados, como tratamento, medicamentos e dieta.

Esclarecido (anexo 1, p.84), em duas vias, uma ficou com o participante e a outra com o pesquisador, as mesmas serão arquivadas por cinco anos..

Os elementos teóricos conceituais foram referendados em vários autores – Peduzzi (2001), Macedo (2007), Martins e Martins (2010), Fujji e Oliveira (2011) – e também em marcos legais como a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), RDC 154, e a Portaria nº 1.168 de 2004, que reforça a Lei nº 8.080.

Todos os seres humanos têm direito à prestação dos serviços de saúde básica e de especialidades, sendo esse fornecido pelo Estado. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Entretanto, o dever do Estado não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (Brasil, 1990).

Analisa-se as categorias pertinentes ao objeto desse estudo, consideradas essenciais para o entendimento da realidade do desafio do trabalho multiprofissional em saúde na equipe de hemodiálise do HC/UFG: a) a composição profissional da equipe multiprofissional; b) a falta de pessoal; c) a falta de condição de trabalho; d) a comunicação inadequada

A revisão bibliográfica foi baseada em estudos de vários autores como: Gualda (1998), Diniz e Carvalhaes (2002), Campos e Turato (2003), Sesso e Gordan (2006), Queiroz et al. (2008), dentre outros. Diniz e Carvalhaes (2002, p. 65) assim definem equipe multiprofissional:

[...] um grupo de especialistas que atua de forma independente em um mesmo local de trabalho. Se esses profissionais representantes de diferentes ciências possuírem uniformidade de objetivos, os quais pretendem que sejam atingidos pela colaboração e complementariedade de seus conhecimentos científicos, define-se, então, uma equipe interdisciplinar,

A problematização refere-se aos objetivos específicos propondo: investigar como se dá a integração do trabalho dos profissionais atuantes no Serviço de Hemodiálise do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG); verificar como a equipe compreende o atendimento multidisciplinar; analisar os fatores que dificultam a abordagem multiprofissional em hemodiálise; apontar como a abordagem multiprofissional poderá melhorar o atendimento aos pacientes renais em hemodiálise.

Foram levantadas as seguintes hipóteses para o início da pesquisa, que passam a ser descritas:

- 1) Segundo Macedo (2007), a melhor forma de abordagem dos pacientes é o formato multiprofissional, dada a complexidade cada vez maior dos cuidados e ainda a possibilidade de se alcançar maior eficiência na abordagem à pessoa doente. A equipe de hemodiálise do HC/UFG tem percepção do atendimento multiprofissional, mas a falta de profissionais especializados pode comprometer o atendimento.
- 2) De acordo com Macedo (2007), o modelo de atendimento multiprofissional é o mais indicado, por tratar o paciente de forma global. Porém esse modelo traz consigo uma grande idiossincrasia, pois é produtor de tensões e conflitos, relacionados ao poder e aos interesses em jogo, podendo inclusive produzir desgastes e alienação nos processos de trabalho. A equipe de hemodiálise do Hospital das Clínicas tem a percepção do formato de equipe multiprofissional, mas os desafios podem impedir a implementação desse atendimento.

A dissertação foi organizada em três capítulos:

No Capítulo 1, apresenta-se a abordagem histórica da saúde pública no Brasil, o SUS e seus avanços e obstáculos.

No Capítulo 2 analisa-se o trabalho multiprofissional na saúde, e as principais causas da doença renal crônica. Para tanto, faz-se um breve estudo da anatomia e fisiologia do sistema renal, apresentando dados epidemiológicos sobre a doença renal no Brasil⁴ e informações acerca da sobrevivência do paciente renal.

No Capítulo 3 apresentam-se um relato da saúde em Goiás, com uma abordagem para o tratamento da doença renal em Goiânia e uma breve história do Hospital das Clínicas e sua importância na sociedade goiana e a análise dos dados.

Encerrando este texto, apresentam-se as considerações finais, as referências bibliográficas e os anexos.

⁴ Os dados epidemiológicos da doença renal no Brasil aqui utilizados datam de 2006. Foram apontados pelo censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), razão por que se consideram mais consistentes. Não se utilizaram os dados de 2012 porque eles não representam a realidade do Brasil. Isso porque, de 696 unidades de diálise cadastradas e ativas na SBN, apenas 255 (39,1%) delas responderam aos respectivos formulários (38.198 pacientes, para uma população de 194.94 milhões de brasileiros).

CAPÍTULO I

A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: AVANÇOS E OBSTÁCULOS

1.1 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL ATÉ O ANO DE 2012

As Políticas Públicas podem ser definidas como o conjunto de procedimentos e medidas que traduzem e orientam a política de Estado, regulando as atividades governamentais que se relacionam aos interesses públicos. Podem também ser definidas como ações do governo divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos (LUCCHESI, 2013).

Para Lucchese (2013), as políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado. São orientadas para a melhoria das condições de saúde da população e do seu ambiente natural, social e do trabalho. A tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

A política de saúde pública no Brasil está de acordo com as Conferências Mundiais de Saúde e principalmente com a Carta de Otawa (1986), que definiu a promoção de saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde”, incluindo uma maior participação desse processo. Essa Carta se tornou referência para as demais Conferências Internacionais de Promoção de Saúde, promovidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), nas seguintes localidades: Adelaide, em 1988; Sundswall, em 1991, Bogotá, em 1992, Jacarta, em 1997, México, em 2000, Bangkok, em 2005, assim como para as Conferências Mundiais realizadas pela Unión Internacional de Promoción de La Salud y Educación para La Salud (IUPES) em 1991, 1995, 1998, 2001, 2004, e para a III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde, realizada em São Paulo no ano de 2002 (UIPES/ORLA, 2012).

A meta definida pelos presentes na Conferência de Otawa de 1986 foi a necessidade do "empoderamento". Trata-se de uma ação coletiva desenvolvida pelos indivíduos quando participam de espaços privilegiados de decisões, de consciência, ou ainda ações que desenvolvam a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, como sujeitos ou comunidades ativas (UIPES/ORLA, 2012).

Essa Conferência de Promoção da Saúde de 1986 contemplou cinco campos de ação: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento das habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde (UIPES/ORLA, 2012).

A Promoção de Saúde é uma "combinação de ações planejadas do tipo educativo, político, legislativo ou organizacional em apoio aos hábitos de vida e condições favoráveis à saúde dos indivíduos, grupos ou coletividades" (O'NEILL, 2004, p. 6).

O enfoque da Promoção de Saúde é complementado por uma proposta organizacional abrangente. A Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) propôs, em 1990, a seguinte definição para Promoção de Saúde: "a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas ao desenvolvimento das melhores condições de saúde individual e coletiva" (SALAZAR, 2004, p. 21).

As ações de promoção da saúde exigem ações coordenadas de todos os setores envolvidos, como governo, setores sociais, econômicos, organizações beneficentes, autoridades locais, indústrias, os meios de comunicação e a comunidade. A participação ativa dos conselhos de saúde local, municipal e estadual é de fundamental importância.

O Brasil, assim como os outros participantes da Conferência Mundial de Saúde, se comprometeu com a promoção da saúde, defendendo os seguintes pontos: a) intervir na política de saúde pública em favor da equidade em todos os setores; b) não compactuar com maus produtos e meios de condição de vida insalubre, má nutrição e a destruição dos recursos naturais; c) eliminar as diferenças sociais, e lutar pela integralidade no sistema de saúde; d) reconhecer que os indivíduos constituem a principal fonte de saúde e capacitá-los em todos os níveis para a busca da boa saúde; e) reorientar os serviços sanitários e seus recursos na

promoção da saúde, dividindo o poder com outros setores, disciplinas e com a população; f) reconhecer que a saúde e sua manutenção são metas de investimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Sem a articulação com os demais setores – educação, trabalho, economia, justiça, meio ambiente, transporte, lazer, produção e consumo de alimentos, além do acesso aos serviços de saúde –, o setor de saúde não consegue abarcar o conceito ampliado de qualidade de vida. É o que consta no Relatório da VII Conferência Nacional de Saúde (1996), que subsidiou o capítulo Saúde da Constituição brasileira (1988) e a legislação pertinente ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

De acordo com Lima, Fonseca e Hochman (2005), a história de saúde no Brasil nos remete à Primeira República (1889-1930). Esse período definiu-se como o período dominado pelas oligarquias, sendo a saúde objeto de intenso movimento intelectual e político. Para Monteiro Lobato (1957), a saúde era “o problema vital brasileiro”.

As políticas de saúde, cujo início efetivo pode ser apontado em fins da década de 1910, encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. Foram o resultado do encontro de um movimento sanitário, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, viáveis apenas com o fortalecimento da autoridade do Estado e do papel do governo federal, com a crescente consciência por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente no país. (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 32-33).

Grandes nomes se destacaram nessa época, como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Adolpho Lutz, Arthur Neiva e Vital Brasil. Eles deram um novo rumo à saúde pública, assim como foram os responsáveis por descobertas importantes. Também foram fundados Institutos de Pesquisa, como o Instituto Soroterápico Federal, transformado posteriormente em Instituto Oswald Cruz (1908) e em Fundação Oswald Cruz (1970) no Rio de Janeiro. Em São Paulo esse Instituto transformou-se no Instituto Butantã (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Lima, Fonseca e Hochman (2005) relatam que, durante a Primeira República, foram estabelecidas as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, tendo como características a concentração e verticalização das ações no Governo central. O período que se inicia em 1930 é visto como marco das políticas

sociais e da centralização do governo, com ações de saúde defendidas pelo movimento sanitarista.

No que se refere aos efeitos políticos, o movimento sanitarista da Primeira República alcançou importantes resultados, com implicações institucionais imediatas e papel efetivo no processo de expansão da autoridade estatal sobre o território nos anos 1910 e 1920, ao mesmo tempo em que se criavam as bases para a formação da burocracia em saúde pública, algo que se tornou realidade após 1930. Entre as conquistas, destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNPS), em 1920, dirigido até 1926 por Carlos Chagas. (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 36).

Em 1923, por Decreto Legislativo, a Lei nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923, conhecida como Lei Elói Chaves, foi a responsável pelas Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS). A sua organização era feita pelas empresas e ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões aos trabalhadores. Essa Lei é a base da Previdência Social brasileira. Mas o modelo inicial de assistência médica não era universal e se baseava nos vínculos trabalhistas, pois só tinham o direito aos benefícios os trabalhadores que contribuía para as Caixas de Previdência, ou seja, este direito, previsto em Lei, era assegurado aos trabalhadores que eram portadores de emprego com carteira assinada (BRAVO; MATOS, 2002).

Na década de 1930 já havia a preocupação com a população que não era assistida pelas caixas de aposentadoria e pensão. Era o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) que regulava as caixas de aposentadoria e pensão dos cidadãos que estavam inseridos no mercado de trabalho formal. Nessa época foi criado o Ministério de Saúde Pública (MESP), ligado diretamente ao Ministério da Educação. O MESP era o responsável pela prestação de serviço à população identificada como pré-cidadãos, ou seja, os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, enfim, os que não eram beneficiários dos serviços oferecidos pelos Institutos de Previdência e as Caixas de Assistência (LIMA, FONSECA; HOCHMAN, 2005).

al dualidade tornou-se uma das marcas do sistema de proteção social de saúde no Brasil, que intensifica sua institucionalização exatamente nesse contexto, formalizando no campo da saúde uma separação que até então vinha sendo apenas esboçada. Iniciou-se, portanto, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas, a distinção institucional entre duas áreas de gestão em políticas públicas de saúde, que marcaria

definitivamente as ações de saúde no Brasil. (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 42).

Até 1930, as políticas de saúde no Brasil eram principalmente de intervenção do Estado. Os assuntos relacionados à saúde eram tratados no Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em específico na Diretoria Geral de Saúde Pública. Segundo Médice (1994), a assistência à saúde ofertada pelo Estado estava limitada às ações de saneamento e combate às endemias. Também é dessa época o surgimento do sanitarismo-campanhista, presente até o final da década de 1940.

Estavam configuradas as condições para a consagração de um modelo fortemente centralizado de gestão pública em saúde. Através da institucionalização, burocratização e profissionalização, definiram-se o lugar e o papel da saúde no processo de construção do Estado e da nação. Foram consolidadas as bases de um Sistema Nacional de Saúde Pública, que se destinava a uma ampla parcela da população brasileira e definia um formato específico para assegurar determinados direitos à saúde. (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 46).

Bravo (2001) discorreu sobre os reflexos da questão social que surgiu na década de 1930, quando as características econômicas e políticas da época possibilitaram o seu desenvolvimento. Esses reflexos nada mais eram que uma resposta à sociedade.

As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. (BRAVO, 2001, p. 4).

Bravo e Matos (2002), confirmando Médice (1994), referem que a política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. As principais alternativas encontradas para o controle das endemias foram apontadas por Braga e Paula (1986, p. 53-55):

- a) ênfase nas campanhas sanitárias; b) coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder econômico e político, em 1937, que eram realizadas pelo Departamento Nacional de Saúde; c) interiorização das ações para áreas de

endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; d) criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela (1937); Serviço de Malária do Nordeste (1939); Serviço de Malária da Baixada Fluminense (1940), os dois primeiros, financiados pela fundação Rockefeller – (Organização de origem norte-americana); e) reorganização do Departamento Nacional de Saúde em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Na década de 1950, a política de saúde era polarizada nas ações de caráter coletivo, ou seja, havia os programas destinados ao combate de agravos, vacinação de algumas doenças endêmicas como, por exemplo, a febre amarela, varíola, a vigilância epidemiológica e sanitária, todos a cargo do Ministério da Saúde a Assistência Médica Individual, que era centrada no Instituto Nacional de Previdência da Saúde (INPS) (PAULUS JR.; CORDONI JR., 2006).

De 1964 a 1974, durante o regime militar no Brasil, pouca prioridade foi dada às ações de saneamento e à medicina preventiva, o que facilitava o surgimento de doenças de fácil controle e até mesmo de extermínio. No Brasil, os investimentos eram para a medicina curativa, de modo que o sistema previdenciário começou a ficar ameaçado.

A política de saúde adotada pelos governos militares dava ênfase à medicina de cunho individual e assistencialista, em detrimento de ações vigorosas no campo da saúde coletiva. Rejeitavam-se as formulações propostas por sanitaristas identificados com o projeto nacional desenvolvimentista, do período anterior ao golpe militar. Além de privilegiar uma prática médica curativa, em detrimento de medidas preventivas de interesse coletivo, a política de saúde acabou por propiciar um processo de corrupção incontrolável, por parte dos setores privados, que, na busca do superfaturamento, multiplicavam e desdobravam os atos médicos, optavam por internações mais caras, enfatizavam procedimentos cirúrgicos desnecessários, além de utilizar pouco pessoal técnico e equipamentos antigos. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 67).

A estrutura do atendimento hospitalar existente no Brasil, desde os anos de 1950, privilegiava a estrutura de saúde privada com fins lucrativos. Esse cenário favoreceu a formação de empresas médicas, dando ênfase ao modelo biomédico de atendimento que priorizava o setor hospitalar em detrimento ao modelo de atendimento primário da saúde.

A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. (BRAVO, 2001, p. 5).

De acordo com Paulus Jr. e Cordoni Jr. (2006), em 1977, o Ministério da Saúde já reconhecia o papel da esfera municipal na saúde. E esta deveria estruturar uma rede de serviços básicos dentro do princípio da atenção primária, mas ações neste sentido não foram efetivadas. Em maio de 1978 foi realizado o Primeiro Encontro Municipal de Saúde em Campinas, durante o qual se concluiu que a atenção básica de saúde seria responsabilidade dos municípios e os casos mais complexos, ou seja, os atendimentos secundário e terciário, eram de responsabilidade dos Estados e União.

Ainda em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), e ligado a ele o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a ser o Instituto Público de Assistência Médica dos brasileiros. No entanto, naquele momento, não havia infraestrutura hospitalar, de modo que o governo passou a comprar serviços médicos especializados da rede privada. Dessa forma, se instituiu a parceria público-privada, que propiciou um fortalecimento e dependência do sistema de saúde (REIS, CECÍLIO; ARAÚJO, s.d.).

Na década de 1980, o Brasil vivenciou o processo de democratização, com o fim da ditadura militar instaurado pelo golpe de 1964. A sociedade brasileira experimentou uma profunda e grave crise econômica. A saúde foi atingida, mas mesmo assim não deixou de se conquistar avanços importantes. Aqui foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema central a “Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos”, cuja finalidade era promover o debate de temas relacionados à implantação ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que almejava reestruturar e ampliar os serviços de saúde, incluindo as áreas de habitação e saneamento (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Em 1982, criou-se o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, que foi elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, conhecido como Plano CONASP, que foi criado para racionalizar as ações de saúde avaliando o setor hospitalar e agora

priorizando a prevenção e promoção em saúde. Como consequência do Plano CONASP, convênios foram firmados entre os Ministérios da Saúde, Previdência Social e Secretarias de Estados de Saúde, que posteriormente foram substituídos pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), que objetivou a universalização da acessibilidade da população aos serviços de saúde. Isso possibilitou aos Estados e posteriormente aos Municípios a sua participação efetiva na elaboração da nova Política Nacional de Saúde (PAULUS JR.; CORDONI JR., 2006).

Em março de 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, Distrito Federal. O tema central foi “A saúde como direito inerente à cidadania”. Esta Conferência teve uma ampla participação da sociedade e foram elaboradas propostas apontando para universalização a saúde. Também apontava para a municipalização dos serviços de saúde, surgindo as bases do Sistema Único de Saúde (PAULUS JR.; CORDONI JR., 2006).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi a grande matriz da Reforma Sanitária, sendo um de seus resultados práticos a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a inclusão dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária proposta pela conferência na nova Constituição brasileira. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 99).

Em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Seus principais princípios: a) a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; b) integralidade dos cuidados assistenciais; c) descentralização das ações de saúde; d) implementação dos distritos sanitários. O Estado iniciou o repasse de verbas para os Estados e Municípios para estruturação de suas redes de serviços de saúde. O SUDS foi o precursor do atual sistema de saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) (REIS; CECÍLIO; ARAÚJO, s.d.).

Em 1988, o Brasil passou a contar uma nova história, com a reformulação de princípios da nossa Constituição Federal, uma “constituição cidadã”, privilegiando a saúde em seus Artigos 196 e 198.

Pelo Artigo 196, o direito à saúde deverá ser garantido “mediante políticas econômicas e sociais que visem a redução de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Fica reconhecida, assim, a relação da saúde brasileira com o modelo de desenvolvimento (BRASIL, 1988).

Pelo Artigo 198, as ações e serviços públicos de saúde serão organizados em rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde, de acordo com as seguintes diretrizes: 1) atendimento integral com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; 2) a descentralização com direção única em cada esfera de governo e 3) a participação comunitária (BRASIL,1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 19 de setembro 1990 pela Lei nº 8.080, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, e vigorando em todo o território nacional para qualquer ação ou serviço de saúde realizado por pessoas ou empresas (BRASIL, 1990).

A Lei nº 8.080 segue os princípios da universalidade de acesso; a integralidade da assistência; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; a igualdade da assistência à saúde; o direito à informação; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; a participação da comunidade; a descentralização político-administrativa; a integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; a capacidade de resolução dos serviços de assistência; e organização para evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL,1990).

Posteriormente, foi criada a Lei nº 8.142, em 28 de dezembro de 1990, dispondo sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, sobre a transferência intergovernamental de recursos financeiros, instituindo os conselhos de saúde e conferindo legitimidade aos organismos de representação de Governo Estadual (Conselho Nacional de Secretários Estadual de Saúde – CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipal de Saúde (CONASEM). O arcabouço jurídico do SUS estava criado (BRASIL, 1990).

Dessa maneira, o Projeto de Reforma Sanitária construído na década de 1980 tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi

fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento social (BRAVO; MATOS, 2002).

Tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais, por conseguinte, pela saúde. Como fundamentos dessa concepção, destacam-se: melhor explicitação do interesse público, democratização do Estado, criação de uma esfera pública com controle social. Outros aspectos significativos da proposta são: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações. (BRAVO; MATOS, 2002, p. 199).

Em 1991, foi criada a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), com a representação do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e da primeira Norma Operacional (NO) do sistema Único de Saúde (SUS), além da Comissão de Intergestores Bipartite (CBI), para o acompanhamento da implantação do recém-criado SUS. As duas comissões tiveram um papel importante para o fortalecimento da ideia de gestão colegiada do SUS, compartilhada entre os vários níveis de governo (REIS; CECÍLIO; ARAÚJO, s.d.).

As Conferências Estaduais foram instauradas com a Lei nº 8.042. A sua realização se dá de quatro em quatro anos e delas participam vários segmentos sociais, para definição das diretrizes à formulação da política de saúde de governo. A Lei nº 8.142/90 define a transferência de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo sem a necessidade de convênios (PAULUS JR.; CORDONI JR., 2006).

As Normas Operacionais (NO) foram editadas pelo Ministério da Saúde em 1991, 1993 e 1996. Elas orientaram o novo modelo de saúde, principalmente no que se refere ao financiamento. Importante para a municipalização foi a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, que foi implementada em 1998. Ela define a modalidade de gestão, denominada gestão semiplena, que alargava as possibilidades de autonomia administrativa para a gestão dos recursos financeiros da União repassados aos municípios. Esta norma em particular rompe com o produtivismo e implementa incentivos a programas dirigidos à população carente, como o Programa de Agente Sanitário da Saúde e o Programa de Saúde da Família (PAULUS JR.; CORDONI JR., 2006).

Estes avanços – maior sistema público de saúde, inclusão social, milhões de procedimentos realizados etc. – foram possíveis graças à profunda descentralização de competências, com ênfase na municipalização, com a criação e funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite Nacional e Bipartites Estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médico-Previdenciário Social (INAMPS), unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde e, fundamentalmente, com a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrentes força e pressão social (SANTOS, 2007).

1.2 OBSTÁCULOS PARA O FUNCIONAMENTO EFETIVO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Não se pode negar os avanços do SUS nestes vinte anos, como atesta Nelson Rodrigues dos Santos, militante histórico do Movimento Sanitário Brasileiro em 2008.

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultra-sons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de seções de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de rádio e quimioterapia, 9,7 milhões de seções de hemodiálise e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos oitenta, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas. (REIS; CECÍLIO; ARAÚJO, s.d., p. 38).

Na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) encontram-se vários entraves, de acordo com Bravo (2001). Algumas questões comprometem a

possibilidade de avanço do SUS como política social como: a) o desrespeito da equidade na alocação dos recursos públicos, pela não unificação dos orçamentos federais, estaduais e municipais; b) afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma propunha separar o SUS em dois, o hospitalar e o básico. Outro aspecto ainda ressaltado por Bravo (2001) refere-se à remuneração por produção que, segundo a autora, é um fator incontrolável de corrupção.

Santos (2007) afirma que somente parte do ideário da reforma Sanitária (integralidade, universalidade, equidade) e dos princípios e diretrizes do SUS foi cumprida e implementada. É baixa a resolutividade da rede básica de saúde e das ações de média e alta complexidade, são altíssimos os índices de ações de saúde desnecessárias, ocorridas por negligência, incompetência ou mercantilização. Há desinteresse do complexo médico industrial, que configura um modelo de atenção à saúde favorável aos interesses da oferta em detrimento da lógica das necessidades da população e de seus direitos.

Reis (2013) destaca dois grandes entraves para a operacionalização do SUS. Um deles é o subfinanciamento, isto é, os recursos destinados à operacionalização e financiamento do SUS ficam muito aquém de suas necessidades. Para Santos (2007), a atualização do financiamento federal segundo a variação nominal do Produto interno Bruto (PIB) não vem sequer acompanhado o crescimento populacional, a inflação na saúde e a incorporação de tecnologias.

O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) levou a uma precarização da remuneração e das relações de trabalho e a uma grande onda de terceirizações privatizantes e inconsequentes. O pensamento econômico dos gastos mínimos com a questão social e a focalização das políticas públicas apenas na atenção básica de baixo custo e baixa potência estruturante têm sido uma das barreiras à implementação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira e dos princípios da integralidade, igualdade e da participação da comunidade na formulação das políticas e estratégias (SANTOS, 2007).

O segundo entrave são as insuficiências da gestão local do SUS. A gestão municipal dos recursos do SUS vem funcionando apenas em parte, além do fato de os recursos para o SUS serem insuficientes. A gestão municipal é idealizada

pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira como mais eficaz, porque estaria mais próxima dos cidadãos e mais sensível aos seus anseios. O SUS denomina como gestão local o conjunto de atividades desenvolvidas pelos gestores municipais, visando à operacionalização na prática e em seus contextos sociopolítico-institucionais singulares das grandes diretrizes políticas do Sistema Único de Saúde (REIS; CECÍLIO; ARAÚJO, s.d.).

Miranda (2010) também relata sobre as dificuldades na gestão do SUS. Segundo ela, alguns gestores não exercem adequadamente seu papel. Além disso, os usuários/cidadãos não exigem o cumprimento legal e a melhoria do sistema. Nesse sentido, a descentralização pode ser compreendida como uma ferramenta capaz de viabilizar a efetividade do SUS, no entanto carece de real utilização pelos gestores.

Portanto, analisar os elementos das representações sociais dos gestores municipais de saúde sobre descentralização do SUS pode ser útil para o melhor atendimento aos usuários que procuram este serviço. Destaca-se também a possibilidade de reformulação de algumas atividades, com ênfase na educação continuada (MIRANDA, 2010).

O terceiro ponto de estrangulamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é a baixa resolutividade da rede básica de serviços montada no país desde a década de 1980, mas acelerada nos anos 1990, fruto de uma gestão do cuidado desqualificada, baixa capacidade de construção de vínculo e produção de autonomia dos usuários. Tem havido grande dificuldade de produção de alternativas de cuidado ao modelo biomédico e sua poderosa articulação com o complexo médico-industrial e acelerado processo de incorporação tecnológica. A fragmentação do cuidado gera extensas filas de espera para procedimentos muitas vezes de baixo custo, a repetição de exames de diagnóstico, aumenta o custo do tratamento, não há a continuidade do tratamento médico, pois o paciente não consegue retornar em tempo hábil para a conclusão de seu diagnóstico, a efetividade do serviço fica prejudicada (REIS; CECÍLIO; ARAÚJO, s.d.).

Para Reis, Cecílio e Araújo (s.d.), o quarto ponto de estrangulamento do SUS se deve à deficiência na formação dos profissionais de saúde, ainda muito centradas em práticas curativas e hospitalares, com dificuldade para o atendimento básico e integral, com práticas resolutivas de cuidado, incluindo aqui a dificuldade de se trabalhar em equipe.

Santos (2007) aponta sete pontos semelhantes das dificuldades do SUS. Um deles é que a atenção básica expande-se às maiorias pobres da população, mas na média nacional estabiliza-se na baixa qualidade e resolutividade, não conseguindo constituir-se na porta de entrada preferencial do sistema, nem reunir potência transformadora na estruturação do novo modelo de atenção preconizado pelos princípios constitucionais. Outro ponto é que os serviços assistenciais de média e alta complexidade cada vez mais congestionados reprimem as ofertas e demandas (repressão em regra iatrogênica e frequentemente letal). Mais um ponto é que os gestores municipais complementam valores defasados da tabela do SUS na tentativa de aliviar a repressão da demanda, nos serviços assistenciais de média e alta complexidade. Outro é o enorme crescimento das empresas de planos privados, e conseqüente agressividade de captação de clientela – as camadas médias da sociedade, incluindo os servidores públicos –, que justifica e reforça sua opção pelos planos privados de saúde. Também se refere às diretrizes da integralidade e equidade que pouco ou nada avançam. Mais um ponto é a judicialização do acesso a procedimentos assistenciais de médio e alto custo às camadas média-média e média-alta da população aprofundam a iniquidade e a fragmentação do sistema. Por fim, outro ponto é o modelo público de atenção à saúde que vai se estabilizando em pobre e focalizado aos 80% pobres da população, e em complementar e menos pobre aos 20% compradores de planos privados.

Na avaliação ainda de Santos (2007, p. 430),

[...] ao lado dos inestimáveis avanços da inclusão, com a expansão dos serviços públicos, atendendo necessidades e direitos da população, permanece ainda um inaceitável percentual de ações e serviços evitáveis ou desnecessários, bem como de tempos de espera para procedimentos mais sofisticados, geradores de profundos sofrimentos com agravamento de doenças e mortes inevitáveis.

Santos (2007) também refere que os gestores municipais e estaduais do SUS, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se no sufoco e angústia de atender os sofrimentos e urgências de “hoje e ontem”. São obrigados a reprimir demandas, sabendo penosamente que ações preventivas e de diagnósticos precoces impediriam o surgimento da maior parte de casos graves e

urgentes, e priorizar os casos de maior sofrimento e urgências em função da insuficiência de recursos.

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS); O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto pela Vida, que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um, a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, de 2005 (BRASIL, 2006).

No Brasil, ainda convive-se com um subsistema privado de saúde, pois as políticas de saúde estimulam e promovem a privatização da atenção à saúde desde 1930. O setor privado de saúde sempre foi beneficiado, seja por meio de credenciamento ou pela remuneração, com a criação de clínicas de diagnóstico, tratamentos especializados e, também, com a hospitalização de alto custo (PAIM et al., 2011).

Os planos de saúde oferecidos por empresas estatais e privadas não atendem o usuário integralmente, posto que os procedimentos de alto custo como prótese, órtese, transplantes, tratamentos oncológicos, quimioterápico, radioterápicos hemodiálise e muitos outros são transferidos para o sistema de saúde público. Segundo Paim et al. (2011), os planos de saúde privados atendem preferencialmente a população mais jovem e saudável. Sua demanda é estratificada pela situação socioeconômica e ocupacional de cada pessoa, a qualidade das instalações muda de acordo com o plano escolhido e nem sempre há cobertura total de todos os procedimentos.

Mesmo o usuário do plano de saúde fazendo uso recorrente à sua operadora de seguro, o Estado ainda banca muitos serviços além dos citados acima, como vacinas e medicações de alto custo. Porém, em 2000 criou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar, garantindo a regulamentação legal e administrativa do mercado de seguros privados de saúde. A Lei nº 9.656/98 tornou ilegal a negação de cobertura, por parte dos planos de saúde privados, a pacientes com doenças e lesões preexistentes, e vedou a limitação do uso de serviços ou procedimentos de saúde específicos. Ainda assim, como a expansão contínua do subsetor privado é subsidiada pelo Estado, o subsetor público se torna

subfinanciado, o que potencialmente compromete sua capacidade de assegurar a qualidade do cuidado e o acesso da população aos serviços (PAIM et al., 2011).

Tem-se consciência dos problemas que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentou desde a sua implantação até os dias atuais, mas, como já foi dito anteriormente, os avanços e a importância do SUS não podem ser negados. Assim, o desafio atual é o de superar as desigualdades sociais existentes em nosso país, que é uma das grandes ameaças ao sistema de saúde (BRAVO, 2001).

Para defender o fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária, no 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, ocorrido em Brasília, em junho de 2005, destacaram-se os seguintes pontos:

- a) Definição de uma política Nacional de Desenvolvimento que garanta uma redistribuição de renda de cunho social; b) Defesa da Seguridade Social como política de proteção social universal; c) Defesa intransigente dos princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade, participação social e descentralização; d) Retomada dos princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social mas, imediatamente, regulamentar a Emenda Constitucional 29⁵; e) Cumprimento da deliberação do Conselho Nacional de Saúde contrária à terceirização da gerência, gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou outros mecanismos com objetivos idênticos; e) Avançar no desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde, com eliminação de vínculos precários. (BRAVO, 2001, p. 21-22).

Silva (2006) assinala que na saúde há uma grande preocupação com as novas tecnologias, controle dos gastos e a qualidade dos serviços, o que se tornou a nova tônica do século. Novos conceitos envolvendo o processo do cuidado como o acolhimento, acreditação hospitalar, humanização e cuidado integral ao paciente passaram a exigir a presença de uma equipe multiprofissional, que atendesse o sujeito agora “cliente” de forma individualizada e integral. Desse modo, as relações entre paciente-equipe devem envolver laços entre os que cuidam e os

⁵ Trata-se da regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000, que define os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde e estabelece regras para o período de 2000 a 2004. O Artigo 198 da Constituição Federal prevê que, no final desse período, a referida Emenda seja regulamentada por Lei Complementar, que deverá ser reavaliada a cada cinco anos. Na hipótese da não edição dessa Lei, permanecerão válidos os critérios estabelecidos na própria Emenda Constitucional. A emenda é fruto de luta dos movimentos sociais, que foram os articuladores e mobilizadores desta conquista e agora, mais uma vez, se juntam pela regulamentação e cumprimento da EC 29 por Estados em 2003.

que são cuidados e o processo saúde-doença recebe uma atenção especial, concorrendo para a promoção de saúde. Assim explicam Tancredi, Barrios e Ferreira (1998, p. 28):

[...] é um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico.

No atual contexto do sistema de saúde pública, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, e também a formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer. Portanto, os benefícios de uma equipe multiprofissional, além das trocas de experiências assistenciais, de pesquisa, do ensino, a construção de um novo método de trabalho integrado às tarefas específicas de cada profissão poderão avançar na construção de um novo referencial para a saúde, em que estão envolvidos os aspectos econômicos, social, espiritual, cultural e ambiental.

É pelo princípio da universalização do SUS que todos os cidadãos têm o acesso aos serviços de saúde, sem barreiras, privilégios. É por meio desse princípio que a necessidade dos indivíduos deverá ser atendida de forma resolutiva, nos limites e possibilidades do sistema, não podendo ser esquecidas as necessidades coletivas.

A partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se o vínculo da Lei nº 8.080 com a Portaria nº 1.168 de 15 de junho de 2004, que institui a Política de atenção ao Portador de Doença Renal. Nos termos do parágrafo primeiro do artigo 2º, fica estabelecida a necessidade de se desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades. Essa portaria vem na defesa do atendimento multiprofissional para pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS) (BRASIL, 2004b).

As principais estratégias da Portaria nº 1.168/2004 são o estabelecimento de estratégias de vida que visam à educação, proteção e recuperação da saúde e, ainda, a prevenção de danos ao indivíduo portador de doença renal. Os cuidados devem ser integrais, ou seja, desde a promoção até o

tratamento devem ser assegurados pelo município, Estado e federação (BRASIL, 2004b).

Ao doente renal é assegurado o tratamento na rede básica de saúde, assim como a média e a alta complexidade (diálise e transplante renal). Também é assegurada a distribuição gratuita de medicamentos da farmácia popular e também os de alto custo (BRASIL, 2004).

A promoção de saúde é muito importante para o doente renal, possibilitando minimizar as possíveis patologias que possam se desenvolver ao longo do tratamento dialítico. Portanto, o atendimento de uma equipe multiprofissional em saúde é necessário para um atendimento integral. E isso é da competência de vários profissionais, uma vez que não é possível a um só profissional adquirir todas as informações contidas nas áreas primária, secundárias e terciárias de atendimento e, ainda, aplicá-las na assistência ao paciente. Assim como a saúde deve ser global, o atendimento profissional também deve ser.

Para que o cumprimento das normativas do Sistema Único de Saúde seja efetivado, não se pode deixar de defender todos os seus princípios básicos. De todos eles, a integralidade se contrapõe a uma abordagem fragmentária do indivíduo, ou seja, o Sistema Único de Saúde (SUS) em seu princípio básico defende que o indivíduo deve ser atendido por uma equipe, o seu atendimento deve ser total, pois a assistência tem de ir além da doença e do sofrimento manifesto. Há de se buscar apreender necessidades mais abrangentes. O atendimento deve ser multiprofissional, atendendo o sujeito em suas necessidades biopsicossociais. A abordagem profissional não deve ser somente curativa, mas devem-se dimensionar os riscos à saúde e, por conseguinte, executar ações preventivas de educação e saúde.

CAPÍTULO II

O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA SAÚDE

O trabalho multiprofissional⁶, apoiado pelo Ministério da Saúde desde 2002 pelo ReforSUS, dá-se pela formação de uma equipe de trabalho que é constituída por vários profissionais como médico, residentes de várias áreas da saúde, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos de enfermagem, terapeuta ocupacional, dentista, farmacêutico, biomédico, técnicos de laboratório e raio X, pessoal da administração e outros como pessoal da higienização, camareiro, porteiro, segurança. Esses deverão atuar como grupo junto aos pacientes e aos seus familiares, pois no trabalho em equipe multiprofissional em saúde há a necessidade de inter-relação entre os diferentes profissionais, os quais devem ver o paciente como um todo, numa atitude humanizada. Faz-se necessário também que o conhecimento de cada um seja compartilhado com os demais membros da equipe, a fim de que estes possam ter uma visão integral do paciente.

É importante que a equipe multiprofissional de saúde concentre esforços no sentido de humanizar as condições do paciente durante o processo de tratamento. O relacionamento do paciente com a equipe de saúde precisa ser desenvolvido dentro da compreensão de que os profissionais que atuam no setor estão comprometidos entre si com um objetivo comum – a manutenção de sua qualidade de vida. De forma contrária, o desconhecimento dos limites de atuação de cada profissional pode gerar no paciente uma incerteza muito grande sobre o seu tratamento. Um relacionamento precário entre o paciente e a equipe de saúde pode determinar inclusive sofrimento ao paciente que transcende à própria enfermidade. Peduzzi (2001, p. 103) assim explica: “Trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre intervenções técnicas e a interação de agentes”.

⁶ O Ministério da Saúde (MS) vem apoiando Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) desde 2002, por meio do projeto ReforSUS. Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) na estrutura do MS, institui-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, expressa na Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.

De acordo com Oliveira e Spiri (2006), o trabalho em equipe é a base para ações integrais de saúde e para atender com qualidade as necessidades dos usuários de acordo com cada situação e experiência adquirida. Os membros da equipe devem articular suas práticas e conhecimentos para que a cada nova problematização haja uma proposta adequada de intervenção.

Para Oliveira, Moretti-Pires e Parente (2011), os profissionais que atuam em equipe multiprofissional devem, além das atribuições específicas do saber corporativo, também exercer responsabilidades comuns, tais como: conhecimento da realidade do paciente e família, identificação dos problemas de saúde e as situações de risco que podem acometer o paciente. Devem planejar o atendimento individualizado para as necessidades do paciente renal, obedecendo à Portaria nº 1.168 de 2004, que trata dos direitos do paciente portador de doença renal.

As características do trabalho de saúde em equipe fundamentam-se nas relações interpessoais e, como tal, geram relações de poder. Acrescida a estas características, a organização coletiva de trabalho institucionalizada promove relações de desejos, interesses e conflitos decorrentes. Nas equipes de saúde há um elemento importante que trata das competências, poderes e *status* decorrentes de cada categoria de trabalho, (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011, p. 540).

Em relação à divisão técnica do trabalho, há um fracionamento deste, ou seja, o trabalho parcelar ou especializado é derivado de outros trabalhos parcelares ou especializados. Mas, por conseguinte, esses trabalhos especializados introduzem aspectos de complementariedade e de interdependência entre eles. Não pode se esquecer de considerar as dimensões técnica e social da divisão do trabalho, “uma vez que toda divisão reproduz em seu interior as relações políticas e ideológicas referentes às desiguais inserções sociais dos sujeitos” (PEDUZZI, 2001, p.105). O trabalho em equipe requer uma revisão de poderes, ou seja, o poder deve se alternar conforme a circunstância, o que deve direcionar as ações é a coerência das metas proposta pela equipe (FORTUNA et al., 2005).

Peduzzi (2001) destaca a distinção entre duas noções de equipe: como agrupamento de agentes e como integração de trabalhos. Na equipe como agrupamento a sua característica principal é a fragmentação do trabalho, ou seja, há uma justaposição das ações com o agrupamento dos agentes. Já na equipe como

integração sua característica é a articulação das ações, ou seja, a sua proposta é da integralidade das ações de saúde, nela os agentes interagem.

A característica da equipe integração é a flexibilidade na divisão do trabalho; na equipe agrupamento, a ênfase está na especialização do trabalho (PEDUZZI, 2001).

Em ambas, no entanto, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos, operando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração diversas do somatório técnico. Também, em ambas, estão presentes tensões entre diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva, (PEDUZZI, 2001, p. 106).

No modelo biomédico bastante praticado pelos profissionais de saúde, há uma preocupação com as especialidades, ou seja, o atendimento ao paciente é fragmentado, o doente é atendido por vários profissionais, sem uma interação entre eles, o paciente é um doente que precisa de um médico especialista para cuidar de cada enfermidade sua. Ele não é visto como um todo, como um sistema. Porém a sua doença física afeta todo o seu ser, o físico, o social, o econômico, o psicológico e, até mesmo, sua crença.

Essa preocupação tem instigado os trabalhadores da saúde a buscarem um novo posicionamento nas equipes. No modelo biomédico o médico exerce todo o poder sobre o paciente e os outros profissionais da equipe são coadjuvantes, ou seja, têm uma interferência mínima e alguns até mesmo não interferem em seu tratamento. Afinal, o médico é visto como superior, tanto pelos pacientes, familiares e até mesmo pela própria equipe, sendo os outros profissionais considerados apenas colaboradores em menor grau e importância.

Porém, Vilela e Mendes (2003) abordam um conceito ainda mais amplo que o multiprofissional. Trata-se do conceito de interdisciplinaridade, que começou a ser enfatizada na necessidade de transcender, bem como atravessar o conhecimento fragmentado. Refere-se à integração dos saberes, o que não é uma ideia nova, pois já existia desde os gregos quando surgiu o ensino *enkúklios paidéia*, que significa “educação em círculo”. Esse modelo, posteriormente transmitido pelos romanos, trazia um saber focado na totalidade como um ideal de educação. Seu

objetivo era a formação integral da personalidade e as disciplinas eram articuladas e formavam uma unidade.

O fenômeno da interdisciplinaridade representa hoje uma proposta contra o fenômeno da fragmentação visto na educação e saúde. Pois o exagero das especializações conduz a uma situação de “desumanização” do atendimento.

A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração das disciplinas articuladas em um mesmo projeto (JAPIASSU, 1976).

O termo interdisciplinaridade ainda não tem um sentido exato. Alguns autores consideram ser uma questão de atitude.

Uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano. (VILELA; MENDES, 2003, p. 527).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), fundada em 1946, cunhou um novo conceito de saúde que observa a saúde do ser humano com “um completo bem-estar físico mental e social”, o que requereu novos posicionamentos das equipes de saúde para poder alcançar esse “ideal de saúde”. No século XXI, o completo bem-estar físico mental e espiritual foi se ampliando e hoje se fala em produção social da saúde, que tem os seus modelos calcados na teoria da produção social. Isso nos permite romper com a setorialização, possibilitando uma organização da saúde como uma resposta social.

Por conseguinte, os “problemas de saúde” passam a ser orientados pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social de saúde, em que a atuação dos problemas deve ser baseada em um saber interdisciplinar e calcada nas ações curativas, de promoção, de prevenção e de acidentes, ou seja, a atenção deve ser global e globalizada, de modo que o paciente seja atendido por uma equipe interdisciplinar (VILELA; MENDES, 2003).

A educação dos profissionais de saúde deve pautar-se nos conhecimentos experimentados, vividos, pois esses permitem formar profissionais com capacidade de solucionar problemas (VILELA; MENDES, 2003).

Com esse intenso processo de especialização na área da saúde, há a necessidade de se criar estratégias para que o trabalho em equipe seja eficaz. Há de se contemplar a articulação das ações de saúde aos diversos saberes.

Uma nova concepção que possa demonstrar maior integração na equipe de saúde deve ser buscada pelos serviços. Para tanto, é necessário que se respeitem as competências específicas de cada profissão, as várias concepções sobre o trabalho em equipe em saúde, cada uma delas distintas.

Sobre o trabalho em equipe, Fortuna e Mishima, citados por Peduzzi (2001), destacam três concepções em seu trabalho. Nos estudos que ressaltam os resultados, a equipe é concebida como recurso para o aumento da produtividade e da racionalização dos serviços. Os estudos que destacam as relações tomam como referência os conceitos da psicologia, analisando as equipes, principalmente com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos. Já na vertente interdisciplinar estão os trabalhos que trazem para a discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou seja, a especialização do trabalho em saúde.

Não se pode esquecer que existem dois polos deste relacionamento, em que de um lado está o paciente, fragilizado pela sua própria condição física e nem sempre tendo a consciência da importância que ele tem para o êxito de seu tratamento.

2.1 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO TRATAMENTO DO DOENTE RENAL CRÔNICO

A doença renal crônica e o tratamento hemodialítico impõem as mais variadas restrições como as de ordem física, emocional, social, econômica. Ao paciente resta ter uma posição participativa no seu tratamento. Para que essa participação seja efetiva, requer a ajuda da equipe multiprofissional.

Segundo Alves (2005), a organização dos serviços e as práticas de saúde devem priorizar a integralidade. E essa se contrapõe à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. Ou seja, o olhar do profissional deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial. A assistência tem de ir além da doença e do sofrimento manifesto.

O doente renal deve ser atendido em todas as suas limitações. Toda a equipe deve participar de seu atendimento, pois quando ele entra em programa de hemodiálise deixa de ser o paciente renal e passa a ser parte de um programa hemodialítico, ou seja, deixa de ser aquele doente de consultório, onde o médico o examina, orienta e algumas vezes o escuta, e passa a ser paciente da equipe, isto é, ele é um paciente de todos os profissionais da hemodiálise, mas ao mesmo tempo não é de ninguém, pois os médicos, enfermeiros e técnicos trabalham com escala, a nutricionista, assistente social e psicóloga não atendem todos os dias, pois normalmente é um profissional deste para cada serviço de hemodiálise de até duzentos pacientes. Todos os profissionais atendem em regime de escala, de modo que a cada dia o paciente poderá encontrar uma equipe diferente, que nem sempre lhe dá a atenção de que ele necessita.

A complexidade do mundo globalizado exige análises mais integradas. A compreensão de qualquer fenômeno social requer que se levem em consideração as informações relativas a todas essas dimensões (VILELA; MENDES, 2003).

Segundo a Resolução RDC 154 (BRASIL, 2004) em seu anexo 6.2, cada serviço de diálise deve ter a ele vinculado, no mínimo: dois médicos nefrologistas, dois enfermeiros, um assistente social; um psicólogo; um nutricionista; um auxiliar ou técnico de enfermagem para o cuidado de até quatro pacientes, funcionário para serviços de limpeza e para o serviço de nutrição, auxiliar administrativo.

A citada Resolução determina que o atendimento ao doente renal em hemodiálise deve ser no formato multiprofissional. Na literatura, assim como na Resolução RDC 154, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos realizados e a desigualdade de valor atribuído aos distintos trabalhos, bem como a hierarquia de trabalho, respeitando as normas éticas de cada profissão.

Segundo Almeida Filho, citado por Martins e Martins (2010), na multidisciplinaridade os profissionais atuam próximos, mas não unidos, havendo apenas uma justaposição de conhecimentos. Aqueles que trabalham em equipes multidisciplinares chegam a aprender com as demais disciplinas envolvidas, mas suas ferramentas e técnicas não são transformadas por elas.

Para Diniz e Carvalhaes (2002), o termo equipe multiprofissional refere-se a um grupo de especialistas que atuam de forma independente em um mesmo local de trabalho. Se esses profissionais representantes de diferentes ciências

possuírem uniformidade de objetivos, os quais pretendem que sejam atingidos pela colaboração e complementaridade de seus conhecimentos científicos, essas equipes passam a ser interdisciplinares.

É de se esperar que as equipes trabalhem em comum acordo, atendendo o paciente integralmente, havendo assim uma troca de informações, sendo que estas poderão beneficiar tanto a equipe como o paciente. Pois para a equipe haverá uma ampliação de sua visão e assim poderá desenvolver um novo método de trabalho. Segundo atesta Rodrigues, citado por Diniz e Carvalhaes (2002, p.90), “a equipe se dá por integração de métodos. O que nos une não são as tarefas específicas, mas o método de investigação comum”.

Acredita-se que no trabalho multiprofissional haja divergências de opiniões, e até mesmo pode não haver concordância nos procedimentos adotados. Por isso a equipe deve ser madura o suficiente, diante de ideias não aceitas.

Dentre os problemas que dificultam a prática de um cuidado integral oferecido por uma equipe multiprofissional, pode-se destacar, por exemplo, a deficiência na rede de serviços, pois, segundo Fujji e Oliveira (2011), a demora para se conseguir consultas em outras especialidades médicas dificulta o atendimento multiprofissional assim como o acesso a exames diagnósticos. Outro aspecto que dificulta o atendimento multiprofissional é o número reduzido de profissionais na equipe de apoio como a nutrição, serviço social, terapeuta ocupacional, dentista psicólogo, pois a maioria atua nos serviços de hemodiálise dando orientações pontuais, ou seja, não há profissional suficiente para o atendimento diário como a equipe de enfermagem, por exemplo. Esses profissionais trabalham por período, ou seja, um profissional atende todos os pacientes da clínica no máximo uma vez por semana, e às vezes não há como resolver todas as demandas solicitadas. Isso pode ser um impedimento para o fortalecimento do relacionamento entre essas equipes, os pacientes e familiares, e, principalmente, para a busca da humanização da assistência. Estes são talvez os grandes desafios para a equipe de saúde (FUJJI; OLIVEIRA, 2011).

O acompanhamento por equipe multidisciplinar é essencial no atendimento de um indivíduo que faz hemodiálise, considerando a gama de cuidados e adaptações que ele necessita no dia a dia. (FUJJI; OLIVEIRA, 2011, p. 5).

A integralidade da assistência é amparada na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Essa Lei, em seu Capítulo II, Art. 7º, & I, II, III, IV, V, determina que a universalidade do acesso a todos os serviços de saúde seja da competência do Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à integralidade da assistência em todos os níveis (primário, secundário e terciário) de saúde, à preservação da autonomia, igualdade da assistência sem preconceitos, ao direito à informação e divulgação das informações quanto ao potencial dos serviços e sua utilização pelos usuários (BRASIL, 1990).

Para que haja cumprimento da Lei nº 8.080, é necessário adequar-se o tratamento do doente renal, pois quem convive com a doença renal crônica terminal (DRCT) não depende apenas do sucesso do tratamento hemodialítico ou dialítico, viabilizado pelas máquinas, mas necessita também de uma rede de atenção à saúde, com vários profissionais, tanto médicos de outras especialidades, como cardiologista, cirurgião vascular, endocrinologista, ortopedista, assim como do profissional da nutrição, enfermagem, serviço social, psicologia, farmacêutico, terapeuta ocupacional e os serviços de apoio.

Os problemas do doente renal não se findam com o término da sessão de hemodiálise, pois grande parte dos pacientes necessita da rede de saúde pública para conseguir as medicações que são de alto custo. A maioria perde a sua condição física, o que o impossibilita para o trabalho, condição que pode gerar a depressão bem como problemas de ordem social e familiar.

Para indivíduos que convivem com um acometimento crônico, é fundamental uma rede de serviços organizada e com capacidade para responder a suas necessidades, pois uma rede de serviços melhor estruturada facilitaria o acesso dos indivíduos que fazem hemodiálise e a resolução de suas necessidades. (FUJJI; OLIVEIRA, 2011, p. 6).

Há a necessidade de apoio constante da equipe multiprofissional ao doente renal. Porém esta equipe também enfrenta problemas, que podem refletir até mesmo no relacionamento profissional-paciente, pois as relações profissional-família-paciente são bastante complexas do ponto de vista psicológico. Muitas vezes esses profissionais não são preparados para tais situações, que envolvem manifestações de desespero, revolta por parte dos familiares e doente. E essas

reações podem gerar desânimo, fadiga, pessimismo, irritabilidade e até mesmo o ceticismo na equipe com relação ao seu tratamento.

O doente renal exige muito da equipe, pois ele necessita de toda uma rede de apoio. Os profissionais devem estar atentos às suas necessidades. Mas essa equipe também necessita de apoio constante, pois o grau de satisfação com que ele exerce suas atividades diárias, a maneira com que ele lida com os problemas diariamente são elementos importantes para avaliar a sua qualidade de vida, um fator importante para um bom atendimento.

Uma estratégia para o investimento no trabalhador da saúde seria desenvolver programas de capacitação para os profissionais da saúde, exercitando a necessidade de se cuidar. Esses incentivos poderiam interferir positivamente na autoestima dos trabalhadores, assim como oportunizar a atualização dos conhecimentos técnicos, oferecer a troca de experiências, dar-lhes instrumentos para uma melhor relação entre a equipe, assim como prevenir as dificuldades da equipe em lidar com as dificuldades emocionais do grupo profissional, como, por exemplo, óbito de pacientes, agressividade e hostilidade de pacientes e familiares, famílias ansiosas etc. Oferecer ainda treinamento em técnicas para alívio das tensões resultantes da atividade profissional (MACEDO, 2007).

A abordagem multiprofissional ao paciente talvez seja bem adequada, em virtude da complexidade cada vez maior dos cuidados. Também pela possibilidade de alcançar uma abordagem mais efetiva desse doente, sem fragmentar a assistência, e ainda pela potencialização terapêutica que juntos podem alcançar.

Porém esse modelo de trabalho conjunto não deixa de ser produtor de tensões e conflitos, relacionados ao poder e interesses em jogo. Poderão também produzir desgastes e ainda a alienação do processo de trabalho. Problemas de comunicação e relacionamento podem vir atingir a equipe e posteriormente os pacientes (MACEDO, 2007).

Pedroza e Teles (2001) também concordam com Macedo quando este diz que o bom relacionamento entre os membros da equipe facilita o contato com as famílias e pacientes para desenvolvimento de ações, para uma melhor adesão ao tratamento, bem como ações preventivas de desenvolvimento de outras comorbidades.

Outra questão que pode ser um ponto de conflito aos profissionais de saúde diz respeito às relações complexas que se deparam com o paciente e a família. A administração dessas situações requer muitas vezes o afastamento do profissional, pois além de ele ter de lidar diariamente com a doença, a dor, há ainda a dificuldade de lidar com a morte dos pacientes.

Outra constante nos serviços de saúde, segundo Macedo (2007), é a violência estrutural, que é reproduzida e institucionalizada no hospital público, e ainda reforçada pela desigualdade social e pela ideologia da classe dominante. Trata-se de elementos que impregnam o processo de trabalho e a conduta dos seus profissionais, em particular, a figura do médico.

Ainda segundo Macedo (2007), conta-se em nosso sistema de saúde com muitos profissionais sobrecarregados, indiferentes ao sofrimento humano, pois eles próprios são vítimas desse sistema público de saúde. São constantemente desassistidos de suas necessidades básicas de trabalho, onde muitas vezes faltam respeito e dignidade. Trabalham muitas vezes sem condições para exercer adequadamente suas funções, são mal remunerados e muitos veem os pacientes como potenciais agentes estressores.

Há de se adotar medidas urgentes de política de gestão participativa em saúde, estratégias de valorização profissional, promoção de relações interprofissionais, bem como programas de humanização da assistência aos pacientes e na relação de trabalhadores.

Para que o trabalho multiprofissional seja eficaz, é necessário que a equipe trabalhe com o paciente em uma perspectiva emancipatória. A equipe, juntamente com o paciente, deve identificar as suas necessidades, em direção a uma escolha informada. Isso poderá contribuir para mudança de comportamento bem como adesão ao tratamento, dirimindo as intercorrências que poderão ocorrer durante o tratamento hemodialítico.

Porém, para que isso aconteça, exige-se que a equipe multiprofissional conheça a realidade, a visão de mundo e as expectativas dos pacientes envolvidos, para que assim possa priorizar as necessidades dos pacientes e não somente as exigências terapêuticas. Portanto deve-se ouvir atentamente o paciente, valorizar seu conhecimento existente, respeitar suas experiências, crenças e expectativas, pois a desvalorização de seus conhecimentos pode desencadear consequências sérias, como a não adesão ao tratamento, descrédito em relação à equipe,

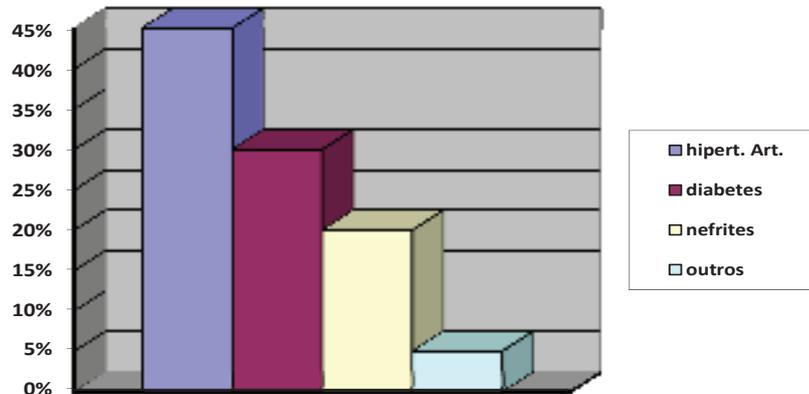
deficiência no autocuidado, adoção de hábitos prejudiciais à saúde, concepção de que os outros são os responsáveis por seus cuidados (QUEIROZ et al., 2008).

2.2 DOENÇA RENAL CRÔNICA E SUAS PRINCIPAIS CAUSAS

A Doença Renal Crônica (DRC) se tornou um importante problema de saúde pública na última década. É considerada uma patologia grave que repercute em todos os órgãos e sistemas do organismo. O comprometimento do estado geral torna-se visível através de sinais e sintomas evidenciados externamente no paciente. A evolução da doença pode ser longa e dolorosa e os métodos dialíticos (hemodiálise, diálise, e transplante renal) funcionam como terapia renal substitutiva para a manutenção da vida por tempo indeterminado.

A doença renal é silenciosa, ou seja, às vezes leva anos até o paciente sentir alguns sintomas, pois, mesmo doente, os rins se sobrecarregam para manter a função renal normal. São várias as doenças crônicas que agredem o nosso corpo e podem evoluir para uma grave disfunção dos rins. Entre elas estão a hipertensão arterial, correspondendo a 45%; o diabetes, 30%; e as glomerulonefrites, 20%; as demais como rins policísticos, lúpus e a septicemia correspondem a 5% em média (SBN, 2006).

Gráfico 1: Principais causas da insuficiência renal



Fonte: SBN, 2006.

De todas as doenças que levam à insuficiência renal (IR), a hipertensão arterial (HA) é a maior causa da insuficiência renal crônica (IRC), visto que é uma doença da modernidade, e atinge cerca de 60% a 70% da população maior de 60 anos. No Brasil, estima-se que 30 milhões de brasileiros sofrem de HA. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), há no mundo cerca de 600 milhões de hipertensos. É um grande problema de saúde pública, já que boa parte desses pacientes evoluirá para problemas cardiovasculares, neurológicos e renais, levando assim essa população a procurar tratamento de alto custo, bem como desenvolver doenças incapacitantes (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

As causas da HA são várias. Em 95% dos casos estão a hipertensão primária ou essencial. Nesses pacientes ocorrem o aumento da rigidez da parede arterial, bem como a herança genética, que pode contribuir com até 70% dos casos. Ela engloba também os maus hábitos da população, como o sedentarismo, a obesidade e o consumo exagerado de sal, álcool e fumo. Nas demais, 5% ocorre a HA secundária. Ela provém de várias doenças com o uso abusivo de medicamentos, doenças glomerulares (rins), hipertireodismo, dentre outros (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

O diabetes é a outra segunda doença que leva o indivíduo a desenvolver IR. Também é um grave problema de saúde pública. Estima-se que no

Brasil existam cerca de cinco milhões de indivíduos portadores de diabetes, dos quais metade desconhece seu diagnóstico. Desse total, 90% são do tipo II, ou seja, não dependente de insulina; 8% a 9% são do tipo I, são dependentes de insulina. Esse (tipo I) desenvolve comorbidades severas, como lesão em membros inferiores que podem necessitar de amputações, perda da visão, e insuficiência renal crônica (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

As glomerulonefrites vêm em terceiro lugar, porém elas são doenças do rim, normalmente adquiridas por meio de infecções na infância, infecções estas não necessariamente nos rins, mas na maioria dos casos bactérias oportunistas que atacam as vias aéreas superiores (amígdalas e ouvido) e migram para os rins. Dentre as doenças dos rins, propriamente, existem os rins policísticos, que é uma doença renal genética, e ainda os tumores renais e as más formações congênitas, que são o refluxo vesicoureteral, que, quando diagnosticadas, com a cirurgia corretiva resolve-se o problema. Porém essas doenças citadas não representam nem 5% dos pacientes com IRC (FERMI, 2003).

2.3 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA RENAL

Os rins são órgãos duplos que lembram a forma de um grão de feijão, têm uma coloração marrom-avermelhada, situam-se no espaço retroperitoneal, sendo um de cada lado da coluna vertebral, paralelo ao músculo psoas maior. Pesam cerca de 300 g, recebem de 20% a 25% de sangue do débito cardíaco. Cada rim possui mais de um milhão de néfrons, que são a unidade funcional do rim. Cada néfron é composto por um glomérulo, onde ocorre a filtração, e um túbulo, dividido em túbulo proximal, alça de Henle e túbulo distal (FERMI, 2003).

O rim é responsável pela filtração do sangue, onde são extraídos água e eletrólitos, eliminando o excesso através da urina. É também o maior produtor de eritropoietina (EPO), hormônio estimulante da medula na eritropoiese. A vitamina D produzida pelo fígado é convertida nos rins em uma substância (25-hidroxicoalciferol) ativa responsável pela absorção de cálcio no organismo (FERMI, 2003).

De acordo com Fermi (2003), existem dois tipos de insuficiência renal: a aguda (IRA) e a crônica (IRC). A IRA é reversível, e pode ter várias causas, como: a) pré-renal, em decorrência de isquemia renal, hipotensão severa, desidratação, choque, grandes queimados e outros; b) renal, em decorrência de glomerulopatias, hipertensão arterial, intoxicações por drogas, infecções graves; c) pós-renal, causada por obstrução do fluxo urinário, tumores e coágulos.

O tratamento para insuficiência renal aguda (IRA) dependerá da etiologia da doença. Podem ser necessárias até mesmo algumas sessões de hemodiálise. Mas é reversível. Ou seja, após o tratamento o rim do paciente voltará ao seu funcionamento normal, necessitando apenas de acompanhamento médico, para prevenção de uma possível insuficiência renal crônica.

A insuficiência renal crônica é gradual e progressiva. As causas também são várias, como a hipertensão arterial sistêmica, glomerulopatias, malformações, diabetes, doenças hereditárias e doenças autoimunes. O diagnóstico se dá através dos sinais e sintomas clínicos como a poliúria, urgência miccional, disúria, nictúria, alterações no volume urinário, edema, hálito urêmico, palidez cutânea e das mucosas e aumento da pressão arterial. Exames laboratoriais como o clearance de creatinina, ureia, creatinina, sódio, potássio, hemograma e de urina simples (EAS), de imagem (ultrassonografia das vias urinárias) e biópsia renal são necessários para o diagnóstico (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2003).

Segundo Barros et al. (2006), a expressão doença renal crônica (DRC) foi recentemente definida pela iniciativa de Qualidade em Desfechos de Doenças Renais da Fundação Nacional do Rim dos Estados Unidos (NKF-K/DOQI), como a presença de dano renal ou diminuição da função renal por três ou mais meses. De acordo com essa proposta, a doença renal crônica é classificada em cinco estágios. No estágio um não há dano na função renal e a filtração glomerular (medido por meio do Clearance da creatina endógena) deve ser maior ou igual a 90 ml/min. No estágio dois, já existe um leve dano na função renal e a filtração glomerular estará entre 60 e 89 ml/min. No estágio três, a filtração glomerular está entre 39 e 50 ml/min; nesse caso, há uma perda acentuada da função renal. O estágio quatro é caracterizado por perda severa de função com filtração glomerular entre 15 e 29 ml/min. O estágio cinco é caracterizado por filtração glomerular menor do que 15 ml/min, e há necessidade proeminente de início de diálise (terapia renal substitutiva).

Após a instalação da insuficiência renal crônica terminal (IRCT), faz-se necessária a escolha de uma terapia renal substitutiva, que melhor se adapte ao paciente e ao seu modo de vida. Portanto, as ações educativas desenvolvidas pela equipe multidisciplinar entre os pacientes renais crônicos podem proporcionar a reflexão e compreensão dos elementos básicos quanto à realidade da doença e o tratamento que será utilizado.

Dias (2001), relatam que o tripé sustentador do tratamento para insuficiência renal crônica (IRC) é constituído por diálise, dieta e drogas medicamentosas. A aceitação (aderência) da tríade terapêutica promoverá um estado de controle da volemia, da pressão arterial, dos níveis séricos dos eletrólitos, reduzindo riscos diretamente associados com a morbimortalidade nesse grupo de pessoas.

Ressente-se que a não adesão à terapia hidrosalina não tenha sido incluída para que se pudesse levá-la ou não como variável importante para elevação da morbimortalidade dessa patologia, o que, porém, foi considerada por Perrone e Toporovski (apud Dias, 2001) como principal responsável.

Segundo Barros et al. (2006), o tratamento para IRC é compreendido em quatro fases, no que diz respeito ao tratamento conservador e às terapias renais substitutivas que englobam: hemodiálise (HD), diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), diálise peritoneal automatizada (DPA), diálise peritoneal intermitente (DPI) e o transplante renal (TX).

O tratamento conservador tem a função de preservar a função renal pelo maior tempo possível. Consiste em dieta balanceada e medicações. Aos pacientes em estágio II acima, deverá ser indicado acompanhamento médico (BARROS et al., 2006).

A diálise peritoneal (DPI, DPA e CAPD) consiste na infusão e drenagem de líquido na cavidade peritoneal, através de um cateter intra-abdominal. O peritônio, que é uma membrana biológica, estabelecerá a interface entre o sangue do paciente e esta solução, permitindo a troca de solutos por difusão (DAURGIDAS; BLAKE, ING, 2003).

A hemodiálise é realizada através de um circuito extracorpóreo do qual faz parte o filtro ou dialisador. Na hemodiálise, o sangue flui através de um acesso vascular (cateter venoso, fístula arteriovenosa ou prótese) e é impulsionado por uma bomba para um sistema de circulação extracorpórea onde se encontra o dialisador,

constituído de uma membrana semipermeável onde ocorrem as trocas entre o sangue e o banho de diálise ou dialisato. A difusão de solutos entre o sangue e solução de diálise resulta na remoção de escórias metabólicas e também na reposição de solutos como o bicarbonato, (DAURGIDAS; BLAKE, ING, 2003).

O transplante renal é um enxerto de um rim doado de outra pessoa na cavidade abdominal. Pode ser realizado de doador vivo ou cadáver desde que haja a compatibilidade. O transplante renal não é a cura para doença renal crônica (DRC), mas também um tipo de tratamento, de modo que o paciente não precisará mais fazer diálise ou hemodiálise (HD). Porém a vida média de um enxerto renal é de aproximadamente quinze anos. Hoje, com as novas tecnologias medicamentosas que têm surgindo, conseguem-se melhores resultados para este tratamento. O paciente transplantado é também um dependente de imunossupressor (drogas utilizadas para prevenção da rejeição) (DAUGIRDAS; BLAKE, ING, 2003).

No estágio mais avançado da DRC há uma alteração significativa em vários órgãos do sistema. A DRC pode afetar o coração, o sistema locomotor, disfunção hormonal, e ainda o emocional e o social. Segundo Sesso e Gordan (2006), a DRC tem uma elevada morbidade e mortalidade. A sua incidência e a prevalência no seu estágio terminal (DRCT) têm aumentado progressivamente, assumindo "proporções epidêmicas" em todo o mundo.

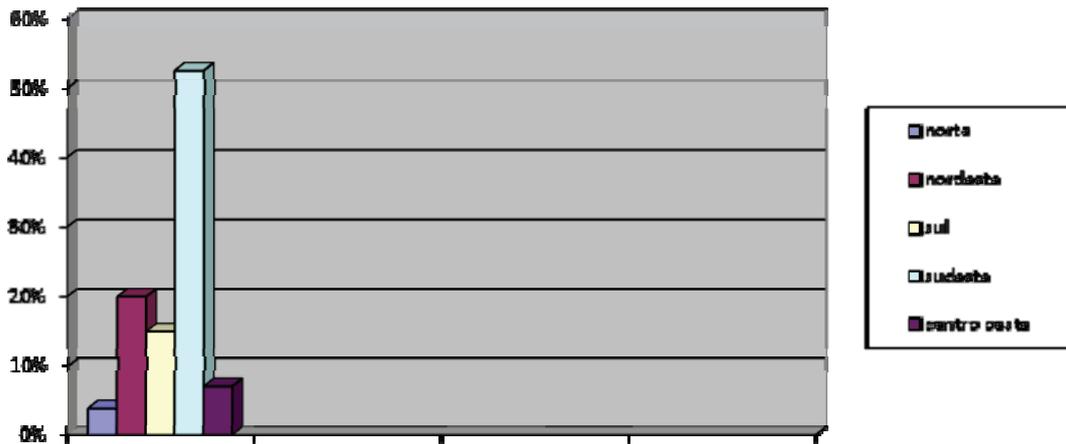
A doença renal crônica terminal (DRCT) é uma patologia cujo tratamento tem um custo bastante elevado e isso tem preocupado os órgãos governamentais. De acordo com Sesso e Gordan (2006), em janeiro de 2006 foi gasto o montante de R\$ 1.9 bilhões no tratamento de pacientes em diálise e no transplante renal.

2.4 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA RENAL NO BRASIL

No Brasil ainda não há um sistema nacional de registro que forneça anualmente dados confiáveis sobre a DRC em estágio terminal e não terminal. Apresentam-se aqui alguns dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Segundo dados da SBN, em censo realizado em janeiro de 2006, pode-se observar que a maior parte dos pacientes que faziam tratamento renal estava situada na

região Sudeste do país, com 53%; a região Nordeste apresenta-se com 20%; a região Sul com 15%; a Centro-Oeste com 7% e a região Norte com 4%. Pode-se perceber que a distribuição da DRC é proporcional ao número de habitantes dessas regiões (SBN, 2006).

Gráfico 2. Distribuição dos doentes renais crônicos por região do Brasil.



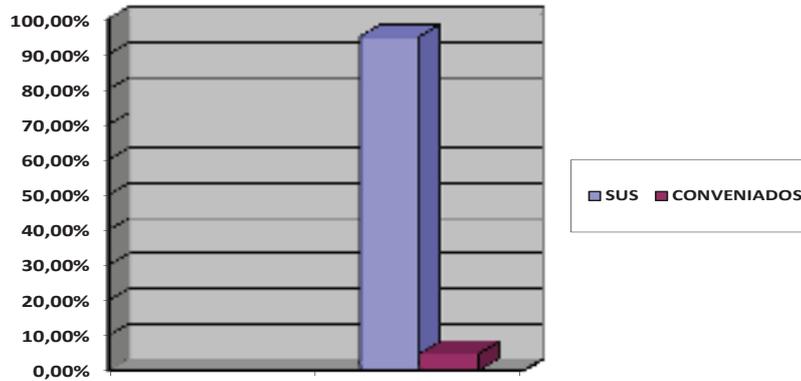
Fonte: **SBN, 2006.**

De acordo com Sesso e Gordan (2006), a prevalência de pacientes em diálise em 2006 por milhão da população (pmp) era de 383, havendo um aumento médio de 8,9% nos últimos dois anos (censo da SBN, jan. 2005). O número absoluto de pacientes em TRS era de 70.872, correspondendo a um aumento de 9,9% ao ano.

Desse total de pacientes, 10,6% fazem diálise utilizando medicina de grupo e seguros de saúde; os 89,4% restantes utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com relação aos centros de diálise, 95% eram conveniados com o SUS e apenas 4,8% com outras seguradoras. Daí se pode entender a importância do Sistema Único de Saúde (SUS), pois o tratamento de DRC é de alto custo, e nem todas as seguradoras cobrem este tratamento (SBN, 2006).

Gráfico 3. Pacientes em diálise por convênios, SBN, 2006.



Fonte: SBN, 2006.

Pode-se destacar ainda que, desse total de pacientes com DRCT, 90,7% recebiam o tratamento por meio da hemodiálise. Trata-se de um dado que chama a atenção, o que poderia ensejar o interesse dos centros fornecedores do tratamento dialítico e estarem preparados para oferecer todas as modalidades dialíticas. No entanto, isso não acontece, por conta do seu custo elevado e retorno pequeno.

A despeito disso, segundo a RDC nº 154 de 15 de julho de 2004 em seu Art. 2º, Parágrafo 1º, os serviços de diálise devem estar capacitados para oferecer as seguintes modalidades de tratamento: a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), a diálise ambulatorial automatizada (DPA), e a hemodiálise (HD). No caso de HD, deverá ter no máximo duzentos pacientes por serviço de hemodiálise e garantir uma máquina por turno por paciente. E, se necessário, deverá garantir o serviço de diálise intermitente, que é um serviço hospitalar.

2.5 SOBREVIDA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO

Em 1999, a taxa de mortalidade anual bruta (número de óbitos/pacientes em diálise no meio do ano) foi de 19,7%; em 2005 esta taxa foi reportada como inferior a 15% (SBN, 2006). No entanto esta taxa de mortalidade tem se mantido elevada mesmo com as melhorias nas técnicas, procedimentos materiais e equipamentos utilizados na TRS. Alguns estudiosos relatam que esse aumento da mortalidade se deve ao fato de cada vez mais o paciente ter iniciado o tratamento em estágio avançado da doença e também à idade dos pacientes.

Conforme dados do Ministério da Saúde, de 88 mil pacientes que realizavam diálise no ano de 1997 a 2000, a sobrevida atuarial foi de 80% ao final de um ano de TRS, não havendo diferença de sobrevida em relação ao sexo e ao tipo de diálise (SESSO; GORDAN, 2006). Entre os diversos fatores de risco para mortalidade estão a idade avançada, a presença de diabetes e número de comorbidades associadas.

Wood e Lewis, citados por Gualda (1998), afirmam que a doença crônica é uma experiência multidimensional que produz uma variedade de demandas. O cuidado é uma característica essencial à sobrevivência do paciente e melhora na qualidade de vida.

Esse cuidar não é prerrogativa somente do médico ou da enfermagem, mas assim como a doença crônica é multidimensional, o cuidar também deve ser, pois o paciente crônico é afetado no seu físico, no emocional, no social, no espiritual, portanto necessita de um atendimento multiprofissional.

A RDC nº 154 (Resolução da Diretoria Colegiada), de 15 de julho de 2004, em seu Artigo 1º, estabelece as normas de funcionamento técnico para os serviços de diálise, disciplinando as exigências mínimas. No Anexo 2, que diz sobre as atribuições gerais do serviço de diálise, destaca que os serviços de diálise devem funcionar atendendo aos requisitos de qualidade e a um padrão de assistência médica que tenha alguns objetivos como, por exemplo, o paciente ter uma exposição mínima aos riscos decorrentes do próprio tratamento. Em relação aos benefícios obtidos, deve ter um monitoramento permanente da evolução do tratamento e de eventos adversos. Além disso, a equipe deve ter a responsabilidade integral pelo tratamento das complicações decorrentes do tratamento dialítico.

Enfim, trata-se de equipe que deve proporcionar uma melhora geral do estado de saúde do doente renal com vistas a sua reinserção social.

A determinação do tempo no processo de hemodiálise está condicionada à natureza da doença crônica, das condições físicas do indivíduo e da possibilidade de obtenção de órgão compatível para transplante, o que representa a melhor das alternativas, diante do seu problema de saúde. No entanto, à medida que esse período de espera para o transplante se estende, as condições clínicas do doente renal poderão se agravar, tornando a possibilidade de uma qualidade de vida melhor se distanciar.

Neste contexto de espera, para alguns a vida passa a girar em torno da doença e do tratamento, tornando-se desinteressante e desprovida de sentido diante das limitações impostas pelo tratamento, atingindo assim toda a sua estrutura familiar e social. Para outros, a hemodiálise representa uma esperança de vida perante a irreversibilidade da doença e a expectativa do transplante (GUALDA, 1998).

Adotar uma abordagem humanizada nos serviços de saúde implica aceitar o ser humano como singular e especial, cuja sobrevivência e qualidade de vida dependem de sua saúde física, mental e afetiva, assim como da descoberta e do reconhecimento do seu valor como pessoa. Portanto, permitir a manifestação da complexidade do outro e reconhecer o valor que certamente possui se constituem a base para o desenvolvimento das relações interpessoais e possibilitam o crescimento humano (FERRAZ apud GUALDA, 1998).

CAPÍTULO III

O HOSPITAL DAS CLÍNICAS E O PROGRAMA DE HEMODIÁLISE: SUA IMPORTÂNCIA NA SOCIEDADE GOIANA

Neste capítulo, procura-se discutir como os funcionários da hemodiálise veem equipe multiprofissional e sua importância para o tratamento do doente renal, os desafios para a implantação do trabalho multiprofissional em hemodiálise no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, e os conflitos geradores de tensão nessa equipe.

O Estado de Goiás possui, conforme contagem populacional realizada em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), população totalizada de 6.003.788 habitantes, distribuídos em 246 municípios. Goiás é o estado mais populoso do Centro-Oeste. O crescimento demográfico é de 1,8% ao ano e a densidade demográfica é de 17,6 habitantes por quilômetro quadrado. Goiânia é a capital do Estado com o maior número de habitantes, em torno de 1.333.767 habitantes (IBGE, 2010). Com relação aos institutos de saúde, Goiânia possui hoje três hospitais públicos de grande porte, sendo dois estaduais – o Hospital de Urgência (HUGO) e o Hospital Geral de Goiânia (HGG), que são administrados por Organização Social (OS) – e um Hospital Federal (HC). Goiás hoje possui 25 clínicas de hemodiálise, sendo doze na grande Goiânia, com um total aproximado de dois mil pacientes em hemodiálise (SBN, 2006).

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG) é um hospital público, federal, comprometido com o ensino e a pesquisa, ligado à Universidade Federal de Goiás por meio do Ministério da Educação. Ele se situa em Goiânia, capital do Estado de Goiás, e é um hospital de referência para tratamento terciário e de alto custo.

Foi fundado em 23 de janeiro de 1962, com 60 leitos e 67 funcionários, que assumiram, juntamente com o corpo docente da Faculdade de Medicina, a formação de 33 acadêmicos e a prestação de serviços a um público não pagante, procedente do Estado de Goiás e circunvizinhos. Desde a sua fundação era

vinculado à Faculdade de Medicina, cujo diretor e presidente do Conselho Diretor eram o mesmo nas duas unidades (HC/UFG, 2010).

Em 23 de março de 1984, desvinculou-se da Faculdade de Medicina e ficou subordinado hierarquicamente à Reitoria como órgão suplementar da UFG, composto por uma Diretoria e um Conselho Diretor próprio e com poder consultivo e deliberativo (HC/UFG, 2010).

O Hospital das Clínicas, além de ser um hospital-escola, torna-se um campo de trabalho assistencial, de pesquisa, ensino e extensão da Universidade Federal de Goiás (UFG) e têm sofrido arrocho e constrangimento orçamentário impostos por vários governos. A falta de independência econômica o obriga a se subordinar às políticas de saúde específicas do Sistema Único de Saúde (SUS) para um bom desempenho do seu papel como hospital universitário.

É reconhecido como referência para vários tratamentos especializados no Centro-Oeste, como ortopedia, cardiologia, otorrinolaringologia, cirurgia geral, hematologia, pediatria, gravidez de alto-risco, inseminação artificial, endocrinologia, nefrologia adulto e pediátrico. Além disso, é campo de estágio para várias unidades acadêmicas, como faculdade de medicina, nutrição, enfermagem, psicologia, serviço social, fisioterapia, bem como para escolas de ensino profissionalizante como o técnico de enfermagem e outros.

O atendimento no HC-UFG é exclusivo pelo Sistema Único de Saúde, oferecendo o tratamento a todo cidadão, mas especialmente aos de baixa renda. Os números evidenciam sua importância e grandeza: 316 leitos – três unidades de terapia intensiva (UTI), duas Utis adulto e uma neonatal, serviços de diagnósticos, hemodinâmica e hemodiálise. O HC-UFG cresceu e hoje está responsável e integralmente à disposição do SUS. Realiza aproximadamente 292.947 consultas, 514.016 exames de diagnósticos, 9.327 cirurgias, 2.208 pequenas cirurgias, 667 partos e 10.796 internações (UFG, 2010).

Neste cenário de crise na saúde pública, Goiás não fugiu da regra, ou seja, o sistema público de saúde goiano enfrenta uma crise que se agrava a cada dia. Sem o financiamento necessário e com um modelo gerencial travado, o setor encontra-se mergulhado em problemas, como a escassez de materiais, falta de medicamentos, equipamentos sucateados e déficit no quadro de pessoal.

Essas falhas que fazem parte da rotina da maioria das unidades públicas de saúde da capital e do interior vêm expondo os profissionais da saúde a

condições precárias e até mesmo humilhantes de trabalho, comprometendo gravemente a qualidade da assistência prestada à população. Mesmo com o aumento da população goiana nas últimas décadas, a rede hospitalar pública de Goiás não ganhou em quantidade, mas perdeu em qualidade.

Diante desse caos que vive a saúde em Goiás, o Hospital das Clínicas também sofre, pois sua atual estrutura física impede a expansão da prestação dos seus serviços à comunidade. Assim, a conclusão de seu novo bloco de internações é de grande relevância pública para o povo goiano. A nova unidade de internação é estimada em vinte dois andares (44 mil m²), dos quais onze já estão erguidos. Quando o edifício estiver concluído e em funcionamento, estima-se que a capacidade de leitos seja ampliada para seiscentos, possibilitando a realização de cerca de 6.000 internações além de 2.400 cirurgias eletivas e de urgência por mês, alçando o HC ao 1º lugar em Goiás na realização de cirurgias de alta complexidade como cardíacas e ortopédicas (UFG, 2010).

A relevância do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG) para a comunidade goiana transcende a de um mero hospital. O HC-UFG é um importante formador de profissionais e especialistas da área da saúde, fonte do desenvolvimento de pesquisas científicas em saúde, gerador de novas tecnologias e procedimentos na área da saúde, além, é claro, de ser referência em excelência na prestação de serviços ao usuário do SUS em suas diversas especialidades.

O HC-UFG é hoje o maior complexo hospitalar do Estado de Goiás, em capacidade instalada e em produção de serviços em saúde. Ainda assim, neste cenário de crise crônica que acomete a saúde pública goiana, apesar de sua evidente excelência, a atual estrutura do HC-UFG impede a expansão da prestação dos seus valorosos serviços à comunidade. Hoje o hospital conta com: seis Clínicas (Cirúrgica, Médica, Pediátrica, Obstétrica, Maternidade, Medicina Tropical, Ortopédica); três UTIs (Médica, Cirúrgica e Neonatal); um Banco de Sangue; um Laboratório de Análises Clínicas; um Pronto-Socorro de Urgência e Emergência; um Centro de Referência em Oftalmologia (CEROF); uma Clínica de Hemodiálise; Centro Cirúrgico com onze salas cirúrgicas; um Centro de Quimioterapia; Núcleo de Ensino, Pesquisa e Pós-Graduação; Comitê de Ética em Pesquisa; Ambulatórios nas diversas especialidades médicas (como Reumatologia, Cardiologia e outros);

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Farmácias Hospitalar/Ambulatorial (MESQUITA, 2012).

Frise-se que nenhuma outra unidade hospitalar no Estado de Goiás, nem particular ou pública, apresenta essa ampla estrutura física e de pessoal especializado, permitindo que todo este leque de serviços esteja acessível aos usuários do SUS, de maneira integral e universal (MESQUITA, 2012).

O Serviço de Hemodiálise conta atualmente em seu quadro com cinco médicos nefrologistas, sendo três efetivos e dois cedidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES/GO), três enfermeiros nefrologistas e cinco enfermeiros generalistas, sendo um não efetivo, vinte e sete técnicos de enfermagem e seis auxiliares de enfermagem, todos efetivos, um assistente social, um agente administrativo, um bolsista administrativo, residentes em nefrologia e estagiários de enfermagem (HC, 2013).

No programa de hemodiálise, estão inscritos quarenta e sete pacientes adultos e dezessete crianças e adolescentes e ainda doze pacientes em programa de diálise peritoneal automatizada (DPA). O espaço físico é constituído por duas salas de hemodiálise, com dezessete máquinas. Atualmente o programa de Hemodiálise do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG) atende de segunda a sábado no horário matutino e vespertino, fazendo uma média de setecentas sessões por mês. No ano de 2012 foram realizadas 8.333 sessões de hemodiálise e 276 consultas no ambulatório de nefrologia de pacientes adulto, (HC, 2013).

O Serviço de Nefrologia está estruturado dentro do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFG. Junto com a residência médica em nefrologia, é responsável pelo serviço do ambulatório de tratamento conservador da função renal do paciente adulto e pediátrico, pela diálise peritoneal, e pacientes da urgência e emergência que são encaminhados ao pronto-socorro e unidade de terapia intensiva (UTI).

O Departamento de Nefrologia do HC/UGF tem a sua importância, não só pela história, porque realizou a primeira sessão de hemodiálise em Goiás (HC, 2010), mas também pelo que representa hoje, diante do recebimento diário de pacientes com a paralisação total dos rins, necessitando de atendimento médico de urgência. Outros pontos importantes são o ensino e a pesquisa, pois o HC é formador de médico-nefrologista e o único em Goiás a oferecer a residência médica

em nefropediatria, e o primeiro a oferecer a residência multiprofissional em saúde, atualmente, com a conclusão da segunda turma.

3.1 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A equipe de hemodiálise do HC/UFG, é constituída em sua maioria por profissionais do sexo feminino, com tempo médio de trabalho em hemodiálise de 13 anos (<10>18). São 47 pacientes, distribuídos em dois turnos de três dias (2^a, 4^a e 6^a e 3^a, 5^a e sábado). Há poucos pacientes adultos de programa, pois o serviço recebe pacientes de urgência e UTI, quando são estabilizados, são encaminhados para as clínicas satélites. Porém há um turno que comporta crianças em tratamento crônico.

Considerando a ótica da equipe de saúde que atua na unidade de Hemodiálise do Hospital das Clínicas da UFG/GO, os desafios para a implantação do atendimento multiprofissional são relacionados principalmente com problemas estruturais, de pessoal e de comunicação, porém há uma nítida compreensão do que seja uma equipe multiprofissional e como ela é formada e a sua importância para o tratamento do doente renal.

A seguir, apresentam-se os resultados correspondentes às dificuldades apontadas pelos participantes.

3.2 - A composição profissional da Equipe Multiprofissional em hemodiálise

De acordo com a Resolução RDC nº154, de 15 de julho de 2004, que institui o regulamento técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise, no Anexo 6, que trata dos Recursos Humanos do Serviço de Diálise, o Item 6.2 diz que cada serviço de diálise deve ter a ele vinculado, no mínimo: dois médicos-nefrologistas, dois enfermeiros-nefrologistas, um assistente social, um psicólogo, um nutricionista e auxiliares ou técnicos de enfermagem de acordo com o número de pacientes.

Para Diniz e Carvalhaes (2002), o termo multiprofissional se refere a um grupo de especialistas que atuam de forma independente em mesmo local de trabalho. Para Oliveira, Moretti-Pires e Parente (2011), o trabalho em equipe fundamenta-se nas relações interpessoais que geram relações de poder. Para Peduzzi, citado por Oliveira e Spiri (2006), a noção de equipe está etimologicamente associada à realização de tarefas, de trabalhos compartilhados entre indivíduos, que em seu conjunto de coletivo extraem o sucesso para realização pretendida.

Constatou-se, pelos dados coletados junto aos profissionais da equipe de saúde da hemodiálise do Hospital das Clínicas, que para eles há clareza acerca dos profissionais necessários para a formação de uma equipe multiprofissional. Todos eles citaram o médico, enfermeiros e técnicos, assistente social e nutricionista. Alguns outros profissionais apareceram também como importantes para esta nova fase dos serviços de saúde, conforme relataram:

[Os profissionais necessários para compor a equipe multiprofissional em hemodiálise são]: médico, enfermeiro, incluindo os técnicos, psicóloga, que é de fundamental importância, nutricionista, assistente social, professoras não só para crianças, mas também para os adultos. (P4).

[Os profissionais necessários são:] o médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional. (P1).

[Os profissionais necessários para a formação da equipe multiprofissional são]: médico, enfermagem, assistente social, nutrição, terapeuta ocupacional. Os professores são muito importantes, porque vemos o resultado do trabalho deles. Ontem mesmo a gente tava observando o trabalho que a professora tá tendo para fazer com as mães pra ajudar com relação à escola. As mães ficam muito ociosas aqui dentro e ela começou um trabalho de terapia ocupacional com as mães. E isso ajuda até mesmo na questão financeira, porque elas ficam quatro horas paradas aqui na frente da máquina da criança sem fazer muita coisa, e muitas não têm o benefício do auxílio-doença, então uma terapia ocupacional acaba sendo rentável para a família. A fisioterapia também é interessante, já tem muita gente da fisioterapia entrando na equipe de hemodiálise. Podemos dizer que a hemodiálise é uma área que começou só com enfermeiro e médico, mas hoje a gente tá vendo o benefício da equipe multiprofissional. (P5).

Acho que tem que ter o médico, enfermeiro, o técnico de enfermagem. E o ideal era um técnico tipo um auxiliar administrativo, que ajudasse no serviço pesado, para repor solução, deslocar máquinas etc., nutricionista, psicologia acho muito importante, os professores mais para as crianças, porque os adultos não se interessam. (P8).

De acordo com as falas dos pesquisados, percebe-se que eles têm a clareza dos profissionais que são necessários e importantes em uma equipe multiprofissional. Percebe-se que alguns profissionais citados não fazem parte da Resolução RDC 154, mas são considerados importantes pela equipe constituída. Alguns foram citados pelo serviço que desenvolvem atualmente na hemodiálise e são considerados importantes pelos funcionários.

De acordo com Portaria nº 1.168, de 15 de junho de 2004, que trata sobre os direitos do portador de doença renal, em seu Artigo 2º, Alínea I, os Serviços de Diálise devem desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, proteção, e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividade. Daí se justifica que os professores da rede municipal e estadual participem da equipe de hemodiálise, pois educação e saúde são princípios para o alcance da cidadania.

3.3 - A falta de pessoal especializado

São vários os fatores que dificultam o trabalho multiprofissional. Para Oliveira e Spiri (2006), a capacitação para o trabalho deve acontecer antes de se estruturar a equipe, porém o trabalho diário com orientações e acompanhamento, discussão de condutas, implantação de protocolos permite uma assistência de qualidade bem como propicia a busca de conhecimentos.

Pelo relato dos participantes da pesquisa, há vários fatores que dificultam o trabalho multiprofissional em hemodiálise, entre eles a falta de profissionais, condição de trabalho, entrosamento da equipe, comunicação, treinamento inadequado. Seguem os relatos.

Há falta de pessoal. O tempo todo você tem que priorizar algo. Você trabalha não é só com pacientes de um turno. Então, é um desafio fazer isso acontecer, porque você trabalha com vários turnos. Tem turnos de médico, enfermeiros. O restante da equipe é só um profissional. Para estipular uma rotina é complicado. Por isso, você fica transitando entre um turno e outro para atender o paciente. (P4).

Acho que o desafio maior seria o conhecimento, seria qualificar os profissionais de saúde para o SUS, os princípios norteadores do SUS (universalidade, equidade e integralidade da assistência) e

compreender a sua importância, ter dedicação exclusiva no serviço de saúde. Com o número atual de funcionário que tem não dá. É preciso capacitar, colocar isso como meta. Pois um profissional faz a visita clínica. Até os impressos são separados: o do médico, do enfermeiro e do técnico. É como o se o paciente tivesse vários prontuários. Teria de ter um maior intercâmbio. (P6).

De acordo com Diniz e Carvalhaes (2002, p. 90), com o desenvolvimento das ciências da saúde, houve o aparecimento de diversas especialidades profissionais, todas elas possuindo especificidades importantes para a saúde global e qualidade de vida dos pacientes. Assim, se torna impossível a um só profissional adquirir todas as informações contidas nos estudos das áreas primárias/secundárias/terciárias e aplicá-las na assistência e a seus familiares.

Segundo a análise de Fujji e Oliveira (2011), o número reduzido de profissionais na equipe de apoio (nutricionista, psicólogo, assistente social) que atuam sob o regime de consultoria nos serviços de hemodiálise é um dos fatores que impactam a continuidade do cuidado. Para os citados autores, o “acompanhamento por equipe multidisciplinar é essencial no atendimento de um indivíduo que faz hemodiálise, considerando-se a gama de cuidados e adaptações que ele necessita no dia a dia” (FUJJI; OLIVEIRA, 2011, p. 5).

Falta recurso financeiro. Mais profissionais. Não se trabalha sozinho. Na hemodiálise, existem áreas com deficiência de profissional como psicologia, nutrição e a terapia ocupacional para os pacientes e acompanhantes. (P2).

A equipe (médico, enfermeiro e técnico) são pessoal de turno. Já a assistente social, nutricionista e a psicóloga você tem que se desdobrar, tem que transitar nos turnos, fazer um trabalho de estar aqui e ali, reunindo, é complicado. Não sei até onde haveria uma proposta viável. Esse transitar dificulta. É uma assistente social que atende os pacientes da diálise, hemodiálise, transplante. A assistente social atende casos pontuais, acaba que é muito para uma pessoa só. (P4).

O horário ou falta de profissional é um grande desafio, pois não temos nutricionista, psicólogo e assistente social para cobrir todos os turnos. Se a psicologia e a nutrição atendessem mais junto ao paciente, os problemas com dietas e a adesão do paciente poderiam ser minimizados. Os profissionais atendem na sala durante a hemodiálise do paciente, às vezes os pacientes são orientados no corredor. Falta integração com a equipe do ambulatório. Enfermagem é a categoria que está em tudo. Ela levanta mais a problemática do paciente, ela está mais ligada. É o elo de ligação entre os profissionais e pacientes. (P3).

No caso poderia ter uma psicóloga e até mesmo uma nutricionista à noite. Se tivesse uma psicóloga, ela iria dar mais atenção ao paciente e eu podia fazer melhor meu serviço. (P12).

Macedo (2007) coloca o programa de capacitação para os profissionais de saúde como forma de reconhecer a necessidade do cuidado com o trabalhador. Isso visa oferecer informações de utilidade prática no dia a dia, assim como melhorar a autoestima por meio da oferta de treinamento técnico científico e atualizá-los de forma a instrumentalizar a sua prática. Promove uma melhor integração entre as profissões, permitindo o desenvolvimento de atividades com pacientes e familiares de forma que alivie as tensões resultantes da atividade profissional.

Diniz e Carvalhaes (2002) defendem o trabalho interdisciplinar como necessário para tratar o paciente renal. Assinam que há uma distribuição desigual dos vários especialistas que atuam em hemodiálise no Brasil. Defendem a necessidade de reconhecimento da importância desses profissionais (enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeutas, pedagogos, terapeutas ocupacionais) para atuar nessas equipes junto aos pacientes.

3.4 - A falta de condição de trabalho

Em relação aos serviços públicos de saúde, tem-se convivido com o sucateamento desses serviços ao longo dos anos. O desmonte da saúde pública teve início na época da ditadura militar, dando ênfase ao serviço médico particular. Mesmo após a ruptura com o regime militar essa situação persistiu.

Em nome das insuficiências do SUS, mas apoiados por subsídios fiscais, grandes hospitais filantrópicos (plataformas avançadas de incorporação de tecnologia) se denominam “privados”, se associam à Associação Nacional de Hospitais Privados (Anhap) e praticamente não atendem o público. Em nome das insuficiências do SUS, porém fortemente financiados por recursos públicos, hospitais filantrópicos e universitários mantêm duas portas de entrada, alguns comercializam planos de saúde e um subconjunto arrecada recursos públicos adicionais com a comercialização das atividades de gestão de unidades públicas de saúde. (MATTA; LIMA, 2010, p. 175).

O Projeto de Fundação Estatal reduz a ação do Estado para o trabalho o amplia como horizonte de atuação do capital. O Projeto da Fundação Estatal é nefasto para os trabalhadores também porque as fundações estatais, por mais que na essência sejam 'iniciativa privada', ganham pela forma jurídica o direito de não contribuir com a formação do fundo público estatal, (GRANEMANN,2011).

A lógica privatizante é um retrocesso trazido à saúde brasileira pela EBSEH. A centralização de toda gestão da saúde em uma empresa e suas subsidiárias desmonta a descentralização preconizada pela Constituição de 1988 reconstruindo um órgão burocrático nos moldes do INAMPS que poderá gerir também "instituições congêneres", entendidas pelo PL como "instituições públicas que desenvolvam atividades de ensino e pesquisa na área da saúde e as que prestem serviços no âmbito do SUS (CISLAGHI, 2011p. 61).

A falta de condição no trabalho, o sucateamento dos aparelhos e precarização do serviço público nas relações trabalhistas são evidenciados nas seguintes falas:

Na questão da condição de trabalho, precisa ter os equipamentos de segurança, precisa que os equipamentos, ou seja, as máquinas de hemodiálise, funcionem, pois o serviço é de alta complexidade, e o paciente está ligado à máquina e quando ela não funciona bem, gera *stress* na equipe e paciente. (P7).

Não há privacidade nenhuma. É sala cheia, lotada. A gente atende junto com outra colega de trabalho. Você precisa ligar não tem telefone, fax ou scanner. Trabalho muito com documento, fico transitando no hospital entre hemodiálise, serviço social, diretoria, sala de diálise para dar conta da dinâmica toda. (P4).

Os problemas maiores são a sobrecarga de serviço, estrutura física inadequada, falta de equipamento (máquinas de hemodiálise e cadeiras inadequadas), mas o material de consumo como capilar, linhas, cateter são de boa qualidade. (P10).

Falta de material básico para trabalhar. Às vezes não falta material, mas ele é inadequado, o espaço físico é reduzido, o número de funcionário é reduzido por causa das faltas. Agora melhorou por causa do plantão adicional, porque quem falta não pode fazer esse plantão, então, melhorou muito. (P11).

No Serviço Federal não foi diferente. A presidente Dilma Rouseff promulgou a Lei nº 12.550/2011, que criou a Empresa Brasileira de Serviço Hospitalar (EBSEH). Isso significa a privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro que é composto por 45 unidades hospitalares, distribuídas em

vários Estados da Federação, inclusive em Goiás, com o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG).

Gestão pública das universidades, caminho já aberto com a separação das unidades orçamentárias em 2008, e abre-se a possibilidade do setor privado usar essas instituições para ensino e pesquisa, além dos serviços, o que já utiliza. A diferença na qualidade da formação de força de trabalho para a saúde entre o ensino público e privado, que é exatamente a existência dos HUs, acaba, favorecendo as universidades privadas na competição pelos alunos. Mais ainda, as universidades privadas passam a poder comprar espaços de ensino para seus alunos nos HU, através de contratos com a EBSEH, que se não são previstos também não estão proibidos pela nova legislação. Quando os atuais servidores públicos se aposentarem, os HUs não terão mais qualquer relação com a universidade, a não ser por contratos e convênios para uso dos seus serviços, (CISLAGHI, 2011p. 61).

A principal justificativa para criação da Empresa apresentada pelo Governo Federal foi a necessidade de regularizar a situação dos funcionários terceirizados dos Hospitais Universitários (HUs) em todo o país (26 mil trabalhadores no total). Entretanto, a proposta apresentada intensifica a lógica de precarização do trabalho no serviço público e na saúde, pois, ao permitir a contratação de funcionários através da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) por tempo determinado (contrato temporário de emprego), acaba com a estabilidade e implementa a lógica da rotatividade, típica do setor privado, comprometendo a continuidade e qualidade do atendimento em saúde.

É um grande desafio para os trabalhadores da saúde, e também para os usuários do sistema de saúde, a compreensão do quadro global em que se encontra a saúde no momento, bem como o apontamento de possibilidades de intervenção que superem a impotência que se vive hoje diante da falta de investimentos na saúde.

3.5 - A comunicação inadequada

A pesquisa entre os trabalhadores revelou que há uma falha na comunicação entre os profissionais, gerando entraves para o desenvolvimento da equipe multiprofissional.

Este é um fator preponderante na relação de trabalho. De acordo com Fortuna et al. (2005), a comunicação é um indicador importante para se trabalhar em equipe, podendo gerar situações diversas, como a paralisia da equipe ou o seu crescimento e troca de saberes. Considera-se que muitas coisas podem ser compartilhadas sem ser ditas explicitamente, e outras, que são ditas de modo explícito, precisam ser esclarecidas. Percebe-se essa queixa na totalidade dos entrevistados, o que se constitui um dos grandes desafios para o atendimento multiprofissional, conforme seus relatos.

A comunicação é muito importante. A nossa falha é não ter muita comunicação. Por exemplo, fazem um protocolo que não foi discutido antes. Duas ou três pessoas fazem e a gente fica sabendo de boca a boca. Não tem a liberdade para questionar. A gente fica sabendo na hora de executar o trabalho. Alguém fala assim: "Você está fazendo errado, agora o protocolo é assim". Isso deixa a gente numa situação ruim diante do paciente e dos colegas. (P13).

As decisões se concentram no médico e enfermeiro, o técnico não tem voz. Seria bom se tivesse reuniões onde o técnico pudesse falar. Ele precisa ser ouvido, porque ele é quem fica mais próximo do paciente. Eu acredito que seria interessante se tivesse reunião para discutir os casos do paciente e a gente pudesse ser ouvido. (P15).

Falta de iniciativa e esforço conjunto. A vida é corrida, tantos compromissos, é difícil de reunir toda a equipe. Se houvesse a proposta de reuniões, com certeza haveria gente disposta a participar. (P14).

A comunicação é muito importante. O médico só entra com pressa, não ouve o técnico. Eles não têm tempo, não leem os relatórios dos técnicos, a enfermeira é sobrecarregada. Ela lê o relatório e fica correndo atrás do médico para passar os problemas do paciente. (P12).

Pode-se considerar que estabelecer uma comunicação eficaz na equipe constitui a essência do trabalho tanto do enfermeiro quanto dos demais profissionais, pois, como asseveram Marquis e Huston (1999), a comunicação

interpessoal é necessária para garantir a continuidade e a produtividade de uma equipe.

De acordo com Quick (1997), recomenda-se que, para estruturar e manter uma equipe, a comunicação deve ser aberta, compartilhando informações oportunas, refletindo confiança e respeito entre os membros.

Houve uma incidência de 70% dos entrevistados que apontam a falta de uma estrutura na rotina multiprofissional para garantir a formação e informação coletiva entre os profissionais. A não uniformização dos protocolos, para atendimento padronizado, pertinentes ao serviço de assistência ao paciente atendido na hemodiálise é um grande impedimento para o trabalho multiprofissional, conforme os relatos a seguir:

Talvez o que a gente precise é ter mais encontros científicos para escrever essas metas, protocolos, que deixam a desejar. Às vezes no dia a dia do serviço não há tempo para fazer essas reuniões com frequência. À medida que surge algum impasse a gente reúne, não todos, mas a chefia que trabalha mais pontual, fazendo mudança de protocolo quando necessário. (P1).

Há falta de comunicação entre as equipes para decidir normas, protocolos. Não tem isso. Cada um trabalha por si. É raro ter uma reunião com equipe multidisciplinar para discutir os erros detectar e resolver os problemas. (P2).

Peduzzi (2001) assinala que as diferenças técnicas entre os profissionais de diversas áreas formam uma desigualdade de valores, que são visíveis nas relações hierárquicas de subordinação. Isso muitas vezes impede que a comunicação entre os diferentes flua melhor. Essas diferenças técnicas podem se tornar desigualdades sociais entre os agentes de trabalho, e a equipe multiprofissional pode expressar essas desigualdades entre os sujeitos do trabalho.

Observa-se que, na situação de trabalho coletivo em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre maior integração na equipe. À medida que o trabalho em equipe é construído, efetivamente, na relação intrínseca entre trabalho e interação, quanto maior próximo o estatuto de sujeito ético-social dos agentes, maiores as possibilidades de eles interagirem em situações livres de coação e de submissão na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho. (PEDUZZI, 2001, p.107).

Marquis e Huston (1999) afirmam que, quanto mais direta for a comunicação, maior a probabilidade de ser clara, cabendo ao emissor avaliar as circunstâncias para poder determinar o melhor modo de comunicação. Complementando, Quick (1997) assevera que uma boa comunicação transmite mensagens claras, proporcionando um ambiente de trabalho produtivo e harmonioso num clima de confiança e credibilidade.

Comunicação, empatia, compreensão, discernimento, liderança, espírito de equipe, negociação, e demais ferramentas administrativas fazem funcionar uma boa relação e promovem a motivação necessária para uma equipe trabalhar harmoniosamente. Sem esses pré-requisitos uma relação está fadada ao fracasso. E o trabalho multiprofissional objetiva a assistência integral bem como o desenvolvimento de relações interpessoais mais dinâmicas, proporcionando um ambiente de trabalho produtivo e com qualidade.

Percebe-se que os pacientes têm pouca informação sobre a sua doença renal e os seus direitos como renal crônico. Acreditam que, por estarem doentes, não podem reivindicar melhorias no serviço. Sentem-se resolutos e impotentes. Não questionam sobre o seu tratamento, exames etc. Se colocam à mercê da equipe.

Para Silva (1996), entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e a realidade são consideradas finalidades básicas da comunicação. Isso reforça a necessidade de uma escuta cuidadosa para que se possa cumprir com tais finalidades da comunicação.

A comunicação com o paciente também deve fazer parte do dia a dia da equipe multiprofissional. Pode-se dizer que se refere a uma das mais importantes funções desenvolvidas por esses profissionais. Silva (1996) aponta como tarefa do profissional de saúde ações de decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem enviada pelo paciente, o que permite o estabelecimento de um plano de cuidados adequado e coerente às suas necessidades. Nessa direção, considerando ser o enfermeiro o profissional que interage mais diretamente com o paciente, recomenda-se que ele desenvolva e utilize adequadamente as técnicas de comunicação interpessoal.

Pacientes renais crônicos podem tornar-se pessoas extremamente pessimistas, desanimadas e até mesmo agressivas no convívio com os familiares e com a equipe que os assistem. Muitas vezes há um

desespero muito grande em um novo paciente, mas que pode ser necessário para uma resignificação de sua vida dali em diante. (PEREIRA; FREITAS; COSMO, 2010, p. 6).

Faz-se necessário que o cuidado individualizado seja a base para o atendimento ao paciente renal. E isto é viabilizado por meio da equipe multiprofissional, pois, como se viu neste trabalho, a doença renal pode trazer inúmeras complicações, sejam de ordem financeira, social, psicológica, espiritual. Esses eventos necessitam da intervenção dos profissionais. A formação de vínculos com os pacientes e equipe torna-se necessária para o atendimento multiprofissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação buscou analisar os desafios do trabalho multiprofissional na equipe de hemodiálise do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Buscou-se apreender até que ponto o trabalho multiprofissional pode influenciar no tratamento do doente renal crônico em tratamento hemodialítico.

A pesquisa revelou que os funcionários têm a percepção do que é o trabalho multiprofissional. Para a implantação da equipe multiprofissional na hemodiálise do HC há que se adequar o número de funcionários e dar treinamento específico no tratamento das doenças renais e informação dos protocolos do serviço. Os profissionais citaram que é necessário o assistente social, psicólogo e nutricionista para todos os turnos, pois o serviço de hemodiálise funciona com quatro turnos de pacientes.

O Hospital das Clínicas sofre os efeitos da precarização da saúde imposta pelos governos. Em 2011, a Fundação de Apoio ao HC (FUNDAHC) respondeu pela contratação de 500 funcionários, a um gasto mensal de 1.0870.624,21. Os concursos realizados foram apenas para substituição dos empregados da Fundação, não havendo a substituição dos que se aposentaram, faleceram ou se desligaram da universidade. Há ainda outras despesas, como água, energia, alimentação dos pacientes, os terceirizados como lavanderia, limpeza e segurança dentre outras (HC, 2011). Portanto, a questão de funcionários se tornou crônica em todos os setores do hospital.

Outra questão relatada ainda é com relação aos profissionais fato assistente social, psicóloga, nutricionista atenderem também os pacientes da diálise peritoneal e pacientes para o transplante renal, que comparecem ao hospital uma vez por mês, e cada um com o dia agendado com o médico. Sendo assim, esses profissionais têm de ficar em trânsito para atender toda essa demanda.

O grupo apontou ainda como dificuldades a deficiência na estrutura física e a falta de material básico como fax, scanner, computador, impressora, telefone são itens de necessidade básica, citados pela equipe para um atendimento mínimo ao paciente,

A pesquisa também revelou que, na questão de relacionamento entre as equipes, há problemas com a comunicação. Alguns se sentem excluídos do serviço, por não receberem as informações adequadamente. Outros entendem que a falta de protocolo para o atendimento do paciente acarreta contradições no tratamento do doente renal, chegando até mesmo a gerar desconfiança por parte dos pacientes e familiares. A falta de reuniões mensais para discussões e elaboração de metas e planejamento também é um dos impedimentos citados pelo grupo.

Percebe-se ainda, com relação aos pacientes, que há uma total dependência da equipe, principalmente de enfermagem e médica. Eles se colocam em uma passividade extrema, dificultando até mesmo a abordagem de outro profissional. Faz-se necessário um trabalho específico com esses pacientes e família, para melhorar a autoestima.

Pensar em estratégias que ofereçam suporte para o paciente renal crônico no enfrentamento de sua condição é desafio constante para os profissionais da saúde.

Alguns dos encaminhamentos concretos, pelo menos que possam contribuir com esse campo de pesquisa, seria a implantação de um sistema de Ouvidoria e mesmo a coleta de opiniões por meio de caixa de sugestões, uma medida simples no serviço de hemodiálise, pode ser uma estratégica. Outra possibilidade consiste em sistematizar grupos de sala de espera, visando integrar usuários e equipe multiprofissional com vistas a processos educativos que promovam planejamentos e ações compartilhadas.

Enfim, de um ambiente de hemodiálise se espera que haja conscientização e franco reconhecimento do papel social em nome de um atendimento mais humanizado ao paciente renal crônico. A experiência vivenciada por este estudo não deixa dúvidas de que o trabalho no formato multiprofissional é mais adequado para o atendimento das necessidades dos pacientes renais, assim como para a equipe que trabalha com eles. Para isso, faz-se necessária a complementação dessa equipe com mais profissionais, com condição de trabalho, educação continuada, reuniões de planejamento e avaliação do serviço.

Há também de se trabalhar a motivação da equipe, pois assim ocorrerá participação efetiva no planejamento proposto. As pessoas se sentirão importantes e necessárias. Deve-se investir também em treinamentos para a equipe

multiprofissional e reforçar o compromisso da gestão para que essa dê condições de desenvolvimento e trabalho para a equipe.

É importante que o doente renal crônico conheça sua doença, formas de tratamento e complicações decorrentes desta, no entanto se equipe trabalhar no formato multiprofissional, o enfrentamento do paciente e família poderá ser trabalhado e a sua adesão à terapia proposta pode melhorar bastante assim como o paciente poderá adotar comportamentos para o autocuidado e minimizar os sintomas indesejáveis da doença.

O trabalho da equipe multiprofissional pode auxiliar a família para exercer o seu papel como parte integrante neste processo. O auxílio nas tarefas diárias, o incentivo ao autocuidado, o apoio emocional e a acreditação dos familiares na recuperação deste paciente fazem com que a autoestima e a força de viver aflorem nesse doente. Cabe enfatizar que, quando o paciente é bem assistido pela equipe multidisciplinar, não somente sua sobrevivência como sua qualidade de vida poderá melhorar significativamente.

Pode-se concluir afirmando que uma equipe bem treinada, com metas claras, poderá influenciar na melhora da qualidade de vida do paciente renal em hemodiálise, pois o trabalho multiprofissional é uma modalidade de trabalho coletivo em que as relações são recíprocas e os agentes se interagem em busca do bem comum.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004-nov. 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**, Lisboa, Ed. 70, 1979.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93, Brasília, 1993. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2009.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 16. ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq_doc/noas_sus2002.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2009.

_____. Resolução RDC nº 154, de 15 de junho de 2004. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.168, de 15 de junho de 2004**. Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde, Política Nacional de Promoção a Saúde. Anexo I. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2006.

_____. Emenda Constitucional 29, 13 de setembro de 2000. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2012.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M.C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. (Org.). Política social e democracia. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. A equipe de saúde, a pessoa com doença renal em hemodiálise e suas relações interpessoais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 56, n. 5, 2003 set.-out. p. 508-512, 2003.

CISLAGHI, J.F. Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: Bravo, M. I. S. MENEZES, J.S.B. (org). Cadernos de Saúde:Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade, 201,UFRJ.

DAUGIRDAS, T. J.; BLAKE, G. P.; ING, S.T. **Manual de diálise**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

DE SALAZAR, L. **Evaluación de efectividad em promoción de la salud**: guia de evaluación rápida. Cali, Colombia: CEDETES, Universidad del Valle, 2004

DIAS, M. J. A. **Cuidado especial de enfermagem na pessoa portadora de insuficiência renal crônica**. Fortaleza: Edições UFC/ UVA, 2001.

DINIZ, D. P.; CARVALHAES, J. T. Equipes multiprofissionais em unidades de diálise: contribuição ao estudo da realidade brasileira. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 24, n. 2, p. 88-96, 2002.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e democracia, história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T. **Saúde e democracia, história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

FERMI, M. R.V. **Manual de diálise para enfermagem**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

FUJII, C. D. C.; OLIVEIRA, D.L.L.C. Fatores que dificultam a integralidade no cuidado em hemodiálise. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 4, jul.-ago. 2011.

GRANEMANN,S. Fundações Estatais: projeto de estado do capital. In: Bravo, M. I. S. MENEZES, J.S.B. (org). Cadernos de Saúde:Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade, 2011.UFRJ

GUALDA, D. M. R. Humanização do processo cuidar. In: CIACIARULLO, T. I.; PUGULIN, F. M. G.; ANDREONI, S. **A hemodiálise em questão**: opção pela qualidade assistencial. São Paulo: Ícone, 1998. p. 23-30.

HC. Setor de Estatística. 2010. Disponível em: <http://www.cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=16821>. http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>. Acesso em: 12 maio 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas Populacionais 2012**. 29 nov. 2010. Acesso em: 7 set. 2012.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LIMA, N.T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e democracia, história e perspectivas do SUS**. Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

LUCCHESI, P. T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OM, 2002.

MACEDO, P. C. M. Desafios do trabalho multiprofissional em saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, dez. 2007.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança na enfermagem**: teoria e aplicação. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MARTINS, J. P. L. B.; MARTINS, C.T.B. Equipe multiprofissional na atenção ao doente renal crônico. In: CRUZ, J. et al. (Coord.). **Atualidades em nefrologia**. São Paulo: SARVIER, 2010. p. 325-331.

MATTA, G. C. LIMA, J.C. F. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Editora e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2010.

MÉDICE, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil**: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994.

MESQUITA, A. **Jornal Diário da Manhã**, 11 mar. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta de Otawa sobre a promoção da saúde 2002**. Disponível em: < www.saudeemmovimento.com.br >. Acesso em: 29 nov. 2012.

MIRANDA, D. B.; GUIMARÃES, I. G.; ALVES, E. D. Representações sociais da descentralização do SUS: perspectivas dos gestores municipais de saúde de Goiânia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 349-360, jul.-set. 2009.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v.1, n. 3, 2º sem. 1996.

O'NEILL, M. Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé: d'où vient-elle et pourquoi est-elle si importante: promotion & education, efficacité de la promotion de santé. **IUHPE-IUPES**, édition especial, v. 1, p. 6-9, 2004.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.

OLIVEIRA, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O.; PARENTE, R.C.P. As relações de poder em equipe multiprofissional de saúde da família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v.15, n. 37, p.539-50, abr.-jun. 2011.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C. ;ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Saúde no Brasil**, v. 1, on-line, 9 maio 2011.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia Serviço e Saúde**, Brasília, v. 15, n. , mar. 2006.

PAULUS JR., A.; CORDONI JR., L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n.1, p. 13-19, dez. 2006.

PEDROZA, J. I.S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, p. 303-311, 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, 2001.

PEREIRA, P.; FREITAS, W.; COSMO M. Atuação do psicólogo em hemodiálise. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, jun. 2010.

PUGULIN, F. M. G.; ANDREONI, S. **A hemodiálise em questão**: opção pela qualidade assistencial. São Paulo: Ícone, 1998. p. 23-30.

QUEIROZ, M. V. O.; DANTAS, M.C.Q.; RAMOS, I. C.; JORGE, M. S. B. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 55-63, jan.-mar. 2008.

QUICK, T. L. **Como desenvolver equipes bem-sucedidas**. Rio de Janeiro: Campos, 1997.

REIS, D. O.; CECÍLIO, L.C.O.; ARAÚJO, E.C. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde.** Disponível em: <www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/.../Unidade_4.pdf>.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 422-435, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez.2010.

SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2006. Disponível em: www.sbn.org.br. Acesso em: mar. 2013.

SESSO, R.; GORDAN, P. **Dados disponíveis a doença renal crônica no Brasil.** São Paulo: SBN, São Paulo, 2006.

SILVA, M. J. P. da. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J .H. G. **Planejamento em saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 1998.

UFG. **PDI – Plano de Desenvolvimento Institucional da UFG para 2011-2015.** Goiânia, 2010.

UIPES/ORLA – União Internacional de Promoção da Saúde e Educação em Saúde, sub-região Brasil, 2012.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul.-ago. 2003.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(funcionário)

O Sr. (ª), está sendo convidado para participar como voluntário (a) de uma pesquisa. Meu nome é Débora Elias, sou mestranda em serviço social pela PUC-Go e pesquisadora responsável, minha área de atuação é enfermagem em Nefrologia. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é do Sr. (ª) e a outra do pesquisador responsável. Se o Sr. (ª) não aceitar participar da pesquisa, não será prejudicado em seu trabalho, pois os participantes não serão identificados. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, o Sr. (ª) poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, Débora Elias (fone, 62-8125-8664) ou Drª Liliana Patrícia Lemus Sepúlveda Pereira (62 – 3946-1341). Em casos de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, o Sr. (ª) também poderá entrar em contato com o comitê de Ética em pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, no telefone, 3946-1070.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA.

A pesquisa “*Os desafios do Trabalho Multiprofissional em Saúde na Equipe de Hemodiálise do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás*”, irá analisar como é o trabalho dos profissionais que são lotados nesta unidade de hemodiálise do HC/UFG, e como os mesmos veem a forma de atendimento na perspectiva multiprofissional, como o trabalho multiprofissional poderá beneficiar o paciente renal em hemodiálise. Esta pesquisa será realizada por meio de uma entrevista semi estruturada.

Este estudo será desenvolvido em uma instituição pública de ensino (HC/UFG), no município de Goiânia-Go. As entrevistas serão realizadas como número necessário de funcionários da hemodiálise, até que haja saturação dos dados (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, psicólogo, assistente social). A entrevista, não oferecerá qualquer risco à sua integridade física ou emocional. Por outro lado, para que o Sr. (ª) responda, será necessário dispor de um pequeno intervalo de tempo, de aproximadamente, 20 minutos, constituindo o único desconforto de toda a sua participação. Os benefícios estão associados ao resultado da avaliação dos dados coletados, pois auxiliarão na aderência do tratamento renal dos pacientes, gerando assim uma melhor qualidade de vida a eles, e ainda, poderá nortear novas pesquisas e desafios para a equipe de hemodiálise do HC, para implantação do atendimento interprofissional. Os participantes serão acompanhados pela pesquisadora responsável e pelos outros membros da equipe executora desta pesquisa. O Sr(ª), tem o direito a pleitear indenização caso ocorra algum problema, devidamente comprovado decorrente da sua participação nesta pesquisa. Esta pesquisa é de cunho voluntário e os dados são confidenciais e sigilosos, por isso, não há qualquer pagamento ou gratificação financeira pela sua participação. O Sr (ª), tem a total liberdade de se recusar a participar ou até mesmo de retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu trabalho. Os dados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA**(funcionário)**

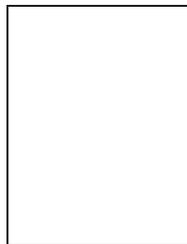
Eu, _____,
 RG _____, CPF _____-__, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, “Os desafios do Trabalho Multiprofissional em saúde na Equipe de Hemodiálise do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás” como sujeito, fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora responsável Débora Elias, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interferência no trabalho.

Goiânia, ___ de _____ de 2013

Nome do sujeito da pesquisa _____

Assinatura do sujeito da pesquisa _____

Assinatura dactiloscópica



Nome e assinatura do Pesquisador Responsável _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas á equipe de pesquisadores)

Nome _____, Assinatura _____

Nome _____-, Assinatura _____

ANEXO 2
ROTEIRO DE PESQUISA
QUESTIONÁRIO

PERGUNTAS PARA OS PROFISSIONAIS

- 1 – Qual sua categoria profissional
- 2- Sexo, tempo de trabalho em HD.
- 3 – vínculo de trabalho?
- 4 – Na sua opinião quais são os profissionais necessários para se formar uma equipe multiprofissional em hemodiálise?
- 5 – Quais são os maiores desafios para se trabalhar em equipe multiprofissional?

ANEXO 3

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO 4

**POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL, PORTARIA
GMMS Nº1168, DE 15 DE JUNHO DE 2004**

ANEXO 5

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC 154, DE 15 DE JUNHO DE 2004