



Experiências Transformadoras

Evolução da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal no Brasil (1999 a 2004)

Evolution of the National Policy of Care for the Person with a Kidney Disease in Brazil (1999 to 2004)

Adriana Maria de Oliveira¹

Wellington Mendonça de Amorim²

Daniela Bardoza Felizardo³

¹Mestranda da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ-Brasil.

²Professor Associado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, RJ- Brasil.

³Enfermeira egressa da Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ-Brasil.

RESUMO - Este estudo tem por objetivo analisar as publicações normativas do Ministério da Saúde que regulamentaram as principais demandas dos portadores de doença renal crônica no âmbito do Sistema Único de Saúde, após a denominada "Tragédia de Caruaru". Trata-se de pesquisa desenvolvida sob a perspectiva histórico-social, utilizando como método a análise de conteúdo de Bardin. O *corpus* documental foi constituído por 12 fontes e no tratamento de seu conteúdo foi aplicada a técnica de Análise Temática. Assim, após a análise das fontes, emergiram as categorias *serviços, tratamento e assistência*, as quais nortearam a discussão amparada na legislação do campo da saúde e na literatura científica. Após a "Tragédia de Caruaru", notou-se claramente um aumento do número de diplomas legais, principalmente os voltados ao funcionamento dos serviços de hemodiálise e ao tratamento dos portadores de insuficiência renal crônica. Constatou-se que o tema demanda mais investigação. Portanto, espera-se que os aspectos relativos às categorias *serviço, tratamento e assistência* levantados neste artigo contribuam para o desenvolvimento de novos estudos.

Palavras-chave: Enfermagem; Políticas de Saúde; Insuficiência Renal.

ABSTRACT - This study aims to analyze the legal publications by the Ministry of Health which regulated the main demands of patients with chronic kidney disease within the Unified Health System, after the so-called "Tragedy of Caruaru". This is a research carried out under the historical-social perspective, using as its method the content analysis of Bardin. The documentary corpus consisted of 12 sources and for the treatment of its content one applied the Thematic Analysis technique. Thus, after the analysis of sources, the categories *services, treatment, and care* emerged, which guided the discussion grounded on legislation of the health field and scientific literature. After the "Tragedy of Caruaru", one clearly noticed an increase in the number of enactments, especially those aimed at the operation of hemodialysis services and the treatment of patients with chronic renal failure. One found out that the theme requires further investigation. Therefore, it's expected that the aspects related to the categories *service, treatment, and care* raised in this paper contribute to the development of further studies.

Keywords: Nursing; Health Policies; Renal Failure.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem por objeto de estudo a evolução da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (PNDR), no período de 1999 a 2004.

A doença renal crônica (DRC) tem sido classificada como um problema de saúde pública mundial, já que o aumento de sua incidência e prevalência é detectado tanto na fase pré-dialítica como na dialítica¹.

Autor correspondente

Wellington Mendonça de Amorim
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto
Rua Dr. Xavier Sigaud, 290- Urca
CEP: 22.290-180. Rio de Janeiro, RJ-Brasil
email: amorimw@gmail.com
Tel. :(xx)

Artigo encaminhado 03/12/2014

Aceito para publicação em 20/12/2014

O aumento da incidência da insuficiência renal crônica é multifatorial e a população em diálise no Brasil tem aumentado progressivamente nos últimos anos. Para o tratamento da insuficiência renal aguda ou crônica temos as modalidades de terapia substitutiva, como a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal, que influenciam diretamente a sobrevivência do paciente¹.

No Brasil, “estima-se que 1.628.025 pessoas sejam portadoras de doença renal crônica e 65.121 estão em diálise”². A hemodiálise, quando surgiu, era indicada apenas para o tratamento da insuficiência renal aguda, com o intuito de manter o paciente vivo durante o tempo suficiente para a recuperação da função renal. Entretanto, tornou-se a principal modalidade terapêutica para portadores de insuficiência renal crônica a partir da década de 1960 no Brasil³.

É um tratamento que, geralmente, possibilita prolongar indefinidamente a vida de um portador de doença renal crônica, porém, não cessa a evolução natural da doença, e em longo prazo, produz resultados imprevisíveis e inconstantes, merecendo atenção especial em todo o processo, visto que não é isenta de riscos^{3,4}.

Em 1996, no Município de Caruaru-PE, mais de 70 pacientes renais que se tratavam no Instituto de Doenças Renais (IDR), conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS), morreram e 142 pacientes renais foram vitimadas pela contaminação pela água utilizada para hemodiálise. Esse caso ficou conhecido internacionalmente como “A Tragédia de Caruaru”. Um estudo indica que “até aquela data não houvera no mundo registro semelhante”⁵.

A Tragédia de Caruaru trouxe à tona pontos essenciais no contexto da hemodiálise e apontou falhas no sistema de saúde brasileiro. Diante do ocorrido, o Ministério da Saúde passou a publicar legislações voltadas à melhoria do tratamento dos portadores de insuficiência renal, que contribuíram para a criação de uma Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica em 2004.

A palavra política, derivada do grego polis/cidade, tem sido empregada ao longo do tempo, para designar o conjunto de atividades exercidas sobre a vida coletiva e, também, as reflexões sobre essas atividades e a instituição que as vem desenvolvendo, o Estado³.

As políticas públicas podem ser definidas como “ações, programas, projetos, regulamentação, leis e

normas que o Estado desenvolve para administrar de maneira mais equitativa os diferentes interesses sociais”³.

Constituiu-se, portanto, como objetivo deste estudo: analisar as publicações normativas do Ministério da Saúde que regulamentaram as principais demandas das necessidades de assistência integral aos portadores de doença renal crônica no âmbito do SUS, após a denominada “Tragédia de Caruaru”.

2. MÉTODO

Trata-se de pesquisa desenvolvida sob a perspectiva histórico-social, enquanto abordagem capaz de subsidiar estudos de interesse para a história⁶. Para a apreciação do *corpus* documental, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin, caracterizada por conjunto de técnicas de análise das comunicações que, permitiu estabelecer através de procedimentos sistemáticos e objetivos o conteúdo das mensagens presente nos textos e inferir os conhecimentos relativos ao seu contexto⁷, que, nesta pesquisa, possibilitou a análise da evolução, no Brasil, da PNDP.

Os documentos pesquisados foram: leis, resoluções e portarias ministeriais, tendo-se constituído como *corpus* documental desta investigação 12 achados, que se denomina, aqui, fonte. Esse *corpus* documental foi definido por meio dos seguintes critérios: cronológico (delimitação temporal de 1999 a 2004); institucional (material produzido pelo Ministério da Saúde); e temático (atenção ao portador de insuficiência renal crônica). As fontes foram localizadas nos seguintes acervos: *site* da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (Soben), *site* da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), *site* da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e *sites* do Ministério da Saúde. Nesse conjunto, foram identificadas as seguintes fontes: Portaria GM/MS n. 713/99, Portaria GM/MS n. 82/2000, RDC/Anvisa n. 8/2001, Lei n. 10.211/2001, Portaria Conjunta SE/SAS n. 55/2001, Portaria GM/SAS n. 437/2001, Portaria GM/MS n.1.112/2002, Portaria GM/SAS n. 845/2002, Portaria SAS/MS n.1.018/2002, Portaria MS n. 1.168/2004, Portaria GM/SAS n. 211/2004, e RDC/Anvisa n. 154/2004.

Para a abordagem inicial às fontes foi elaborada uma matriz, na qual foram registradas as seguintes informações: ano e mês de publicação; ementa; e temas abordados. Para o tratamento do conteúdo das fontes foi aplicada a técnica de análise temática,

por mostrar-se rápida e eficaz para a aplicação a discursos diretos⁷. Assim, após a análise de conteúdo das fontes foram encontradas as seguintes categorias: *serviços*, *tratamento* e *assistência*, as quais nortearam a discussão amparada na legislação do campo da saúde e na literatura científica.

Por se tratar de uma pesquisa com documentos de domínio público, não se mostrou necessária a submissão deste estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa da UniRio, entretanto, os pesquisadores seguiram os preceitos éticos da Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS

3.1. Os Serviços de Saúde e os Portadores de Doença Renal

Em 1996, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/SAS n. 2.042/96, que revogou a Portaria n. 38/94, a qual se referia às normas do Sistema Integrado de Atenção ao Paciente Renal Crônico. A Portaria MS/SAS n. 2.042/96, publicada meses depois do ocorrido em Caruaru, estabeleceu o regulamento técnico de funcionamento dos serviços de terapia renal substitutiva e das unidades de transplantes, com as normas para o cadastramento desses estabelecimentos junto ao SUS. Até então, eram escassas as publicações de documentos do Ministério da Saúde que abordam os serviços de assistência ao portador de doença renal ou que faziam referência ao tratamento dialítico.

O Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS n. 82/2000, que revogou a Portaria MS/SAS n. 2.042/96. A Portaria GM/MS n. 82/2000 estabeleceu o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes junto ao SUS, entretanto, não fez referência às normas para o funcionamento e cadastro das unidades de transplante. Ela estabeleceu, ainda, indicadores relativos à avaliação e ao controle dos serviços de diálise, tais como: a taxa anual de mortalidade dos pacientes tratados em cada modalidade dialítica e a taxa anual de sobrevida média a partir do início do tratamento.

Do enfermeiro tecnicamente responsável pelas atividades de enfermagem do serviço de diálise passou a ser exigido título de especialização em nefrologia reconhecido pela Soben. Já dos demais profissionais da equipe de enfermagem é exigido treinamento em diálise reconhecido por título ou certificado de treinamento prático pela Soben.

Quanto ao programa de diálise, passou-se a exigir em cada turno 1 enfermeiro para cada 35 pacientes e, no programa de diálise peritoneal contínua, 1 enfermeiro para cada 50 pacientes. Além do atendimento médico e da assistência de enfermagem, o serviço de diálise deve garantir aos pacientes a assistência profissional de nutricionista, assistente social, psicólogo ou psiquiatra, quando necessário^{1,9}.

Essa portaria foi revogada pela Portaria MS n. 1.168/2004, a qual instituiu a PNDR. Em seguida, no mesmo dia da divulgação da PNDR, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada RDC/Anvisa n. 154/2004, diploma legal que estabeleceu o regulamento técnico para o funcionamento dessas unidades.

Em relação à estrutura física dos serviços de diálise, o projeto para sua construção, reforma ou adaptação passou a se enquadrar nos critérios da RDC/Anvisa n. 50/2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Além de obedecer aos critérios da RDC/Anvisa n. 50/2002, deve-se atender as definições e os parâmetros definidos pela RDC/Anvisa n. 154/2004 para os serviços de diálise e obter aprovação do projeto junto à autoridade sanitária local.

A água potável utilizada pelas unidades de diálise deve estar em conformidade com o disposto na Portaria GM/MS n. 518/2004, de 25 de março de 2004, que dispõe sobre os procedimentos e responsabilidades do controle de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.

Para a inspeção e avaliação dos serviços, a partir da RDC/Anvisa n. 154/2004 os serviços devem ser inspecionados e avaliados pelo menos duas vezes por ano e as associações de pacientes portadores de doença renal crônica ou as comissões constituídas formalmente pelos conselhos de saúde, ao detectarem qualquer irregularidade nesses serviços, são incumbidas de comunicá-la imediatamente a vigilância sanitária local.

A partir de então, coube aos serviços estar capacitados para oferecer, no mínimo, a modalidade de hemodiálise, com no máximo 200 pacientes, respeitando o número máximo de 1 paciente por equipamento instalado por turno, e o funcionamento daqueles que oferecem somente a modalidade de hemodiálise pode ocorrer em até 3 turnos com

intervalo mínimo de 1 hora entre as sessões, ficando sujeitos à autorização do gestor local os serviços que optarem por ampliar seu número de turnos. Os pacientes atendidos nesses serviços que necessitem de outra modalidade de diálise ficarão sob a responsabilidade do técnico para encaminhá-los a outro serviço. Determina-se, ainda, que as unidades de diálise tenham responsabilidade integral pelo tratamento das complicações decorrentes do tratamento dialítico.

Em 2004, a PNDR propôs a regulamentação da assistência em alta complexidade, de acordo com os preceitos da política de atenção da alta complexidade estabelecidos pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) n. 01/2002. Por meio da Portaria GM/SAS n. 211/2004, essa proposta foi consolidada como definição, organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia em alta complexidade por meio das Secretarias de Estado da Saúde (SES). Às SES se determina que estabeleçam os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contrarreferência e que tomem as providências para a articulação assistencial.

São determinadas, ainda, as atribuições dos centros de referência em nefrologia e são estabelecidos os critérios para o credenciamento e a habilitação dessas unidades de atenção para se tornar Centros de Referência em Nefrologia.

Pode-se sinalizar que o conjunto de normas publicadas em relação aos serviços revelou possibilidades reais quanto às modificações na estrutura e na organização, tendo em vista oferecer maior segurança à assistência prestada aos portadores de insuficiência renal crônica.

3.2. O Tratamento dos Portadores de Doença Renal

Os rins são os órgãos responsáveis pela depuração do sangue, remoção das toxinas, secreção de hormônios, eritropoiese, equilíbrio hidroeletrólítico, manutenção do pH sanguíneo e controle da pressão arterial^{8,15}. A perda progressiva da função renal favorece o acúmulo dos produtos tóxicos resultantes do metabolismo corporal, a diminuição da produção de hormônios, distúrbios do equilíbrio ácido – básico e hidroeletrólítico e, hipertensão arterial levando ao desenvolvimento de sinais e sintomas, tais como, náuseas, perda de apetite, a fraqueza, o inchaço, e limitações físicas em consequência da anemia, contribuindo para menor qualidade de vida e complicações cardiovasculares³.

Quando o portador de DRC apresenta sinais e sintomas de uremia e, a taxa de filtração glomerular abaixo de 15 ml/min é indicado iniciar a terapia renal substitutiva¹⁵. Dentre os tratamentos disponíveis, pode-se destacar:

- A hemodiálise, um tratamento que, geralmente, possibilita prolongar indefinidamente a vida do portador de doença renal crônica, porém, não cessa a evolução natural da doença e, em longo prazo, produz resultados imprevisíveis e inconstantes^{3,4}.
- A diálise peritoneal, uma terapia mais simples que evita as complicações relacionadas ao cateter e permite uma maior autonomia e independência ao paciente, possibilitando, inclusive, seu uso em domicílio⁹.
- O transplante renal, o tratamento de escolha para os pacientes com insuficiência renal crônica, desde que tenham condições de submeter-se à cirurgia e não tenham contraindicações quanto ao uso das medicações imunossupressoras. Essa modalidade de terapia substitutiva proporciona melhor qualidade de vida ao paciente, quando bem orientado, uma vez que proporciona melhor reabilitação socioeconômica com menor custo social.

Entre as legislações disponíveis envolvendo o contexto de tratamento do portador de insuficiência renal pode-se destacar que, a partir de 2000, “o Ministério da Saúde passa a publicar uma série de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relativas aos medicamentos excepcionais que pertencem ao atual Componente Especializado de Assistência Terapêutica para que sua utilização seja de forma padronizada”¹¹. Em 2001, por meio da Portaria GM/SAS n. 437/2001, foram definidos os protocolos para tratamento da anemia e para tratamento de reposição e manutenção de ferro nos portadores de insuficiência renal crônica (IRC).

Sucessivamente, em 2002 foram divulgadas duas portarias, a Portaria GM/SAS n. 845/2002, que aprova o emprego do carbonato de cálcio, acetato de cálcio, hidróxido de alumínio e cloridrato de sevelamer no tratamento da hiperfosfatemia na IRC, e a Portaria SAS/MS n. 1.018/2002, que aprova os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas para os medicamentos imunossupressores utilizados após o transplante renal. Esses protocolos devem ser seguidos pelos médicos e demais profissionais da área da saúde que realizam o acompanhamento desses pacientes.

Embora existam diversas modalidades de tratamento dialítico, o transplante renal configura-se como a melhor opção terapêutica para o portador de DRC e permite: “Maior independência e qualidade de vida, possibilidade de uma função renal plena, retorno de uma dieta mais próxima do normal e a beber mais líquidos; participação em atividades físicas e maior autonomia; e independência da diálise”¹¹. Entretanto, apresenta como desvantagem a necessidade do uso de medicações imunossupressoras.

Em 2001, em termos de organização quanto aos mecanismos que facilitam a prestação dos serviços e o acesso dos pacientes, foi publicada a Portaria Conjunta SE/SAS n. 55/2001, que altera a tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e determina que os procedimentos da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), do grupo Terapia Renal Substitutiva (TRS), cobrados na APAC (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais), sejam financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para ações estratégicas. Posteriormente em 2002, foi publicada a Portaria GM/MS n. 1.112/2002, que dispõe sobre o financiamento dos procedimentos de terapia renal substitutiva e determina que os recursos orçamentários objeto dessa portaria sejam provenientes do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes programas de trabalho:

1-10.302.0023.4306 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde – SUS;

2-10.302.0023.4307 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde – SUS.

Já em relação aos transplantes, em 2001, foi promulgada a Lei n. 10.211/2001, que alterou dispositivos da Lei n. 9.434/97 no que diz respeito à remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Dentre as alterações e avanços realizados, destacam-se três pontos:

- O primeiro se deu a partir da Lei n. 10.211/2001, que revogou os parágrafos da Lei n. 9.434/97 no que se refere à obrigatoriedade de gravar a expressão “não doador de órgãos e tecidos” na Carteira de Identificação Civil ou na Carteira de Nacional de Habilitação, salvo em vontade contrária manifestada, presumia-se a doação de órgãos, tecidos e partes do corpo humano *post mortem* para

fins de transplante e terapêutica, ou seja, era entendido como doador todo cidadão brasileiro que não manifestasse vontade contrária, porém, a partir da promulgação da mencionada lei, essa manifestação registrada em documento passou a não ser mais obrigatória. Esclareceu, ainda, a obediência quanto ao seguimento da linha sucessória familiar para a autorização da retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplante ou outra finalidade terapêutica firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte.

- O segundo tornou claro ao receptor inscrito em fila única ou à sua família que, quando não houver o transplante por alteração do estado dos órgãos, tecidos e partes a ser doadas por causa de acidente ou incidente durante seu transporte, não cabe indenização.

- O terceiro elucidou que o cadáver deverá ser imediatamente necropsiado quando verificada a hipótese de morte sem assistência médica, de óbito em decorrência de causa mal definida ou de outras situações nas quais houver indicação de verificação da causa médica da morte. Após o procedimento de retirada de tecidos, parte do corpo ou órgãos, o cadáver deve ser recomposto e entregue aos parentes do morto ou seus responsáveis legais para o sepultamento, o que não estava claro na lei anterior, quando nesses casos havia necropsia do corpo para maior investigação.

3.3. Normas Orientadoras Relativas à Assistência ao Portador de Doença Renal

Em 1999, a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia ganhou direito a voto na câmara técnica do Ministério da Saúde, órgão que determina as normas e procedimentos que norteiam a assistência prestada ao portador de doença renal crônica no Brasil¹¹. No mesmo ano, houve aprovação do Ministério da Saúde para fazer parte do Comitê Técnico Assessor (CTA) apresentado pela Portaria MS n. 713/99. Esse comitê surgiu a partir da necessidade de melhoria no atendimento ao paciente portador de insuficiência renal, necessidade de obtenção de informações para a elaboração dos instrumentos de promoção e controle das atividades em saúde e, ainda, estabelecimento de diálogo entre os pacientes e os serviços que oferecem tratamento para insuficiência renal.

Por meio da Portaria MS n. 713/99, o CTA foi regulamentado e coordenado pela Secretaria de Assistência à Saúde, tendo em vista a organização da

assistência aos portadores de doenças renais. Foi determinado seu papel e foram definidos seus membros representantes. Destacaram-se dentre os 16 membros representantes que compõe o comitê: 3 membros das associações de pacientes, que deverão estar em tratamento ou ser pacientes transplantados, e 1 membro da Soben. Essa participação configura um controle social mediante participação de usuários do SUS, com a necessidade de melhoria do atendimento do paciente portador de insuficiência renal; a necessidade de estabelecer uma prática de diálogo e integração entre os pacientes e os serviços que oferecem tratamento para a insuficiência renal; e a necessidade de obtenção de informações para a elaboração dos instrumentos de promoção e controle das atividades em saúde.

Pode-se dizer que, para a Soben, esse foi um ganho e reconhecimento de sua participação política para a discussão da política de saúde voltada à assistência ao portador de doença renal.

3.4. A configuração da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal

A Constituição Federal de 1988 considera a saúde um direito de todos e um dever do Estado e, por meio de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”¹¹, procura garantir esse direito. Tendo em vista consolidar aos portadores de doença renal esses direitos adquiridos, em 2004, por meio da Portaria MS n. 1.168/2004, instituiu a PNDR.

Essa PNDR tem como componentes fundamentais: a atenção básica e a assistência de média e alta complexidade.

Na rede de serviços básicos, a assistência tem como objetivos: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção de danos, bem como as ações clínicas para o controle da hipertensão arterial, do diabetes *mellitus* e das doenças renais que possam ser proporcionadas nesse nível.

Com o objetivo de garantir o atendimento de forma equitativa, a atenção de média complexidade deve proporcionar atenção diagnóstica e terapêutica especializada a partir do processo de referência e contrarreferenciado portador de hipertensão arterial, de diabetes *mellitus* e de doenças renais.

A alta complexidade é caracterizada por ser uma assistência com alto custo, alta densidade tecnológica, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios. Tendo em vista seu impacto na sobrevida do portador de IRC nesse nível de atenção, para garantir seu acesso e equidade na entrada da lista de espera para transplante renal, é proposta sua oferta por meio de serviços e centros de referência em nefrologia credenciados de acordo com os critérios definidos pela Portaria GM/SAS n. 211/2004, mencionada anteriormente.

No contexto da discussão nacional a respeito da saúde, pode-se considerar um importante documento que norteia a PNDR de 2004, a Norma Operacional da Assistência à Saúde –SUS 01/2002. Essa norma tem como princípio a regionalização para o aprimoramento do processo de descentralização a partir de estratégias articuladas. A partir desse princípio estão presentes na PNDR a organização de forma articulada entre as três esferas de gestão e suas respectivas responsabilidades, para garantir o acesso da população a esses serviços.

4. DISCUSSÃO

Pode-se dizer que a Portaria MS/SAS n. 2042/96 foi uma medida imediata ao que aconteceu em Caruaru, porém, pode-se afirmar que a Portaria MS n. 713/99 tornou-se um marco inicial para a discussão das futuras legislações voltadas aos portadores de doença renal no Brasil. Após essa tragédia, notou-se claramente que houve maior número de publicação de legislações voltadas principalmente ao funcionamento dos serviços de hemodiálise e tratamento dos portadores de IRC.

Houve mudanças quanto à organização da assistência, mas ainda se torna necessário aumentar a oferta de diagnóstico e tratamento precoce, considerando seu papel fundamental no prognóstico da doença renal crônica. Ampliar as discussões a respeito do impacto da doença na vida do sujeito, considerando que os problemas renais respondem não só por alterações do organismo, mas também correspondem a problemas relacionados à qualidade de vida que implicam diferentes cenários dos portadores de doença renal e refletem no desempenho, independentemente das atividades cotidianas.

Desde 2000¹² são realizadas anualmente um censo das unidades de diálise de todo território nacional, cadastradas e ativas nessa sociedade. Esse censo conta a resposta voluntária desses serviços de

saúde e tem por objetivo apresentar dados da entrada de novos pacientes para a diálise dos pacientes portadores de DRC que já estão em diálise e dados relativos à mortalidade.

Em 2009, apenas 69,8% das 626 unidades de diálise cadastradas e ativas responderam ao censo realizado¹³. Essa deficiência na consistência dos dados dificultou o real monitoramento da qualidade da assistência prestada pelas unidades de serviços de saúde, assim como contribuiu para o desconhecimento da verdadeira magnitude da doença no país. Embora haja limitações, acredita-se que as estimativas sejam capazes de representar o panorama atual da incidência da DRC e o perfil dos pacientes que se encontram em tratamento dialítico, possibilitando dimensionar o impacto dessa doença no Brasil.

Pode-se afirmar que essa deficiência da qualidade dos dados é atribuída ao não reconhecimento por parte do governo e das unidades de saúde que a DRC perpassa o funcionamento biológico, além de ser considerada um problema social, político e econômico. Os dados coletados são imprescindíveis para a atenção e a tomada de decisões políticas e cabe aos gestores incentivar os serviços de saúde ao registro para o censo anual, assim como incentivar e ofertar recursos, em uma perspectiva de desenvolver registros nacionais para o conhecimento e o desenvolvimento da doença renal no Brasil.

Os fatores que predisõem à doença renal, tais como o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento da população e o aumento do número de doenças crônicas não transmissíveis tornam imprescindíveis políticas públicas ampliadas em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde e, para tanto, o Estado mostra-se fundamental ao desempenhar estratégias voltadas a esses objetivos.

As diversas propostas da PNDR representam estratégias de reestruturar a forma de atenção à saúde do portador de doença renal, ampliando suas ações nos três níveis de assistência, representando esforço para garantir o atendimento integral, equitativo e universal a essa clientela.

A atenção básica é vista como principal porta de acesso aos serviços de saúde, por realizar ações de caráter individual ou coletivo voltadas à promoção da saúde e à prevenção de danos. Tais ações terão lugar na rede de serviços básicos de saúde (unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família)¹².

De acordo com a necessidade local, o gestor poderá instituir uma equipe de referência da atenção básica com a função de tutoria e/ou referência assistencial à rede de serviços básicos de saúde, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde. Considerando as condições atuais de acesso da população brasileira aos procedimentos de Terapia Renal Substitutiva e avaliando a possibilidade de êxito da intervenção na história natural da doença renal, por meio de ações de promoção e prevenção, em todos os níveis de atenção à saúde (Portaria n. 1.168, de 15 de junho de 2004)¹².

Os custos são baixos para sua implementação, quando comparados ao tratamento dialítico. Configura-se como a principal estratégia para promoção, prevenção de agravos e redução de riscos e, para que, de fato, sua prática seja eficaz, cabe aos gestores responsáveis sua avaliação¹². A Estratégia de Saúde da Família e o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* no Brasil são modelos de excelência do governo brasileiro que merece incentivo e apoio de todos¹³.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença renal configura uma realidade impactante no contexto da saúde pública. A Tragédia de Caruaru foi um fato que trouxe importantes reflexões quanto à prestação da assistência, apontando a necessidade de reformulações na disponibilidade de serviços, tratamento, normas e assistência aos pacientes portadores de doença renal.

Essa demanda repercutiu em adequações dos serviços e na possibilidade de mudanças na época das normalizações publicadas pelo Ministério da Saúde. Podemos afirmar que os serviços apresentam maior preocupação com a segurança e qualidade de oferta do atendimento, o que acarretou uma reestruturação das unidades de tratamento de diálise. Houve avanços quanto à disponibilidade e acesso dos pacientes às redes de tratamento dialítico e às medicações excepcionais utilizadas por essa clientela no tratamento das complicações provocadas pelo tratamento dialítico e no tratamento pós-transplante, exigindo um atendimento qualificado, tanto no preparo dos profissionais quanto na estruturação dos serviços prestadores de assistência.

Quanto à assistência, houve maior preocupação com sua organização, para tanto, com a promulgação da PNDR, configurou-se a reestruturação dessa

assistência tendo em vista assegurar a integralidade de suas ações e inverter a modalidade da assistência, até então centrada no contexto hospitalar, para uma perspectiva de promoção da saúde e prevenção de doenças.

É mister afirmar que a PNDR contribuiu de forma significativa nas discussões sobre os avanços nas políticas públicas.

A busca por melhorias na assistência é um processo dinâmico e constante que demanda a percepção das limitações das redes e serviços disponibilizados aos portadores de doença renal crônica. É importante considerar o progresso e o desenvolvimento de estudos e o constante aperfeiçoamento profissional, objetivando acompanhar as inúmeras transformações no campo da saúde, na estrutura das instituições e nessa clientela.

Para tanto, esperamos que os aspectos relativos às categorias *serviço*, *tratamento* e *assistência* proporcionem achados relevantes que levem a novos estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima EX, Santos I. Rotinas de enfermagem em nefrologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2004.
2. Brasil. Caderno de prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
3. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
4. Menezes CL, Maia ER, Lima Júnior JF. O impacto da hemodiálise na vida dos portadores de insuficiência renal crônica: uma análise a partir das necessidades humanas básicas. Nursing (São Paulo). 2007;10(115):570-6.
5. Melo Filho DA, Holmes CEM, Antunes MBC, Ferreira LOC, Bezerra G. O riso em tempos trágicos nas charges sobre a 'epidemiade Caruaru'. História das Ciências da Saúde–Manguinhos [periódico na internet]. 1999 Jun 6(1):157-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000200008. Acesso em 30.11.2011.
6. Castro H. História social. In: Cardoso CF, Vainfas R. Domínios da história: ensaios de teoria e método. 5. ed. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70; 2007.
8. Knobel E. Condutas no paciente grave. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003.
9. Brasil. Resolução RDC n. 154, de 15 de junho de 2004. Regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise [documento na internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/organiza/legis.htm>. Acesso em 24.03.2013
10. Portal da Saúde [homepage na internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; C2011. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 10.11.2011.
11. Sociedade Brasileira de Nefrologia [homepage na internet]. São Paulo: Soben; C2013. Disponível em: www.soben.org.br. Acesso em 15.06.2013
12. Sesso RCC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Burdmann EA. Censo Brasileiro de Diálise, 2009. J Bras Nefrol [periódico na internet]. 2010; 32(4):380-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n4/v32n4a07.pdf>. Acesso em 15.06.2013.
13. Lima AO. Programa Brasileiro de Saúde Renal: é possível sonhar? J Bras Nefrol [periódico na internet]. 2007 Mar ;29 (Sup 1):35-38. Disponível em: <http://128.241.200.137/29-11/08-Lima-AF.pdf>. Acesso em 10.11.2011.
14. Daugirdas JT. Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.