



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor Litoral



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR LITORAL

VERONICA LARISSA AMORIM ADÃO

**A GRATUIDADE NO TRATAMENTO DIALÍTICO, DISTRIBUIÇÃO DE
MEDICAMENTOS AO PACIENTE PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA RENAL
CRÔNICA – IRC E A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL
NO ACESSO À ESSES DIREITOS**

MATINHOS

2015



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor Litoral



VERONICA LARISSA AMORIM ADÃO

**A GRATUIDADE NO TRATAMENTO DIALÍTICO, DISTRIBUIÇÃO DE
MEDICAMENTOS AO PACIENTE PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA RENAL
CRÔNICA – IRC E A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL
NO ACESSO À ESSES DIREITOS**

Artigo apresentado para banca de avaliação como requisito parcial à conclusão do curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral, sob orientação da Prof^a Taisa da Motta Oliveira.

MATINHOS
2015

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse ao longo da minha vida, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades mesmo quando os meus pensamentos eram negativos.

A minha orientadora Taísa, que acreditou que daria certo.

A minha professora, mestre, querida e amiga Édina, pelo amor, carinho, respeito e paciência que teve comigo ao decorrer desses anos. Eu tenho um baita orgulho de você, dividiu com a turma seus melhores e piores momentos, você é guerreira demais.

Aos meus pais Anoeli e Alberto, avó Maria e irmão Ronaldo pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Ao meu avô Carlos Amorim *in memoriam*, sinto sua presença todos os dias.

Agradeço a minha mãe Anoeli, que não descansou na torcida, e que certamente orou todos os dias por esse momento, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas mais difíceis, de desânimo e cansaço. Que mesmo com muita dificuldade está realizando o sonho de ver a filha formada e entregando o tão sonhado anel de formatura, te amo mãe.

As minhas orientadoras Odilene e Daiane, que me orientaram durante um ano no estágio, me fizeram sentir amor pela profissão.

Ao Marco, meu namorado que me ajudou com estágio, trabalho, faculdade, e claro os treinos, ouviu minhas reclamações, sem reclamar.

As minhas amigas...

Querida Melissa que me acompanhou desde o cursinho e com seu jeito apavorado nunca me deixou parar pelo caminho.

As que conheci com o tempo, aprendi a amar e não quero mais viver sem, Karen, Gislaine, Cheila e Thamyres.

Gislaine, obrigada por nunca ter largado minha mão, sou infinitamente grata.

Sem esquecer do amigo Carlos, Carlão o mais amado.

A todos aqueles que se fizeram presente e jamais duvidaram da minha vitória.

A GRATUIDADE NO TRATAMENTO DIALÍTICO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS AO PACIENTE PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA – IRC E A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ACESSO À ESSES DIREITOS

¹ Veronica Larissa Amorim Adão

² Taisa da Motta Oliveira

RESUMO

Este estudo objetiva demonstrar a importância da garantia de acesso aos direitos que os pacientes renais crônicos (IRC) possuem e desconhecem, especificamente, com relação à gratuidade do tratamento clínico dialítico e distribuição dos medicamentos, haja vista, que tais procedimentos são garantidos e instituídos em nosso ordenamento jurídico. Nesse contexto, torna-se importante ressaltar que a atividade desenvolvida pelo Assistente Social como interventor na facilitação do acesso ao conhecimento destas garantias é imprescindível para prover uma melhor qualidade de vida aos pacientes. Os pacientes em tratamento dialítico enfrentam diversos problemas, os quais podem derivar-se de múltiplas causas devido a falta de informação. A concepção de que o processo saúde e doença ultrapassa o aspecto biológico e envolve todo o contexto social, político e cultural do indivíduo, incluindo sua família, acompanhou-me desde o período de graduação na universidade, até o término do estágio de forma que, quando me foi oportunizada realizar a análise desta problemática *in loco*, passei a perceber de forma mais clara os aspectos importantes das condições de vida dessa população, cujo o tratamento, doloroso e causador de muitas limitações e alterações de grande impacto, tanto na sua vida como de seus familiares. A partir desta problemática, torna-se importante a necessidade dos pacientes utilizarem-se da informação, pois é reconhecido que, poucos são os pacientes que procuram ou se interessam pelo assunto, sendo que implementar uma política pública de facilitação no acesso da informação aos pacientes quanto aos seus direitos através do trabalho desenvolvido pelo Assistente

Social no contexto atual em que se encontra o Sistema Único de Saúde seria garantir melhorias na condição de vida para todos. Como já afirmado anteriormente, o propósito deste trabalho é demonstrar que os pacientes portadores do IRC possuem inúmeros direitos que muitas vezes não lhe são garantidos, seja pela falta do dever de informação, muitas vezes pela falta de um profissional habilitado ou específico para exercer esta função, que considero primordial para este público nos locais onde são realizados seus tratamentos clínicos ou acompanhamentos.

PALAVRAS-CHAVE: IRC, gratuidade, direito, informação, Sistema Único de Saúde, Serviço Social, medicamentos e tratamento dialítico.

¹ Acadêmica do curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Paraná- Setor Litoral
E-mail: veronicalamorim@gmail.com

² Docente da UFPR-Litoral. Doutoranda em Ciência Política pela UFPR. Mestre em Ciência Política pela UFPR.
Email: taisamoliveira88@gmail.com

ABSTRACT

I This study aims to demonstrate the importance of ensuring access to rights as chronic renal failure patients (CRF) have and unaware, specifically with respect to the gratuitousness of medical treatment dialysis and distribution of medicines, given that such procedures are instituted and guaranteed in our legal system. In this context, it is important to note that the activity carried out by the social worker as intervenor in facilitating access to knowledge of these guarantees is essential to provide a better quality of life to patients. Patients on dialysis face several problems, which can arise from multiple causes due to lack of information. The idea that the health-disease process goes beyond the biological aspect and involves the entire social, political and cultural of the individual, including his family, accompanied me since the graduation period at the university, to the training program ends so that, When I was nurtured perform the analysis of this spot problems, I started to realize more clearly the important aspects of the living conditions of the population, whose treatment, painful and causing many limitations and high impact changes, both in his life as their families (Centenaro, Grizy Augusta, 2008). From this issue, it is important the need for patients to use the information as it is recognized that there are few patients seeking or interested in the subject, and implement a public policy in facilitating information access to patients about their rights through the work of the social worker in the current context in which it is the Health System would ensure improvements in living conditions for all. As stated previously, the purpose of this work is to demonstrate that the IRC patients have numerous rights that often you are not guaranteed, due to the lack of duty of information, often by the lack of a qualified or specific professional to perform this function , which I consider essential for this public wherever they are held its clinical treatments or follow-ups.

KEYWORDS: IRC, gratuity, law, information, Unified Health System, Social Services, drugs and dialysis

INTRODUÇÃO

O Serviço Social é uma profissão que possui como uma de suas premissas reconhecer a liberdade do indivíduo, ou seja, o Serviço Social procura valorizar o ser humano como cidadão frente às inúmeras arbitrariedades e autoritarismos praticados das mais variadas formas. Diante disso, observa-se de forma evidente que os fundamentos que constituem o Código de Ética do Serviço Social priorizam a valorização do ser humano garantindo-lhe o reconhecimento dos seus direitos em face aos problemas enfrentados pelo cidadão na relação com o Estado.

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia- SBN “Compete ao Serviço Social esclarecer junto aos beneficiários, sobre seus direitos e os meios de exercê-los. Estabelecer conjuntamente com eles o processo de soluções de problemas que emergirem, tanto no âmbito interno da instituição como na dinâmica da sociedade” (CFESS, 2008, pg 1).

Os fundamentos do Código de Ética do Serviço Social estão consubstanciados em:

- I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; VIII. Opção por um projeto profissional vinculado

ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física. (CFESS, 1993, pg 22).

Sua clareza de direção social, valores e princípios alicerçados no Código de Ética, na busca por uma sociedade mais justa, mais igualitária, sem exploração de classes é outro fator que merece ser destacado. Um dos princípios éticos fundamentais da profissão é a defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida. (CFESS, 2005, p. 21).

Conforme a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, o assistente social deve estar inserido no quadro de profissionais habilitados para realizar atendimento nos serviços de diálise, aos portadores de DRC. De acordo com a portaria 82 desta política:

[...] deve ser respeitada a proporção de um nefrologista e um enfermeiro para 35 pacientes em cada turno de hemodiálise, um auxiliar de enfermagem para cada 4 pacientes, um profissional de limpeza exclusivamente para a sala de diálise e outro para o re- uso e um nutricionista, um psicólogo e um assistente social para todos os pacientes da clínica (2004, p. 68).

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), pautado na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218/1997, afirmou o assistente social como profissional de saúde no ano de 1999, através da resolução nº 338/1999. Este ato

agrega-se ao compromisso ético-político da profissão expresso no Código de Ética de 1993, afirmando como um de seus principais fundamentos, o “posicionamento em favor da equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua sugestão democrática” (SANTOS; SILVEIRA; CAMPOS; MOREIRA; BOSCHETTI, 2011, pg 4).

Desta forma, ultrapassada as questões preliminares que ensejam demonstrar a forma de atuação do Serviço Social frente ao Estado, mesmo que de forma sucinta, torna-se imprescindível abordar a partir deste ponto a problemática ora trazida neste trabalho. Eis que o trabalho do serviço social especificamente na área da saúde compete esclarecer junto aos beneficiários, seus direitos e os meios de exercê-los. Estabelecer conjuntamente com eles o processo de soluções de problemas que emergirem, tanto no âmbito interno da instituição como na dinâmica da sociedade, especificamente no atendimento ao paciente portador da doença renal crônica, visa cada vez mais dar assistência integral ao paciente, aprimorando as técnicas e processos de trabalho, fundamentais para mediar os conflitos do paciente e sua família. Quando uma pessoa possui uma doença incurável, que requer tratamento de longa duração e que impõe limitações provoca muitas alterações de grande impacto, que repercutem na vida do paciente.

Para Fernandes (2007, p.133), “o suporte familiar as competências de cada membro da família, o nível de esclarecimento e a qualidade da comunicação com a equipe de saúde influenciam sobremaneira o manejo da doença pelo paciente”. A família tem papel fundamental na adaptação do paciente nas fases da doença e no tratamento da hemodiálise, pressupondo que cada caso é particular em todos os aspectos e que, cada família age de maneira diferente ao lidar com esta situação.

De acordo com Centenaro “é necessário estarmos atentos na abordagem ao paciente e à família, de maneira a evitar equívocos em seu tratamento, a adequada seleção de estratégias para obter o comportamento desejado e a adequação da informação à capacidade de compreensão do doente. (...)” (CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA. 2010, vol.15). Não obstante, quando adentramos no plano teórico das

leis, verifica-se que o direito à saúde constitui-se como um direito social e um direito fundamental em nosso Estado democrático de direito.

Tal instituto encontra-se devidamente expresso no art. 6º da Constituição Federal, além de também encontrar-se descrito no artigo 196, do mesmo diploma legal, que assim se dispõe segundo o Art. 6º da Constituição Federal: “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL. EC nº 26/200, pg 20).

De acordo com a legislação vigente e em reciprocidade com a Constituição Federal em seu Artigo 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”(BRASIL. 1988 , pg 131).

Verifica-se que a saúde em nosso Estado é reconhecida como um dos princípios básicos que asseguram a forma da pessoa subsistir de forma digna. Este direito abrange bem mais que a existência de tratamentos médicos efetivos e o fornecimento de produtos ou serviços indicados pelos profissionais de saúde para a recuperação da higidez física ou mental do indivíduo. O direito à saúde pode ser considerado em três vertentes: a preventiva, cuja finalidade é evitar as doenças, a curativa, que visa curar as doenças e a promocional, voltada para a qualidade de vida. (Conteúdo Jurídico, sem página).

Nesse contexto, é importante ressaltar que tanto os Municípios, como Estados e a própria União possuem competência comum para garantir o direito à saúde, ou seja, todos os entes da federação possuem responsabilidade concorrente pela saúde do cidadão, tal assertiva encontra-se devidamente amparada quando observamos o teor do artigo 23, inciso II da Constituição Federal de 1988. “É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (...) II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência” (BRASIL. EC nº 53/2006, pg 31).

Aliado a isso, deve-se considerar ainda que o Estado deve manter ações e serviços públicos de saúde constituindo assim o Sistema Único de Saúde, que é norteado pela descentralização na forma de atuação, ou seja, cada esfera de governo possui uma direção para lhe garantir uma melhor administração e possibilitar dessa forma atendimento integral a todo e qualquer cidadão. Em razão do Sistema Único de Saúde (SUS) ser financiado por recursos exclusivamente públicos lhe é garantido qualquer tratamento ao cidadão de forma gratuita.

Constata-se desta forma, que a gratuidade no acesso ao tratamento clínico do paciente renal crônico, bem como ao fornecimento de medicamentos é amplamente assegurado em nosso ordenamento jurídico. E que infelizmente muitas vezes tal procedimento não é observado por inúmeras instituições que realizam o tratamento nos pacientes, ou ainda, realizam de forma parcial não prestando as devidas informações e assegurando todos os direitos que estas pessoas possuem.

VIVÊNCIA NO ESTÁGIO

Durante o trabalho que desempenhei como estagiária do Instituto do Rim, clínica especializada em clínica médica, hipertensão arterial e hemodiálise, com sede estabelecida no município de Paranaguá – PR, presenciei a necessidade dos pacientes e seus familiares. Esses detinham frente aos diversos problemas que lhe eram acometidos, principalmente no que pertine a falta de informação com relação ao tratamento, medicação e demais direitos que são reconhecidos e que devem ser assegurados às pessoas portadoras da insuficiência renal crônica.

O Instituto do Rim de Paranaguá – IRP foi criado no ano de 1993, na época ainda mantinha sede em anexo á antiga Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá, onde hoje localiza-se o HRL – Hospital Regional do Litoral. Atualmente, o IRP detém um espaço satisfatório e possui um grupo profissional especializado, composto por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista intermediária, assistente social intermediária, auxiliar de almoxarifado, secretárias, auxiliares de

limpeza e administração. Os pacientes do Instituto do Rim de Paranaguá em sua maioria são pacientes que utilizam o Sistema Único de Saúde SUS, a minoria utiliza outros convênios particulares.

A referida instituição atende principalmente as pessoas que residem em um dos sete municípios do litoral paranaense e que necessitam de tratamento dialítico por diferentes fatores de saúde. Também são atendidos no IRP, pacientes que se encontram internados no Hospital Regional do Litoral, estes são transportados de ambulância até o Instituto para a realização da hemodiálise retornando logo após terminar este procedimento.

Observei que os pacientes que vinham de cidades vizinhas costumavam chegar muito cedo, pois dependiam de transporte, na maioria das vezes a cidade disponibilizava apenas um carro para transportar esses pacientes, e enquanto aguardavam serem chamados. Parte destes pacientes davam início a longas conversas, os assuntos eram sempre voltados ao tratamento, as reações da hemodiálise, como é difícil - além das três ou quatro horas de tratamento - eles passarem o dia todo em outra cidade, a vontade de ter uma vida “normal”, a esperança de um transplante, o tratamento por parte dos motoristas, o abandono da família, a falta de assistência no Município, etc.

Lembro de uma senhora que saiu de sua consulta, pediu para ligar para a filha dizendo: **“Filha, o médico disse que vou precisar fazer hemodiálise, acho que daqui a uma hora você pode vir me buscar (...)”**. Diante desses fatos, sempre que observava essas conversas, eu ficava me perguntando, será que esse paciente sabe o que é hemodiálise? Será que os familiares estão prontos para receber a notícia e conviver com a rotina do tratamento? Quais as mudanças no cotidiano? Qual o impacto da doença? Será que esse paciente sabe dos direitos que possui? Pois bem, diante dos diversos questionamentos acima descritos surgiu a necessidade de desenvolver essa pesquisa referente as problemáticas que surgiam diariamente durante o período em que desenvolvi minhas atividades.

A doença renal tem sido considerada um problema de saúde pública mundial tanto pelo aumento dos riscos de doenças cardiovasculares (MARCÉN,

2006, pg 6; O' HANLON, 2005, pg 563; REDDAN, 2005; VLAGOPOULOS; SARNAK, 2005, pg 587-611) como pelo risco de cronificação, gerando altos custos de manutenção destes pacientes (McLAUGHLIN et al, 2001, pg 1122-1128). A exclusão social decorrente das Terapias Renais Substitutivas (TRS) também se mostra importante ponto de discussão destes indivíduos (DUARTE; LEAL, 1998, pg 9-27).

O paciente com Insuficiência Renal (IR) passa por várias mudanças, principalmente quando a doença torna-se crônica. Tais mudanças acontecem em virtude da necessidade de iniciar TRS, gerando alterações no seu cotidiano (BARBOSA; AGUILAR; BOEMER, 1999, pg 293- 302; CESARINO; CASAGRANDE, 1998, pg 31-40); DUARTE; LEAL, 1998, pg 14). A alteração dessa rotina pode transformar todo o sistema familiar (WALSH, 2005, pg 315).

Pimentel (2006, disponível em: www.efdeportes.com/efd101/renais.htm) comenta que o tratamento hemodiálítico mantém a vida, mas impõe limitações ao paciente e, com o passar do tempo, a hemodiálise se torna exaustiva e acarreta uma série de complicações socioculturais e psicológicas.

Duarte e Leal (1998, pg 36) afirmam que o ingresso à hemodiálise em qualquer momento é considerado dramático. E para Angerami – Camon (1998, disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo>), os pacientes em hemodiálise experimentam muitas perdas, algumas delas são: estabilidade financeira, o prazer de realizar alguma atividade física ou doméstica, ainda a perda da liberdade e independência em função do tratamento e intercorrências que muitas vezes os mantêm em suas casas. Barros et al (1999, pg 67) salienta que o tratamento hemodiálítico sustenta a vida, mas impõe limitações e, com o tempo, a hemodiálise se torna cansativa e evidencia uma série de complicações socioculturais e psicológicas.

De acordo com Barros, et al (2006, pg 619), é necessário conhecer os comportamentos desse paciente, como também dos membros da sua família, frente a perdas anteriores de saúde, perdas materiais, financeiras, afetivas e sociais para

melhor compreender as suas reações emocionais e a maneira como enfrentará esta nova fase de vida.

As imposições frente ao tratamento de hemodiálise denota o novo, o desconhecido. A maneira como os envolvidos na situação interpretarão e ajustarão tais imposições pode ser oriunda de aspectos na construção da personalidade individual ou coletiva. A doença em estados avançados bem como o tratamento determina a necessidade de mudanças na rotina do indivíduo.

A pessoa portadora da Insuficiência Renal Crônica – IRC sofre diariamente com inúmeros problemas que surgem após sua nova condição de sobrevida, pois o tratamento clínico além de despender horas do dia do paciente, o deixa também muito fraco. Eis que em média uma hemodiálise dura o período de 03 (três) a 04 (quatro) horas sendo necessário realizar este procedimento durante 03 (três) vezes por semana. Não obstante, torna-se evidente reconhecer que uma pessoa que despender mais de 10 (dez) horas da semana realizando um tratamento complexo (filtragem do sangue) para lhe permitir uma sobrevida sem sequer ter conhecimento, ou ainda, o acesso à informação dos direitos que lhe amparam em nossa sociedade, é reconhecer que o tratamento prestado a essas pessoas ainda não é suficiente para garantir uma melhor qualidade de vida no âmbito em que residem e convivem com seus familiares.

Constatei ainda que o Assistente Social naquela instituição desempenha uma função primordial, haja vista que tal profissional tem o dever de garantir o acesso à informação aos pacientes dos seus direitos, em especial com relação ao direito ao tratamento e distribuição de medicamento de forma gratuita. Ou seja, o Assistente Social deve informar os pacientes e seus familiares dos direitos que lhe são assegurados em nossa legislação. Garantindo à pessoa portadora da Insuficiência Renal Crônica uma condição de vida mais digna e mais humana para que estes tenham melhores condições de enfrentar este grave problema que afeta não somente a pessoa que detém a patologia, bem como sua família.

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Preliminarmente, antes de adentrarmos no contexto deste trabalho se faz necessário tecer breves considerações acerca da patologia que os pacientes renais crônicos enfrentam. Pois esta doença implica em inúmeros problemas para seus portadores dificultando sua vivência dia após dia, o que demonstra a necessidade de existir uma intervenção efetiva com relação à proteção dos direitos que lhe são assegurados em nossa sociedade. A insuficiência renal atualmente encontra-se classificada de duas formas: a) insuficiência aguda e b) insuficiência renal crônica.

A insuficiência renal é a perda das funções dos rins, podendo ser aguda ou crônica. A insuficiência renal aguda é caracterizada por redução rápida da função dos rins que se mantém por períodos variáveis, resultando na incapacidade dos rins exercerem suas funções básicas. Em muitas ocasiões o paciente necessita ser mantido com tratamento por diálise até que os rins voltem a funcionar. Em outros casos, os rins não tem sua função restabelecida e o paciente precisa ser mantido em diálise (Sociedade Brasileira de Nefrologia, SBN, sem página).

Por sua vez, a insuficiência renal crônica é a perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais. Por ser lenta e progressiva, esta perda resulta em processos adaptativos que, até um certo ponto, mantêm o paciente sem sintomas da doença. Até que tenham perdido cerca de 50% de sua função renal, os pacientes permanecem quase sem sintomas. A partir daí, podem aparecer sintomas e sinais que nem sempre incomodam muito. Assim, anemia leve, pressão alta, edema (inchaço) dos olhos e pés, mudança nos hábitos de urinar (levantar diversas vezes à noite para urinar) e do aspecto da urina (urina muito clara, sangue na urina, etc) são sinais evidentes da doença. Deste ponto até que os rins estejam funcionando somente 10 a 15% da função renal normal, geralmente, pode-se tratar os pacientes com medicamentos e dieta (Sociedade Brasileira de Nefrologia, SBN, sem página).

Quando a função renal se reduz abaixo desses valores, torna-se necessário o uso de outros métodos de tratamento da insuficiência renal: diálise (hemodiálise ou

diálise peritoneal) ou transplante renal. Muitos são os sinais e sintomas que aparecem quando a pessoa começa a ter problemas renais. Alguns são mais frequentes, embora não sejam necessariamente consequências de problemas renais: a) alteração na cor da urina (torna-se parecida com coca-cola ou sanguinolenta); b) dor ou ardor quando estiver urinando; c) passar a urinar toda hora; d) levantar mais de uma vez à noite para urinar; e) inchaço dos tornozelos ou ao redor dos olhos; f) dor lombar; g) pressão sanguínea elevada; h) anemia (palidez anormal); i) fraqueza e desânimo constante; j) náuseas e vômitos frequentes pela manhã (Sociedade Brasileira de Nefrologia, SBN, sem página).

Diversas são as doenças que levam à insuficiência renal crônica. Tanto no Brasil como no exterior, o diabetes e a hipertensão arterial constituem as principais causas de doença renal crônica. A terceira causa em ordem de frequência, são as chamadas glomerulonefrites (Sociedade Brasileira de Nefrologia, SBN, sem página).

O DIREITO DOS PACIENTES COM RELAÇÃO AO TRATAMENTO CLÍNICO GRATUITO

Como já demonstrado anteriormente todos os cidadãos detêm o acesso e o direito a saúde em nosso Estado de forma gratuita, eis que tal direito encontra-se devidamente instituído e amparado em nossa Constituição Federal de 1988, além das demais legislações correlatas específicas sobre este tema, tais como:

A Portaria GM nº 1.820, de 13/08/2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS, considerando os artigos 6º e 196 da Constituição Federal, bem como a Lei nº 8.080, de 19/09/1990; Portaria nº 1.168/GM de 15/06/2004, que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, considerando os artigos 196 a 200 da Constituição Federal e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19/09/1990, e 8.142, de 28/12/1990; Portaria nº 211/SAS, de 15/06/2004, que regulamenta a Portaria 1.168/GM de 15/06/2004.

De acordo com a SBN:

A legislação dispõe, basicamente, acerca dos direitos e deveres dos usuários da saúde, garantindo que toda pessoa tenha direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para a garantia da promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, bem como ao tratamento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade. Promove, inclusive, a ampliação da cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo-lhes a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante) (SBN, 2004, pg 1).

Aliado aos direitos básicos dos pacientes que devem ser assegurados com relação ao tratamento clínico da hemodiálise de forma gratuita, tem-se que considerar que nossa legislação ampliou a extensão das garantias concedendo a essas pessoas os serviços de Atenção Básica. Ou seja, qualquer paciente renal crônico que se encontre na necessidade de tratamento urgente deve ser atendido em qualquer unidade de saúde próxima de sua residência.

Ainda, se estivermos diante de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do paciente, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema, sendo que o encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica, deve ser estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação. Por fim, é certo que os Serviços de Nefrologia e os Centros de Referência em Nefrologia devem, obrigatoriamente, oferecer ao paciente renal os serviços de (i) atendimento ambulatorial em nefrologia aos pacientes referenciados pela atenção básica, pela média complexidade e pela urgência e emergência, pertencentes a sua área de abrangência; (ii) atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade; (iii) garantia da internação do paciente nos casos de intercorrência no processo de diálise; (iv) garantia da confecção da fístula artério-venosa de acesso ao

tratamento de hemodiálise; e (v) garantia de todas as modalidades de procedimentos de diálise (SBN, 2004, pg 11).

O rol das legislações ora elencadas demonstram de maneira pormenorizada que todo paciente renal crônico deve ser atendido de forma plena, garantindo-lhe uma condição de vida digna, humanizada, tanto para si, quanto para seus familiares, haja vista que esta patologia influencia na vivência da família como um todo.

2.1 FORMAS DE TRATAMENTO

Existem hoje disponíveis, três diferentes tipos de Terapia Renal Substitutiva (TRS), sendo elas: a diálise peritoneal, a hemodiálise e o transplante renal. O paciente junto ao seu médico nefrologista, decidirão qual o procedimento mais adequado para determinada situação. A escolha da melhor modalidade de tratamento deve contemplar a análise das condições clínicas, psicológicas e financeiras do paciente (THOMÉ, MANFRO, 1999, pg 423).

2.1.1 DIÁLISE PERITONIAL

A diálise peritoneal é um dos procedimentos dialíticos, onde a filtração do sangue ocorre por meio da membrana localizada no abdômem do paciente, esta por sua vez reveste e protege os órgãos abdominais do paciente e funciona como um filtro natural. Um cateter é introduzido cirurgicamente no paciente, uma solução de diálise é infundida na cavidade peritoneal, permanecendo cerca de 4 a 6 horas, uma vez que a solução é introduzida no paciente as substâncias tóxicas presentes no sangue irão passar através dos vasos sanguíneos para a solução, que será retirada após as 4 ou 6 horas de diálise, sendo drenadas e recolocada a solução novamente. Geralmente são realizadas 4 trocas de bolsa diariamente (Sociedade Brasileira de Nefrologia, SBN, sem página).

Este procedimento é ensinado ao paciente e seus familiares, sendo realizado em domicílio, com condições favoráveis de higiene, iluminação e local para estocagem de bolsas.

2.1.2 HEMODIÁLISE

Diferente da diálise peritoneal, a hemodiálise é realizada em clínicas ou hospitais. Consiste em realizar a filtração do sangue e retirar o excesso de líquido do organismo através de uma máquina (rim artificial).

Primeiramente é confeccionada uma fístula artéria venosa, para dar acesso a maior circulação sanguínea, posteriormente o sangue do paciente transita pelo dialisador (filtro), após a filtragem do sangue, retirada de impurezas e excesso de líquido, o sangue retorna ao paciente por outra via de acesso. As sessões de hemodiálise duram em torno de 3 a 4 horas, no mínimo 3 vezes por semana (Sociedade Brasileira de Nefrologia, SBN, sem página).

2.1.3 TRANSPLANTE RENAL

O transplante renal consiste na substituição de um rim em falência, ou seja, rins que já não mais desempenham o mínimo de suas funções para manter o paciente vivo e com saúde, através de uma cirurgia, por outro rim saudável que poderá substituir os dois perdidos.

O transplante pode ser realizado por um doador vivo ou cadáver, excluindo a necessidade do paciente realizar diálise frequentemente, porém isto não exclui o risco de rejeição (Sociedade Brasileira de Nefrologia, SBN, sem página).

3. DIREITO DOS PACIENTES EM RECEBER MEDICAMENTO GRATUITO

Durante o tratamento, os pacientes em Hemodiálise, em sua grande maioria precisam de auxílio de medicamentos após cada sessão, é bem comum surgirem algumas complicações, a anemia podemos dizer que é a principal delas. Principalmente pela falta de hormônio eritropoetina (EPO), que é produzido pelos rins.

Esses medicamentos são chamados de Excepcionais, solicitado à Farmácia Regional, através de laudo assinado e carimbado pelo médico responsável. Esse laudo é enviado mês a mês, aumentando ou diminuindo as doses, de acordo com a evolução ou regressão de cada paciente. Tais medicamentos chamados de imunossupressores, serão tomados pelo paciente transplantado por toda a vida (BARROS, 2006, pg 284).

A Portaria nº 82, de 03 de janeiro de 2000, assegura para o paciente renal crônico a dispensação de medicamentos de alto custo, são eles: a) Eritropoetina Humana; b) Calcitriol; c) Hidróxido de Ferro; d) Sevelamer/Renagel e) Imunossupressores para transplantados; Vacina contra hepatite B. E outras medicações como: a) Antihipertensivos; b) Vitaminas; c) Ácido Fólico. Todos os medicamentos podem ser encontrados nos Centros de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde é uma das diversas áreas de abrangência do Serviço Social, em que o profissional assistente social é capacitado em sua formação. Segundo a Regulamentação da Profissão no Art. 4º cabe a esses profissionais: a) elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos de administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; b) encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população (CFESS, 1993, disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil>).

Em suma, a complexidade da doença renal crônica- DRC traz consigo a necessidade do trabalho de um profissional habilitado nesta área, por diferentes motivos, assim exemplificando: as dificuldades enfrentadas pela mudança de rotina, pensamentos de medo, alteração psicológica, diferentes reações por parte da família, a falta de informação quanto aos direitos, dúvidas frequentes quanto ao tratamento, conflitos familiares e severas restrições em sua vida cotidiana, assim como já relatadas aqui.

Conhecendo esta realidade, o assistente social deve buscar em sua atuação profissional, conhecer as diferentes características e dificuldades enfrentadas pelos portadores de DRC. Intervindo nestas instituições destinadas à tal tratamento de diálise da seguinte maneira: a) conhecendo o contexto social no qual o usuário encontra-se inserido; b) favorecendo a articulação de serviços como a efetivação de políticas públicas nesta área; c) facilitando o acesso aos direitos do usuário renal para um melhor enfrentamento da doença e na garantia de um tratamento clínico e medicamentos gratuitos ofertados pelo Sistema Único de Saúde- SUS; d) prestando serviços sócio- assistenciais, conforme necessidade da doença de acordo com cada indivíduo. Sempre singularizando o atendimento visando suas particularidades e vivências, desenvolvendo pesquisas específicas nesta área de atuação, agilizando encaminhamentos necessários, relativos à diversas situações advindas da doença, tratamento e implicações sociais, orientando os familiares dos pacientes quanto à melhor maneira de auxiliarem o paciente, apoiarem e lhe oferecerem um ambiente

familiar mais acolhedor, assim articulando os recursos regionais e locais para a viabilização do tratamento e transplante (ROSA, 1995,pg 46).

Diversos direitos de proteção, promoção e da recuperação da saúde, que são atualmente usufruídos pelos cidadãos, são conquistas obtidas após grandes movimentos sociais na área da saúde, como: lutas, movimentos e associações que culminaram na VIII Conferência Nacional de Saúde, iniciando o caminho percorrido para as atuais melhorias na prática social do setor da saúde.

No ano de 1979, foi realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. O I Simpósio de Política Nacional de Saúde, no qual o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), discutiu pela primeira vez publicamente sobre a proposta de criação de um sistema único de saúde no Brasil (CEBES, 1980 apud PAIM, 2003). A partir da implantação do SUS, a saúde é um setor cada vez mais abrangente ao serviço social.

Deve-se reconhecer nos dias de hoje, que o profissional assistente social, é possuidor de vastos conhecimentos, os quais o qualificam para sua atuação em equipes de saúde, considerado como um profissional capaz de articular recortes sociais das formas de promoção de saúde bem como formas de adoecimento.

Pensando nas especificidades do assistente social e em sua atuação no campo da saúde, sua formação permite uma abrangente leitura social da realidade institucional onde o profissional está inserido, diferenciando-o dos demais profissionais desta área, possibilitando:

(...) uma visão global das condições de vida dessa população, a discussão do processo de adoecimento, o resguardo e efetivação dos seus direitos em um sistema público e universalizado. Entretanto, este atendimento não se restringe aos limites da política de saúde, (...) é necessário que se acesse e articulemos outras políticas públicas e/ou sociais bem como instituições que envolvam direitos de cidadania, exigindo do assistente social uma prática baseada na razão crítica e na compreensão dos usuários como sujeitos de suas

histórias de vida (ANJOS, 2005, p. 2).

O assistente social, deve realizar seu trabalho com os usuários de programas de hemodiálise, visando oferecer cada vez mais uma assistência integrada ao usuário, viabilizando o acesso ao direito à saúde, aprimorando suas técnicas de trabalho e aperfeiçoando-as, pois, as mesmas são essenciais para a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Esse atendimento deve ser fundamentado no conhecimento histórico- teórico- metodológico do serviço social, embasado em seu código de ética profissional, assim o profissional pode colocar em prática suas competências e habilidades, buscando desempenhar seu papel como profissional especializado na garantia de acesso aos direitos e promover maior clareza às múltiplas dúvidas do indivíduo em tratamento, no aspecto clínico e medicamentoso.

Faz-se necessário um trabalho em conjunto, com órgãos competentes e clínicas especializadas para a plena execução do trabalho do Assistente Social, sendo este um trabalho multidisciplinar para uma maior abrangência de atenção ao portador de DRC e acompanhamento sócio-assistencial na busca da garantia de seus direitos.

REFERÊNCIAS

BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3ª ed. Porto Alegre: ArTmed, 2006.

BASTOS, Marcus Gomes; BREGMAN, Rachel; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença Renal Crônica: Frequente e grave, mas Também Prevenível e Tratável. Universidade Federal de Juiz de Fora - MG, Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ e Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, SP; Revista da Associação Médica Brasileira, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>. Acessado em: 13/04/2015.

Brasil, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, Capítulo II, Seção II, art. 196. Brasília.

Brasil, 1990. Lei nº. 8.080, Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. CAPÍTULO I, Art. 6º, inciso I, alínea "d" . Brasília.

BRAZ, Fernanda Guimarães; Aspectos Sociais da Doença Renal Crônica: dimensões de análise e desafios para o serviço social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 2008.1. Disponível em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial285355.pdf> Acessado em: 13/04/2015.

BUSATO, Otto; ABC da Saúde- Hemodiálise. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?224> . Acesso em: 15/04/2015.

CARMELLO, E. **Supere!** – a arte de lidar com as adversidades. São Paulo: Editora Gente, 2004.

CENTENARO, Grizy Augusta; A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. Clínica Renal do Oeste, Setor de Serviço Social. Chapecó – SC. 2009.3.2 Acesso em: 30/04/2015.

CENTRO DE HEMODIÁLISE E HEMOTERAPIA LTDA- UNISANG. Serviço social na Hemodiálise. Disponível em: <http://unisang.no.comunidades.net/index.php?pagina=1015875137>.

CESARINO. C. B.; CASAGRANDE, L.D.R. **Paciente com Insuficiência Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico: uma atividade educativa do enfermeiro**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. V.6, n.4, Ribeirão Preto, 1988.

CONTEÚDO JURÍDICO

Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/> . Acessado em 10/05/2015.

GONÇALVES, Fábio. Hemodiálise- Centro de Estudos e Apoio à Paramiloidose. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/2373797/Hemodialise>. Acessado em: 10/05/2015.

HENRIQUES, Virgínia; A Família na Hemodiálise. **VI congresso Português de Sociologia**. Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas; Número de série:9; junho, 2008. Disponível em: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/9.pdf>. Acessado em: 15/05/2015.
IANHEZ, L.E. **Transplante renal**: aspectos clínicos e práticos. Roche: São Paulo, 1996.

MS (Ministério da Saúde)/SPS (Secretaria de Políticas Públicas), 2001. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro:Rev. Saúde Pública. vol.35, no.6, p.585-588.

NEFROLOGIA, Sociedade Brasileira; Censo de Diálise, 2011. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?censo>. Acesso em 20/05/2015..

NEFROLOGIA, Sociedade Brasileira; Leis e Decretos. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/leigos/?leisDecretos>. Acessado em: 22/05/2015.

ANEXO

Cito aqui alguns dos principais direitos dos portadores de doença renal crônica- DRC;
No âmbito federal são direitos garantidos:

- Aposentadoria por invalidez, Decreto Federal nº 3.048 de 06 de maio de 1999;
- Auxílio doença, Decreto Federal nº 3.048 de 06 de maio de 1999;
- Benefício de prestação continuada (BPC), Lei Federal nº 8.472 de 07 de dezembro de 1993 (Lei orgânica da Assistência Social);
- Isenção do imposto de renda de pessoa física (IRPF), Lei Federal nº 7.713 de 22 de dezembro de 1988 alterada pela Lei nº 11.052/2004;
- Passe livre interestadual, Lei Federal nº 8.899 de 24 de junho de 1994;
- Tratamento fora do domicílio, Artigos 197 e 198 da constituição Federal de 1988, Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990;
- TFD - Tratamento Fora Domicílio, Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999;
- Sistema financeiro de habitação- Direito à quitação do financiamento imobiliário, Lei Federal nº 4.380 de 21 de agosto de 1964, alterada pela Lei Federal nº 11.977;
- FGTS e PIS/PASEP, Lei Federal nº 8.036 de 11 de maio de 1990;
- Gratuidade nos remédios, Artigo 1º, inciso III, e artigo 196, ambos da Constituição Federal de 1988;
- Direito ao tratamento, Portaria GM nº 1.820, de 13/08/2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS, considerando os artigos 6º e 196 da Constituição Federal, bem como a Lei nº 8.080, de 19/09/1990;
- Farmácia Popular, Decreto Federal nº 5.090, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei Federal nº 10.858 de 13 de abril de 2004;
- Redução da Contribuição Previdenciária para Servidores Públicos Inativos - Portadores de Doença Incapacitante, Artigo 40, parágrafos 18 e 21, incluídos pelas Emendas Constitucionais nº 41, de 19/12/2003, e nº 47, de 05/07/2005, bem como do artigo 201, inciso I, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 15/12/1998, todos da Constituição Federal de 1988;



- Prioridade no recebimento de créditos oriundos de precatórios, Artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988; artigo 100 da Constituição Federal de 1988, alterado pela Emenda Constitucional nº 62, de 09 de dezembro de 2009;
- Plano de Previdência Privada, – Lei Complementar nº 109 de 29 de maio de 2001; Decreto nº 3.048 de 06 de maio de 1999;
- Seguro de Pessoas, Artigo 757 e seguintes do Código Civil;
- Direito ao transplante, **Artigo 36 da Portaria GM/MS nº 3407.**