

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

CINTHIA KALYNE DE ALMEIDA ALVES

**CONSTITUIÇÃO E INTEGRALIDADE DA REDE ATENÇÃO À SAÚDE DA
PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TERAPIA RENAL
SUBSTITUTIVA NO ÂMBITO ESTADUAL: UMA AVALIAÇÃO BASEADA NA
TEORIA ATOR-REDE**

RECIFE

2017

CINTHIA KALYNE DE ALMEIDA ALVES

**CONSTITUIÇÃO E INTEGRALIDADE DA REDE ATENÇÃO À SAÚDE DA
PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TERAPIA RENAL
SUBSTITUTIVA NO ÂMBITO ESTADUAL: UMA AVALIAÇÃO BASEADA NA
TEORIA ATOR-REDE**

Tese apresentada ao curso de Doutorado em
Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do
Doutor em Ciências.

Orientadora: Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Coorientadora: Dra. Ana Cláudia Figueiró

Recife

2017

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

- A474c Alves, Cinthia Kalyne de Almeida.
 Constituição e integralidade da Rede de
 Atenção à Saúde das Pessoas com Doença Renal
 Crônica em Terapia Renal Substitutiva no âmbito
 estadual: uma avaliação baseada na teoria ator-rede
 / Cinthia Kalyne de Almeida Alves. - Recife: [s.n.],
 2017.
 224 p.: ilus., tab., graf.
- Tese (doutorado em saúde pública) - Instituto
 Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,
 Recife, 2017.
 Orientadores: Eduarda Ângela Pessoa Cesse,
 Ana Cláudia Figueiró.
1. Avaliação em Saúde. 2. Insuficiência Renal
 Crônica. 3. Integralidade em Saúde. 4.
 Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 5.
 Estudos de avaliação. 6. Nefropatias Diabéticas. 7.
 Brasil. I. Cesse, Eduarda Ângela Pessoa. II.
 Figueiró, Ana Cláudia. III. Título.

CINTHIA KALYNE DE ALMEIDA ALVES

**CONSTITUIÇÃO E INTEGRALIDADE DA REDE ATENÇÃO À SAÚDE DA
PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TERAPIA RENAL
SUBSTITUTIVA NO ÂMBITO ESTADUAL: UMA AVALIAÇÃO BASEADA NA
TEORIA ATOR-REDE**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do
título de doutor em Ciências.

Aprovado em: 16/06/2017.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ

Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira
Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ

Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes
Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ

Dr. Eronildo Felisberto
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

Dr. Petrônio José de Lima Martelli
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho ao meu pai (*in memoriam*) e a todos os outros usuários do SUS que possuem diabetes.

AGRADECIMENTOS

À minha querida **Filha Maíra**, fonte de inspiração, força e energia em minha vida.

À **minha Mãe e à toda minha família**, pelo apoio com Maíra e pela presença em nossas vidas.

À minha **orientadora, Eduarda Cesse**, suporte mais do que teórico-metodológico, emocional para todas as horas. E também por ter concordado em percorrer essa trajetória e formar essa parceria. Sobretudo, pela orientação e amizade.

À minha **coorientadora, Ana Cláudia Figueiró**, que com a sua força e leveza me fez recuperar um sonho e ajudou a (re) construir os caminhos desse trabalho. Gratidão sem fim. Um grande colaboradora e orientadora.

Aos meus **amigos**, representados na pessoa de Luciana Caroline, pessoas que surgem nas nossas vidas para todas as horas.

Ao grupo de estudos de avaliação em saúde, **GEAS-IMIP**, que agradeço nesse momento na pessoa de Eronildo, fundamental na caminhada pelos caminhos da avaliação em saúde. Ana Telma, Greciane, Isabella, Paulo Frias, Suely, Luciana... todos no meu coração por todo o apoio, carinho, receptividade e incentivo.

Aos colegas do grupo de meditação na pessoa de Barthô Nigro, mestre querido que tanto nos ensina a trilhar os caminhos da alma. Foi nesse grupo que aprendi a encontrar a alma do trabalho e me abri sem medos às dores desses pacientes com disposição a ajudar. Também aos demais mestres que encontrei e que me deram o empurrão necessário e me ajudaram a **persistir**.

Aos colegas do doutorado, com os quais aprendi que a distância nos dias de hoje não existe. Que é possível ser suporte e auxílio nos momentos de angústias e companheiros de compartilhamento de alegrias. Quatro anos a gente casa, se separa, tem filhos, muda de cidade, mora fora, volta, perde parentes, ganha novos... e os laços permanecem.

Aos colegas de trabalho da SES nas pessoas de Rita Tenório, Juliana e Célia pela colaboração e compreensão desse processo longo de formação em conjunto com as atividades de gestão.

Aos colegas da UFPE na pessoa de **Daniela Amaral, colega na chefia do departamento de Terapia Ocupacional**, pela colaboração, apoio e amizade. Imensa gratidão.

Aos professores e funcionários do CPqAM, pelos conhecimentos compartilhados, pela receptividade, confiança, abertura e suporte que me deixam sempre muito orgulhosa. Em

especial, ao professor Dr. Eduardo Freese, orientador de mestrado e de início de trajetória na Saúde coletiva.

Aos **meus alunos de graduação e da residência** que foram tão pacientes com essa professora numa fase crítica como a da finalização de um doutorado.

À professora Dione que aceitou me ensinar francês em tempo *recorde*, fundamental na vivência no Canadá.

Às eternas amigas da residência nas pessoas de Gisele Cazarin e Kamila Matos por todo apoio.

Aos novos mestres e amigos que encontrei em Montréal: Louise Potivin, Angéle Bilodeau, Ginet, Érica, Erica, Elsurry, Coroline, Milena pelo acolhimento e incentivo.

Às mães das amiguinhas de Maíra que muitas vezes ficaram com ela para que eu pudesse estudar: Luciana, mãe de Sofia; Ignez, mãe de Júlia; Juliana, mãe de Júlia; Juliana Souto, mãe de Luíza. À professor de Maíra, Márcia, que foi um grande apoio.

Ao querido Vizinho Michel Vallandro por todo carinho, incentivo e estímulo ao foco que precisei num momento tão delicado. Estará sempre no meu coração.

À minha amiguinha Letícia Esperança, uma mestre que muito me ensinou com sua mãe, Bárbara, tia Aline e Sarah Uchoa.

Às colegas da Pr1me, Fabíola, Cris, Nany, Polly, Danielle, Renata 1, Juliane, Renata 2 que muito me ouviram murmurar e me ajudaram a reenergizar e não descuidar do autocuidado.

À Máxima Maria dos Santos que tanto me ajudou ao longo de tantos anos e que agora se formou também como técnica de enfermagem.

Aos profissionais e às equipes das instituições pesquisadas pela receptividade, acolhimento e apoio ao desenvolvimento dessa pesquisa. Todos mestres. Gratidão.

A todos os usuários que compartilharem mais do que suas experiências, suas dores, suas angústias, seus sonhos, seus medos, suas reivindicações, seus sentimentos e suas esperanças pela construção de um rede SUS melhor. Meus preciosos mestres.

À professora Guadalupe Medina do Instituto de Saúde Coletiva da Bahia que participou da banca de qualificação e muito contribuiu para reconstrução do trabalho.

Aos **membros da banca examinadora**, os professores Dr. Antônio Mendes, Dra. Sydia Rosana, Dr Eronildo Felisberto, Dr. Petrônio, Dra. Vera Facundes e Dra. Tereza Lyra contribuições permitirão aperfeiçoar esse trabalho, que não vai findar aqui.

Ao Aggeu Magalhães, por todo apoio ao meu processo de formação na Saúde Coletiva. Um caminho iniciado no programa de residência, ainda no D. Pedro II. Depois, o

Mestrado, e agora, o Doutorado. Fundamental na formação profissional do ponto de vista técnico, ético e político. Fonte de inspiração em defesa do SUS.

Sem dúvida, jamais tivemos meios tão eficazes e universais para mudar o mundo e a nós mesmos. Vivemos na gangorra entre a catástrofe e as promessas. A nova condição humana exige o advento de uma nova Humanidade (SERRES, 2015)

ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida. **Constituição e integralidade da rede de atenção ao doente renal crônico em Terapia Renal Substitutiva no âmbito estadual: uma avaliação baseada na teoria Ator-Rede.** 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

RESUMO

A Doença Renal Crônica é um problema de saúde pública mundial. Possui a diabetes como a principal causa de Insuficiência Renal Terminal nos países da Europa e da América do Norte, tendência percebida no Brasil. As mudanças na organização do Sistema Único de Saúde com vistas à constituição de redes de atenção à saúde surge como forma de operacionalizar e garantir o princípio da Integralidade o que inclui a atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Esse estudo se propôs a avaliar a atenção ao paciente renal crônico com nefropatia diabética na macrorregião I estado de Pernambuco. Trata-se de uma avaliação baseada na Teoria Ator-Rede, realizado por meio de estudo qualitativo. Foram entrevistados gestores públicos, empreendedores do setor privado, associações médicas e de usuários em Terapia Renal Substitutiva (TRS) de serviços públicos, privados e filantrópicos. A trajetória da intervenção foi reconstituída a partir dos 14 eventos críticos e os dados analisados numa abordagem hermenêutica-dialética. A rede é consolidada na TRS, incipiente na atenção básica e ambulatorial, e, emergente quanto à integralidade. Conformou dois projetos: um mais fragmentado, focado no consumo de procedimento adquiridos em clínicas satélites, e outro, mais integral, focado na linha de cuidado. Problemas na qualidade, no acesso e acessibilidade são apontados pelos usuários, bem como abastecimento de medicamentos, exames, transporte, alimentação e a entrada no benefício social. As controvérsias, de origem econômica, são agravadas pela crise atual. Transporte adequado, regulação ambulatorial para média complexidade (clínicas e exames) e a prevenção e a reabilitação são as grandes prioridades de rede sociotécnica. Os atuantes matriciamento, linha de cuidado, regulação e reajuste da tabela parecem ser potenciais promotores da integralidade, ainda não alcançada.

Palavras chave: Avaliação em saúde; Insuficiência Renal Crônica, Integralidade em Saúde.

ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida. **Constitution and integrality of the chronic renal disease care network at the state level: an evaluation based on the theory.** These (Doctoret in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease is a worldwide public health problem. It has diabetes as the main cause of Terminal Renal Failure in the countries of Europe and North America, a trend perceived in Brazil. The changes in the organization of the Unified Health System with a view to the constitution of health care networks is a way of operationalizing and guaranteeing the principle of Integrality and includes attention to Chronic Noncommunicable Diseases. This study has an opinion about patient renal chronic with diabetic nephropathy in the state of Pernambuco. This is an evaluation evaluated in the Actor-Network Theory, performed through a qualitative study. Public managers, private sector entrepreneurs, medical associations and users in Renal Replacement Therapy (TRS) of public, private and philanthropic services were interviewed. The trajectory of the intervention was reconstituted from 14 critical events and the data analyzed in a hermeneutic-dialectic approach. The network is consolidated in the TRS, incipient in primary and outpatient care and emergent in terms of completeness. It according to two projects: one more fragmented, focused on the consumption of medication, and another, more integral, focused on the care line. Problems in the quality of care, access and accessibility are proposed by users, especially medicines, tests, transportation, food and an entrance into social benefit. As controversies, are aggravated by the current crisis. Investment in basic care, adequate transport, outpatient regulation for complex media (clinics and exams) and rehabilitation are major sociotechnical network priorities. The actants matriciamento, line of care, regulation, readjustment of the table by means of potential promoters of integrality, not yet reached.

Keywords: Health evaluation; Chronic Kidney Disease; Integrality in Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	21
2.1 Pressupostos	22
3 OBJETIVOS	24
3.1 Geral	24
3.2 Específicos	24
4 REFERENCIAL TEÓRICO	25
4.1 Integralidade da Atenção nas RAS- DCNT	25
4.2 A RAS como sistema complexo e a Avaliação em Saúde	27
4.3 A Teoria Ator-Rede	30
4.3.1 A Rede é social e técnica: a participação dos não humanos nos coletivos organizados	32
4.3.2 Os eventos críticos e a (re)configuração da rede sociotécnica	34
4.3.3 A controvérsias como impulso à inovação	36
4.3.4 Poder e Contexto na TAR	39
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	42
5.1 Tipo e área de Estudo	42
5.2 Coleta de dados e público-alvo	42
5.3 O uso de Traçadores e Eventos Sentinelas para avaliação de Redes	44
5.4 Interpretação das informações e a construção dos dados	45
5.5 Categorias de Análise	47
5.6 Aspectos Éticos	49
6 A LINHA DO TEMPO DOS EVENTOS CRÍTICOS	52
6.1 Implantação e expansão da rede sociotécnica	52
6.2 Fortalecimento da Vigilância da Água e início da Gestão estadual (1994-2001)	55
6.3 A configuração da política estadual: o atendimento emergencial, a regulação e a inclusão da atenção básica (2002-2010)	57
6.4 A Modelização da Rede TRS-PE para a Integralidade	60
6.5 O Desenho da Rede	64
7 CARACTERIZAÇÃO DOS EVENTOS CRÍTICOS	66
7.1 A Terapia Renal Substitutiva	66
7.1.1 A vivência dos usuários nas sessões	77
7.2 O Transplante Renal	81
7.3 A Tragédia da Hemodiálise e a Vigilância da Água para TRS	89

7.4 A interação com os programas de formação e pesquisa	95
7.5 A Residência Médica como Evento Crítico mediador de Redes	97
7.6 O Programa de Diálise de Agudos	99
7.7 A Mediação Tríplice da Gestão Estadual: Vigilância, Regulação e Coordenação	106
7.7.1 A Regulação da TRS	106
7.7.2 A implantação da coordenação estadual UTI-Nefro	111
7.8 A interação com a Rede sociotécnica da Assistência Farmacêutica	113
8 O MOMENTO ATUAL (2013 em diante)	122
8.1 Controvérsias sobre a modelização da TRS-DCNT pactuada na CIB	122
8.2 Convergências: necessidades para o alcance da integralidade	134
8.2.1 O contexto ideal e o atual funcionamento da Atenção Básica	140
8.2.2 A necessidade de melhoria da formação dos profissionais na atenção básica	141
8.2.3 A relevância de ampliar a Promoção da Saúde	145
8.2.4 A necessidade de interação entre a atenção básica e média complexidade na DRC	146
8.2.5 O Transporte sanitário: um problema chave para os usuários	151
8.2.6 Problemas na interação do tratamento conservador da atenção especializada ambulatorial	152
8.3.1 Os interesses do mercado circulantes em toda a rede	155
8.3.2 Subfinanciamento para o sistema e impacto sobre atenção ao DRC	164
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
9.1 Sobre a trajetória da RAS-DRC no estado de PE	171
9.2 A constituição dos eventos críticos	174
9.3 Sobre os interesses na rede	177
9.4 Sobre a integralidade	181
9.5 Sobre a TAR e o método	183
9.6 Propostas de melhoria para rede	185
APÊNDICE A - LISTA DE DOCUMENTOS UTILIZADOS	206
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	207
APÊNDICE C- GUIA DE ENTREVISTA EXPLORATÓRIA	209
APÊNDICE D- Modelização da Rede de Atenção ao DRC em TRS como sistema complexo de ações.	212
APÊNDICE E- INSCRIÇÕES DOS EVENTOS E EVENTOS CRÍTICOS DA REDE.	213
ANEXO A- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	220

ANEXO B- TERMO DE ANUÊNCIA DO HBL	221
ANEXO C- ANUÊNCIA DA SES	222
ANEXO D- ANUÊNCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS	223
ANEXO E-INSCRIÇÃO. FOTO DA PLACA DE INAUGURAÇÃO DO HBL	224

1 INTRODUÇÃO

A criação de Rede de Atenção em Saúde (RAS) no país tem sido estratégia de organização de sistemas de saúde capaz de intervir sobre o cenário epidemiológico primando pelo princípio da integralidade. Uma forma de favorecer que o sistema de saúde seja coordenado pela atenção básica, e, sobretudo, que seja integrado para que se promova a integralidade do cuidado (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015).

Dos anos 2000 até os dias de hoje, a atenção básica no Brasil se expandiu por meio da implantação da Estratégia de Saúde da Família. Mas, ao assumir o desafio de cuidadora dos principais problemas de saúde das pessoas num território, depara-se com o aumento da prevalência dos problemas crônicos que se adicionam às tradicionais demandas de atenção à saúde da mulher e da criança, ao aumento da violência e das causas externas (MENDES, 2012).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) lideram as estatísticas de morbimortalidade no país, e constituem o problema de saúde de maior magnitude. Respondem por cerca de 70% das causas de mortes no Brasil. Destacam-se as doenças cardiovasculares (30%) e o câncer (15,6%). Entre as cardiovasculares, a diabetes é a que mais cresce (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Aproximadamente 25% das pessoas com diabetes tipo I e entre 5 e 10% dos portadores de diabetes tipo II desenvolverão insuficiência nos rins. Além de invisível, o processo de danificação dos rins é irreversível e pode progredir da insuficiência renal estágio inicial até se converter em insuficiência renal crônica terminal, quando é necessário iniciar um procedimento dialítico, transplante renal ou cuidados paliativos (FORMIGA, 2015).

À medida que a prevalência da diabetes aumenta, amplia-se a demanda por serviços de diálise e isto impacta sobre a organização de uma rede de atenção às doenças crônicas não transmissíveis (AVIGNON *et al.*, 2015; PEREIRA *et al.*, 2015).

Entre as consequências da diabetes, encontra-se a Doença Renal Crônica (DRC). O aumento da prevalência e da incidência das DRC já é um problema mundial de saúde pública (OULAHIANE *et al.*, 2012; PEREIRA *et al.*, 2016; ROUSSEL, 2011). A diabetes é causa básica mais comum da fase terminal na maior parte dos países ocidentais (OULAHIANE *et al.*, 2012) e na Europa (ROUSSEL, 2011).

Os Estados Unidos, Portugal e Canadá estão entre os três países da América do Norte, Europa e Oceania nos quais a prevalência de diabetes é mais alta, entre 8,9% e 10% da

população adulta com idade entre 20 e 79 anos (WHITING *et al.*, 2011). Nos EUA, a diabetes foi responsável por 44% dos casos de insuficiência renal terminal em 2009. No Canadá, país com sistema público universal, a doença atingiu 34% dos novos doentes com insuficiência renal terminal em 2009 (CANADÁ, 2011). A província de Ontário, chegou a constituir uma Rede de Atenção aos pacientes e elaborar um plano estratégico até 2019 que propunha a estruturação de uma rede de atenção voltada ao enfrentamento deste problema (CANADÁ, 2015). Na França, a prevalência fica entre 15 e 20% das causas de diálise e na Espanha 20,3% (OULAHIANE *et al.*, 2012).

No Brasil, o aumento do número de casos novos de DRC já pode ser considerado um grave problema de saúde pública (FRÁGUAS; SOARES; SILVA, 2008). A tendência crescente de aumento desta prevalência, devido a este aumento da incidência, ocorre em consequência do aumento da hipertensão, da obesidade e aos demais fatores de risco (FORMIGA, 2015) como a idade avançada e o tabagismo (PEREIRA *et al.*, 2015). Hipertensão, obesidade e diabetes se influenciam umas às outras e por isso são tratadas em conjunto no âmbito das RAS voltadas às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE, 2015a).

Atualmente, a DRC ou Insuficiência Renal Crônica (IRC), como é mais conhecida na literatura internacional, é definida a partir dos critérios da *National Kidney Foudation de 2002- - Clinical Practice Guidelines for Crhronic Kideney Disease (K/DOQI)* pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) e pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), a partir do cálculo da Taxa de Filtração Glomerular (TFG). Houve uma divisão no estágio 3 em 3a e 3b. (Tabela 1). Esta divisão marca a necessidade de acompanhamento pelo especialista a partir de 3b em ambulatório especializado. O estágio 5 é definido como Insuficiência Renal Terminal (IRT) (CASSON *et al.*, 2014).

Tabela 1 - Estágios da Função Renal a partir da Taxa de Filtração Glomerular

Estágio	Taxa de Filtração Glomerular (ml/min/1,73m ²)	
1	>ou= 90	Com proteinúria
2	60 a 89	Com proteinúria
3	3a-45-59	
	3b- 30-44	
4	15 a 29	
5	< 15	ou em diálise

Fonte: Brasil (2014)

Hoje em dia, as principais causas de DRC no país são: HAS (35%), diabetes (29%), glomerulonefrite crônica (11%) e rins policísticos (4%) (SESSO *et al.*, 2014). Ou seja, a DRC está associada às principais causas de óbito e de incapacidade no país e no mundo.

O Brasil ainda é carente de estudos epidemiológicos sobre a DRC. Geralmente, os estudos brasileiros utilizam os dados do sistema de autorização de alta complexidade do Ministério da Saúde, ou seja, dos pacientes que estão em Terapia Renal Substitutiva (TRS) pagos pelo SUS.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), estudo de base populacional junto à população acima de 18 anos, encontrou uma incidência de DRC de 119,8 pacientes por milhão de pessoas (pmp) e uma prevalência de 1,4% (MALTA *et al.*, 2015). A incidência desta estaria em torno de 1 por mil. Esses pacientes possuem mais de 77 anos e doença associada a diabetes e insuficiência cardíaca (MALTA *et al.*, 2014).

O censo brasileiro das clínicas de TRS, realizado pela SBN desde 2008, apontou que dos 110 mil pacientes em TRS no Brasil, 85% pacientes são SUS e 15% reembolsados pelo plano de saúde aproximadamente (SESSO *et al.*, 2015).

É pertinente explicar que as modalidades de TRS ofertadas pelo SUS (na fase terminal da doença) são: a hemodiálise (sessões três vezes por semana de 4 horas de duração) e a diálise peritoneal (intermitente, automática e ambulatorial contínua). Há duas outras modalidades que não são ofertadas pelo SUS: a hemodiálise domiciliar e a de curta duração (seis vezes por semana de 2 horas) conhecida como *short duration daily dialysis* (SANCHO; DAIN, 2008).

Essas ações são, reconhecidamente, de alto custo (ESCOVAL *et al.*, 2010; FERREIRA *et al.*, 2014; SANCHO, DAIN, 2008; SILVA *et al.*, 2016). O Ministério da Saúde do Brasil gastou, só em 2013, 2,2 bilhões em terapia dialítica (BRASIL, 2013a).

Outra alternativa ao tratamento da IRT é o transplante renal (SILVA *et al.*, 2016). Os cuidados paliativos são opções de tratamento ofertados a esses pacientes, sobretudo nos países como Canadá (CANADÁ, 2015) e na Europa como Portugal (COELHO, 2014). A utilização do rim biônico artificial está em fase de teste e ainda não está disponível como oferta pelos sistemas de saúde (UNIVERSIDADE DA CALIFÓRNIA, 2016).

O fato é que o número de pacientes em TRS só cresce no país. Em 2014, 44% das unidades de diálise responderam a censo. Neste ano, a incidência de novos pacientes em TRS foi de 36.548, ou seja, uma taxa de 180 pmp (pacientes por milhão de pessoas). No nordeste, esta incidência foi 114 pmp. As taxas de incidência do Japão são de 285 pmp e a dos Estados Unidos (EUA), 359 pmp (SESSO *et al.*, 2014).

A taxa de prevalência do tratamento dialítico, em 2014, foi de 772 pmp quando se estimou haver 112.000 pacientes em diálise no país. A prevalência de pacientes em TRS em julho de 2014 foi de 552 pmp na região Norte a 672 pmp na região sudeste, sendo de 423 pmp na região nordeste. A prevalência global aumentou em relação a 2013 (499 pmp) que já havia crescido em 2011 (475 pmp). Ao somar a prevalência global de 552 pmp em diálise mais os pacientes com enxerto funcionante, o indicador alcançaria 760 pmp em 2014, próximas às taxas da Argentina (836 pmp) e do Chile (1263 pmp), e também de alguns países europeus (900-1200 pmp). A dos EUA é de 1976 pmp (SESSO *et al.*, 2016).

A prevalência da diabetes junto as pacientes que se submetem à TRS passou de 8% em 1990 para 14% em 2000, tendo chegado a 18% em 2007 e 29% em 2014. (SESSO *et al.*, 2014). Vale destacar que os dados do censo de diálise de 2014 trouxeram uma grande informação para o Brasil: a diabetes foi a principal causa de entrada de novos pacientes na TRS (42%) sendo uma taxa de incidência de 77 pmp e atingiu 15.465 pacientes.

O aumento da prevalência da diabetes produz impacto sobre uma série de outras doenças relacionadas ao sistema renocardiovascular (BASTOS; BASTOS; TEIXEIRA, 2007). Nefropatia diabética é um termo utilizado para falência renal devido a diabetes mellitus (DM). O principal achado durante o exame clínico é a presença de proteína (albumina) na urina (FRÁGUAS; SOARES; SILVA, 2008). Manifesta-se após vários anos depois do paciente desenvolver a diabetes e pode levá-lo à Insuficiência Renal Terminal (IRT). Estima-se que entre 20-40% dos pacientes com DM tipo 1 e de 10 a 20% dos pacientes com DM tipo 2 necessitarão da terapia dialítica.

Considerando que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem uma grande papel no diagnóstico e tratamento das DRC, Pereira *et al.* (2016) realizaram um estudo para identificar a sua prevalência em áreas cobertas pela ESF. Este estudo adotou a definição clássica de *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (K/DOQI) e encontrou uma prevalência de 32,53% no território, sendo que mais de 20% em estágios iniciais da doença. Esse percentual foi alarmante em relação aos estudos de prevalência em outros países que ficam entre 8 e 22%. Ela foi estimada em 13,2% no nordeste da Itália. Num estudo realizado nos EUA, ela chegou a 20,3%. Na Espanha, chega a 22% (OULAHIANE, 2012). No Canadá, o problema é estimado em 10% (LA FOUADATION CANADIENNE DU REIN, 2014).

Uma das ações inovadoras para enfrentamento do problema no país foi a criação de Linhas de Cuidado em DRC (LC-DRC) partindo da Atenção Básica (MALTA; MERHY, 2010). Esse conceito pode ser traduzido como um itinerário proposto pelo Estado para ser ofertado aos cidadãos quando são surpreendidos por quaisquer problemas de saúde. A LC-

DRC foi incluída dentro da proposta de organização da RAS às pessoas com DCNT pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS) (BRASIL, 2014a).

O objetivo principal destas novas tecnologias de organização do cuidado é tornar a atenção básica uma instância que se responsabiliza pelo paciente, ordena os projetos terapêuticos, aciona e insere os usuários nos serviços e programas necessários e disponíveis no sistema (CARVALHO, 2013; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015a).

Na atenção básica, toda pessoa com DRC deve ser avaliada por meio de exame de urina, albuminúria, creatinina sérica e cálculo da TFG e ter sua doença de base tratada (BRASIL, 2015; PEREIRA *et al.*, 2016). Desde o estágio 4 eles deveriam ser preparados para TRS. Tais pacientes precisam ser acompanhados inicialmente pelo médico clínico e, conforme necessário, encaminhados ao médico nefrologista. Ou seja, o serviço precisa estar integrado em Rede (BASTOS; BASTOS; TEIXEIRA, 2007; CARVALHO 2013).

As definições de redes assistenciais em saúde são muitas. Existem mais de 175 conceituações disponíveis na literatura científica (KUSCHINIR; CHORNY, 2010). Diferentemente da organização de redes por densidade tecnológica, ou por ciclos de vida, o país adotou a estratégia de organização por redes temáticas (SILVA; MAGALHÃES Jr., 2008). A partir de então, cinco redes temáticas foram pactuadas nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) até fevereiro de 2013: Rede Cegonha (materna e infantil), Rede de Urgência e Emergência (RUE) para trauma, cardiologia e problemas neurológicos, Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Viver sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RAS-DCNT). A última Rede publicada foi a RAS-DCNT.

As RAS são intervenções complexas, e compreendem um movimento no qual todos os serviços que integram o SUS formam o todo, em inter-relação longitudinal no qual o todo é formado por várias partes e é mais do que a junção delas (ARRUDA *et al.*, 2015)

A premissa é de que a Integralidade do cuidado para as doenças crônicas se concretiza em uma organização de serviços articulados e integrados em rede, com equipe multidisciplinar, em busca da coparticipação do usuário e da promoção da autonomia. E esta lógica é que se aplica ao atendimento dos usuários com doenças renais crônicas (CARVALHO, 2013). A atenção básica deveria ser o local privilegiado para realização do diagnóstico (PEREIRA *et al.*, 2016). A Linha de Cuidado, seria uma forma inovadora de responsabilização pela atenção integral a este usuário, devendo ser iniciada em qualquer lugar de entrada deste paciente no sistema, todavia, centrada na atenção básica (MALTA, MERHY,

2010). Ela está prevista desde 2004 no âmbito da política nacional de atenção ao paciente renal crônico (CHERCHIGLIA *et al.*, 2006).

O estado de Pernambuco, então, elaborou uma proposta de Rede de Atenção ao Doente Renal Crônico em Terapia Renal Substitutiva em 2013 e um Plano Estadual de Atenção a esses usuários de forma a articular as diferentes ações, programas e atores em 2015 (PERNAMBUCO, 2015). De lá para cá, muitas ações vem sendo implementadas pela Secretaria Estadual de Saúde para conformar e regular uma rede de atenção integral em cinco áreas temáticas. Em 2013, a Rede de Atenção ao Portador de DRC-TRS em Pernambuco foi desenhada. Embora a ênfase tenha se dado em torno da Alta Complexidade (AC), já considerava a necessidade de regionalizar e integrar com a ABS. Talvez por ter sido objeto de indução federal desde 2006 (BRASIL, 2006) ou pelo amadurecimento em torno da necessidade de qualificar a assistência ao usuário em TRS no estado após a tragédia da Hemodiálise ocorrida em Caruaru, de repercussão nacional (CÂMARA NETO, 2011).

Ela pode ser considerada a primeira Rede de Atenção às Doenças Crônicas não Transmissíveis (RAS-DCNT) pactuada no Estado, formalizada em Bipartite em 08/11/2013. Ela se encontra totalmente regulada na Macrorregião I (PERNAMBUCO, 2014) e tem se destacado pelos altos investimentos e alto custo dos contratos que a compõem (FORMIGA, 2015).

Seguindo a tendência nacional, o estado de Pernambuco registra o número crescente de casos de DRC com crescimento anual de casos novos de pacientes renais de 5,5% (FORMIGA, 2015).

Em 2013, o impacto mensal do tratamento com a TRS chegou a R\$ 13.302.458,23 e anual de R\$ 159.629.498,76. Em outubro deste mesmo ano, havia 41 pacientes na lista de espera para tratamento. Eram 4.741 pacientes em diálise sendo 56 no Hospital Barão de Lucena e 59 no Hospital das Clínicas os dois únicos hospitais públicos do estado a oferecer a TRS hospitalar com equipes próprias (PERNAMBUCO, 2013). Dos pacientes em tratamento dialítico substitutivo no estado, 25% possuíam diabetes (PERNAMBUCO, 2014).

Partir do ponto de vista que a estratégia de organizar os sistemas de saúde em Rede é uma forma de implementar a integralidade em saúde, princípio basilar da saúde e direito dos cidadãos brasileiros é uma forma de colaborar com as reflexões sobre essa organização que é social e tecnológica e recheada de valores, sentimentos, significados, percepções, interesses, alianças.

Após os momentos da concepção teórico-conceitual (formulação), da difusão da proposta e de sua institucionalização a partir do Decreto Governamental, as RAS encontram-

se na fase de implantação onde os papéis definidos para os três entes precisam ser operacionalizados. Portanto, é chegada a hora em investir nos processos de monitoramento, e consequentemente, de avaliação (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015b).

Assim, torna-se importante perguntar: Como está constituída a Rede de Atenção ao Doente Renal Crônico em Pernambuco? Ela propicia o atendimento integral ao doente renal crônico e em rede? Como se deu essa organização ao longo do tempo? Quais os principais problemas que podem ser encontrados?

2 JUSTIFICATIVA

Considerando:

- a) A relevância das DCNT no atual cenário sócio epidemiológico brasileiro;
- b) As RAS temáticas articuladas à ABS como inovação na organização do SUS;
- c) O crescente aumento da DM, HAS e Obesidade como fatores de risco para a DRC e os altos custos da assistência em TRS;
- d) O fato de já existir uma solução estruturada para atenção clínica ao DRC mas que é extremamente dependente da existência de uma RAS tornando evidente que a complexidade está na organização e gestão da RAS-DCNT-DRC;
- e) Os desafios postos ao campo da avaliação em saúde quanto à necessidade de aperfeiçoar os métodos avaliativos que tomam como objeto intervenções complexas como a criação de uma RAS;
- f) A recente utilização da Teoria Ator-Rede (TAR) no campo da avaliação para análises de intervenções complexas como na área da Inovação e da Promoção da Saúde (PS);
- g) O potencial da TAR para avaliação das RAS enquanto intervenção complexa em sistemas abertos
- h) A existência de uma RAS destinada ao dente renal crônico regionalizada e regulada em PE, mesmo antes da normativa de redes temáticas publicada pelo Ministério;
- i) A necessidade de contribuir com reflexões que auxiliem o aperfeiçoamento das RAS-DCNT com vistas ao horizonte da integralidade;
- j) O potencial da TAR para avaliação das RAS enquanto intervenção complexa em sistemas abertos;
- k) A necessidade de incorporar o olhar do usuário para além dos gestores e profissionais nos estudos avaliativos e a existência de abordagens já desenvolvidas no país como o uso de trajetórias assistenciais e eventos sentinelas consideradas como práticas amistosas à integralidade;
- l) Torna-se relevante avaliar a Rede de Atenção ao Doente Renal Crônico

2.1 Pressupostos

Quer seja no âmbito das avaliações de implantação, que ser seja no campo das avaliações realísticas ou das avaliações baseadas na teoria, olhar a complexidade das interações que conformam um espaço constituído de híbridos sóciotécnicos, traçar a trajetória das intervenções, estar atento às inovações, introduzir, pressupõem um bom ponto de partida para os estudos avaliativos em saúde que tomam objetos complexos para análise e compreensão.

Este estudo partiu dos seguintes pressupostos:

- a) As RAS são intervenções complexas para organizar sistemas de saúde e se constituem em objetos complexos de pesquisa;
- b) As pesquisas avaliativas que tomam intervenções complexas como objeto de análise e compreensão do todo podem usar perspectivas sistêmicas fechadas ou abertas; e assumirem lógicas de difusão ou tradução quando buscam compreender as interações;
- c) As pesquisas avaliativas que se desenvolvem sobre lógicas sistêmicas abertas precisam incorporar a perspectiva histórica e contextual das reformas democratizantes dos sistemas de saúde e incluir novos diálogos (dialética) entre os atores, inclusive com os usuários;
- d) A RAS é social e tecnológica pois além dos atuantes humanos, atuam outras entidades não humanas acopladas tais como legislações, tecnologias, conhecimentos, técnicas... cujas ligações em interações com o contexto constituem um mecanismo que produz efeitos e retroalimentam o próprio contexto, as ações e os valores da rede;
- e) O contexto da intervenção não está apenas fora, mas também está dentro dela em forma de conceitos, pressupostos, argumentos, teorias que movem e também constituem as redes;
- f) A Nefropatia Diabética pode ser um evento sentinela capaz de nos aproximar do entendimento da intervenção;
- g) A realização do estudo na macrorregião 1 pode ser Proxy do funcionamento, da constituição e da integralidade da rede para o estado todo;
- h) O uso da Teoria Ator-Rede para realização de avaliação de intervenções complexas baseada na teoria é apropriado e pode ser ferramenta capaz de iluminar a compreensão do funcionamento e constituição das RAS.

Essas foram as bases teóricas e metodológicas sobre as quais iniciamos a avaliação da constituição da Rede de Atenção ao Doente Renal Crônico no Estado de Pernambuco sobe a perspectiva da Teoria Ator-Rede.

3 OBJETIVOS

Os objetivos deste trabalho foram divididos em geral como expressão da globalidade do objeto da tese; e em objetivos específicos, definindo os recortes deste objeto.

3.1 Geral

Analisar a constituição e evolução das redes sociotécnicas de atenção à pessoa com Doença Renal Crônica sob a perspectiva da integralidade do cuidado e da Teoria Ator-Rede (TAR).

3.2 Específicos

- a) Reconstituir a trajetória da RAS-DCNT no estado de PE a partir dos eventos críticos que marcaram este desenvolvimento;
- b) Descrever os eventos críticos da constituição da rede de atenção aos pacientes renais com nefropatia diabética em TRS no estado de PE ao longo da história de implantação da assistência
- c) Compreender o funcionamento das redes sociotécnicas tendo em vista a relação entre as entidades humanas e não humanas, a dinâmica das interações, as conexões entre a rede e o contexto, os interesses e as controvérsias em jogo e as reconfigurações.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Integralidade da Atenção nas RAS- DCNT

A discussão sobre a Integralidade em saúde e sobre a organização dos serviços de forma integrada e articulada em Rede, ganhou entendimentos e abordagens diversos em todo o mundo (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) se destacam no cenário epidemiológico e agudizam as demandas por novas práticas profissionais e de gestão (CESSE, 2007; MALTA *et al.*, 2006; MALTA; MERHY, 2010).

As propostas de ação integrada de serviços de saúde em Rede, de forma focalizada para reduzir custos dos sistemas, são bem debatidas pelos sistemas de saúde focalizados. Mas, os Sistemas de Saúde Universais, a exemplo do Canadá e do Reino Unido, também têm buscado a integração dos serviços existentes com o intuito tanto de melhorar a qualidade assistencial prestada ao usuário quanto reduzir custos (CAMARGO Jr., 2006; CONILL, 2006). A proposta é bastante antiga e nasce com o relatório Dawson em 1920 (ARRUDA *et al.*, 2015; KUSCHNIR; CHORNY, 2010)

Na concepção brasileira, a integração do cuidado em Rede vincula-se ao princípio da Integralidade. É uma estratégia que possui um valor agregado pois se trata de uma agenda, uma prioridade, uma “bandeira de luta” do movimento sanitário; um princípio relacionado à solidariedade e à superação do individualismo assistencial (CECÍLIO, 2001). É uma imagem-objeto, uma utopia, um horizonte, uma referência, um compromisso ético e técnico da política nacional de saúde (CAMARGO Jr., 2001).

Tornou-se então um direito por estar contido na Constituição Federal de 1988. Nela, adotou-se este princípio a diretriz da organização do Sistema que deve estar organizado em Rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1990). Ela busca atender ao conjunto de necessidades de ações e serviços que o paciente apresenta. Esta seria a marca maior da Integralidade (MATTOS, 2006).

Ao tomar o referencial da Integralidade construído por Cecílio (2006), é possível reconhecer que a mensagem por trás desse conceito abrange duas dimensões: a focalizada no serviço e ampliada na organização do sistema. A dimensão micro (focalizada) é a da relação profissional e usuário, ou equipe e usuário, num serviço. A dimensão macro (ampliada) acontece quando a integralidade está voltada para a organização de um sistema integrado em Rede. Ambas estão contidas uma na outra, centradas no atendimento às necessidades

apresentadas pelos usuários do sistema público de saúde e na promoção da autonomia deles. Neste estudo, partiremos da concepção ampliada.

A Integralidade ampliada seria, então, esta articulação institucional, processual, das múltiplas integralidades focalizadas. Uma está contida na outra, sendo interdependentes e condição uma para a outra (CECILIO, 2006). A integração dos serviços em Rede é um objetivo intermediário em busca da Integralidade (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Foi apenas no início dos anos 2000, por meio das diretrizes contidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde (BRASIL, 2002), que o país procurou instituir mecanismos de articulação e integração dos serviços assistenciais (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Mais recentemente, passou a fomentar a organização de Redes Assistenciais em Saúde (RAS) de forma regionalizada mantendo a ideia da Atenção Básica como coordenadora do cuidado (BRASIL, 2010, 2011a). Daqui, o governo exerce a responsabilidade inerente à gestão do sistema pela atenção integral, que não deve mais ser deixada a cargo do usuário todo o esforço individual de conseguir o atendimento às necessidades que trazem ao sistema de saúde (CECILIO, 2006).

O marco normativo que explicitou a adoção da ideia de integração de serviços, por meio de Redes de Atenção Integral à Saúde (RAS), ocorreu em dezembro de 2010 quando foi publicada a primeira Portaria Ministerial, GM/MS, nº 4.279 (BRASIL, 2010). Lá estão explícitas as diretrizes para organização das RAS no âmbito do SUS. No ano seguinte, o governo publica o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamentou a lei nº 8080/90 e enfatizou a prioridade de fortalecimento das RAS (BRASIL, 2011b).

As RAS passaram a ter territórios definidos, vinculadas ao processo de Regionalização enquanto estratégia de garantir o direito de acesso ao cuidado integral com equidade (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Em que pese a ideia de instituir redes regionalizadas e hierarquizadas já conste desde a formulação do SUS (BRASIL, 1990), um estudo publicado por Albuquerque e Viana (2015) apontam três períodos de desenvolvimento da rede: o primeiro relacionado à NOAS; o segundo relacionado ao Pacto pela Saúde; e o terceiro relacionado ao Decreto, ao Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP).

Compreendido como sistema de ação, as RAS podem ser modelizadas segundo uma forma, evoluindo no tempo, e influenciando e sendo influenciado por um contexto, assumindo, desse modo, característica de um sistema complexo, como apresentado a seguir.

4.2 A RAS como sistema complexo e a Avaliação em Saúde

O pensamento complexo tem influenciado várias áreas científicas. *Complexus* significa o que está ligado, o que está tecido (MORIN, 2001, p. 564). Uma das grandes contribuições desse pensamento é a proposta de se colocar em análise a forma como os objetos científicos interagem, inclusive entre a coisa observada e o observador. O valor está em perceber que há propriedades específicas que são produzidas devido a essa interação. Isoladamente, essas características não podem ser identificadas (HALÉVY, 2010; PRIGOGINE, 2009; SCHRAMM, 2012).

Ilya Prigogine (2009) refere que os objetos, ao serem observados sob uma perspectiva temporal, revelam uma trajetória marcada por interações e retroações. Trajetória é um fluxo de energia. Estas interações entre observador e objeto geram flutuações, desvios, bifurcações, expansões e dissipações de movimentos ao longo do tempo. Retroações positivas (acentuam desvios) e as negativas são reguladoras para manter equilíbrio dinâmico. Há várias soluções possíveis para estabilizar uma flutuação. Mas, só uma é construída. Este acontecimento, nessa trajetória, permite distinguir o passado do futuro. É uma bifurcação. O acontecimento possui uma microestrutura. E a sociedade caminha de forma não linear pois o que eu faço influencia o que outro faz, e vice-versa (PRIGOGINE, 2009).

Assim, o pensamento complexo nos leva a entender que uma ação quando colocada no mundo, mesmo que tenha boas intenções, entra num turbilhão de interações com outras ações, com atores que possuem visões de mundo diferentes, divergentes e podem voltar-se, inclusive, contra ela mesma e produzir resultados não desejados (MORIN, 2001).

Esse olhar requer a habilidade de “Juntar sem fundir, distinguir sem separar” (SCHRAMM, 2012). Inclusive, juntar perspectivas consideradas antagônicas como a universalidade e a singularidade, a ordem e a desordem, o quantitativo e o qualitativo, o tempo e o espaço, humano e não humano, biológico e social, os consensos e as controvérsias (LATOURETTE, 1990).

O conceito de RAS sob a perspectiva da complexidade pode ser tomado como objeto de leitura sob duas perspectivas metodológicas: uma que as entende como sistemas fechados (HARTZ; CONTRANDRIOPOULOS, 2004) e outras como sistemas complexos abertos (BILODEAU; POTVIN, 2016; CINQ-MARS, FOUTAIN, 1998; MORIN, 2001; POTVIN; GENDRON, 2006; PAWSON; TILEY, 2004).

Para Luhman, diante da complexidade do real, um sistema se fecha para reduzir sua complexidade e se diferenciar do ambiente. Internamente, amplia sua complexidade num processo de autopoiesis (SCHRAMM, 2012).

Para Latour, diferentemente de Luhman, uma Rede é uma totalidade aberta capaz de crescer em todos os lados e direções, sendo seu único elemento constitutivo, o nó, o texto do conceito, a ideia, o argumento, a mensagem do projeto contido nas ações. Para ele, não há informação, apenas transformação (MORAES, 2004). Para ambos, a comunicação é fundamental.

Para Cinq-Mars e Foutain (1998), todas as intervenções, e especialmente as intervenções complexas, sofrem adaptações ao contexto em que são implantadas e se transformam completamente ao longo do tempo.

Da mesma forma, os estudos avaliativos sobre a implantação das intervenções e as consequências também podem assumir uma lógica mais fechada (lógica da difusão) ou mais aberta (da tradução). A primeira, busca legitimar os objetivos iniciais e explicar o motivo das dificuldades e as facilidade de um processo de implantação de uma intervenção. Já a segunda, parte do princípio que, necessariamente, haverá adaptação da intervenção ao contexto e a Rede que se configura é um produto em evolução, em constante transformação (CINQ-MARS; FOUTAIN, 1998).

Num estudo denominado Estudo sobre o Grau de Interação de Organização da Saúde realizado em 2010, um grupo de pesquisadores de Portugal desenvolveu uma matriz teórica e conceitual sobre o termo integração na organização de uma rede assistencial em saúde, a partir de uma ampla revisão sobre as concepções e tipos de integração. Eles identificaram, inicialmente, quatro dimensões da integração: Estrutural, Funcional, Normativa e Sistêmica (LISBOA, 2010). Esse é um exemplo de abordagem sistêmica fechada.

Outro exemplo, foi uma avaliação normativa realizada em Recife que considerou a RAS-DCNT parcialmente implantada (SOARES, 2015). Todavia, não há ainda nenhum estudo sobre a constituição da integralidade da atenção dirigida ao Paciente Renal Crônico (PRC) no Estado sob a perspectiva sistêmica aberta.

Assumir o desafio de aperfeiçoar as abordagens avaliativas para sistemas complexos abertos levou Pawson e Tilley (2004) a desenvolverem a proposta das avaliações realistas utilizando a abordagem configuracional.

A integração seria apenas uma das configurações da Rede, produto da interação entre os elementos, incluindo o contexto como um dos elementos. Nesta lógica não é possível definir um padrão ideal fixo (Modelo ideal) de RAS-DCNT e verificar a conformidade de sua

configuração com o que está normatizado em portarias ou na produção atual de conhecimento. É possível explicar sua conformação e resultados a partir da análise da interação entre os seus elementos constitutivos (DAGENAIS *et al.*, 2003).

Esta abordagem toma os programas como teorias repletas de mecanismos cujos efeitos são altamente dependentes da interação com o contexto. Considera os programas enquanto sistemas abertos e toma emprestado das ciências sociais a noção de configurações para explicar as interações da tríade Contexto-Mecanismos-Efeitos. É uma avaliação baseada na teoria (PAWSON; TILLEY, 2004).

Alinhada à avaliação de intervenções complexas, enquanto sistemas abertos, e em busca de superar a ideia de definir um contexto a priori, a Teoria Ator-Rede introduz uma nova perspectiva onde o contexto não está apenas fora, mas é parte da intervenção enquanto referência para conformação dos nós da rede (LATOUR, 2001). No Brasil, o referencial tem guiado avaliações no campo da Promoção e das Inovações em Saúde (FIGUEIRÓ *et al.*, 2015; POTVIN, 2006, 2015).

O uso deste referencial para avaliar a integralidade da atenção ao usuário em sistemas de saúde organizados em rede parece ser uma bela aposta para o aperfeiçoamento do campo da avaliação vez que toma intervenções complexas em sistemas abertos como objeto. Ainda nessa perspectiva da integralidade, e para além das avaliações normativas sobre a implantação e a integração destas redes, considerando principalmente a visão dos gestores, o campo da avaliação tem introduzido o olhar de outros atores, como indivíduos e grupos sociais enquanto usuários do sistema de saúde.

Para analisar, na perspectiva do usuário, se realmente existe um sistema integrado, Leatt *et al.* (2000) propuseram um modelo de avaliação, utilizado posteriormente por Medina em 2010, para analisar a implantação da integração da atenção básica a partir da análise das trajetórias assistenciais percorridas pelos usuários (MEDINA, 2010).

Um exemplo da abordagem mais aberta, mais dialógica, foi a avaliação do Programa Cuidar que integrou abordagem quantitativa e qualitativa; e interpretações hermenêuticas e dialéticas (GOMES *et al.*, 2005).

No Brasil, abrir o diálogo entre as informações advinda dos gestores e a introdução de novos diálogos entre os profissionais e usuários, é dialogar com os princípios da reforma sanitária. Isso exige a incorporação de abordagens qualitativas, a triangulação que convergem com os ideias democráticos das reformas sanitárias na América Latina e constituem um

campo novo, de avaliações emergentes, mais construtivistas, inclusivas, uma versão renovada da avaliação (BOSI; MARTINEZ, 2011).

4.3 A Teoria Ator-Rede

A Teoria Ator-Rede (TAR) foi escolhida para iluminar esta análise tendo em vista que auxilia na compreensão de uma rede de cuidados em saúde como uma ação coletiva organizada, ou seja, um sistema social de ação complexo. Este pode ser apresentado como um sistema dinâmico e aberto, capaz de ser apreendido pela observação da cadeia de eventos sequenciados que constituíram um programa, uma intervenção pública, uma rede em saúde, ao longo do tempo, desempacotando as “caixas pretas” que conformam esta complexidade (BILODEAU; POTVIN, 2006; BILODEAU *et al.*, 2016; BISSET; POTVIN, 2007; FIGUEIRÓ *et al.*, 2016; HAWES, 2009).

Esta teoria foi elaborada por Callon, Law e Latour na década de 80 (LATOURE, 2005; BILODEAU; POTVIN, 2016). Oriunda do campo da sociologia das ciências, é considerada uma ferramenta útil à apreensão da interação entre tecnologias, sociedade e natureza (BILODEAU; POTVIN, 2016; LATOUR, 2005; MORAES, 2002). Reagregar o social significa não restringi-lo às relações entre pessoas, como tradicionalmente as teorias sociológicas fazem, mas incluir a relação entre tecnologia e homens na natureza que também é social (LATOURE, 2005).

A Teoria Ator-Rede é um percurso metodológico para compreender as teorias subjacentes às ações dos atores na rede. Mas, isso não significa que ela é totalmente empírica (LATOURE, 1990). Mas, preserva a liberdade dos atores (LATOURE, 2005). Por isso, ela não considera a definição, a priori, de categorias pelo pesquisador, onde os dados levantados em entrevistas, observações ou documentos podem ser encaixados. Ela apresenta um caminho para compreender que todos os atores possuem suas teorias e o objetivo da compreensão é revelar estas teorias. Por isso, ela não define na partida quais as categorias que definirão um contexto, por exemplo. Para Latour (2005), ao seguirmos os atores (humanos e não humanos) vamos reconhecer o contexto pois os atores fazem esse mapeamento o tempo todo. O que a teoria procura é encontrar argumentos sociais, econômicos, políticos e técnicos que influenciam o percurso dos eventos, da inovação, da intervenção (BILODEAU; POTVIN, 2016).

A TAR permite abrir a “caixa preta” das organizações ao considerar o funcionamento como um conjunto de processos e práticas organizadoras de ações, em oposição a uma visão de instituição como um todo homogêneo (BILODEAU; POTVIN, 2016).

O termo ator-rede significa que tanto as entidades quanto as conexões são necessárias à compreensão. A rede é feita de vínculos, de traços, de trilhas. Ela não é o contexto, mas contém os textos, os interesses, as alianças como referência (LATOUR, 2001). Ela é o que conecta os atores. Ela é um fluxo de translações, de conexões rastreáveis. Ela é o traço deixado pelo agente. Traços são considerados “o fio da meada”. Uma palavra, ao substituir uma coisa de maneira conceitual, conserva um traço que a define. É a marca deixada pelo movimento (LATOUR, 2001, 2005).

Nesta concepção, uma rede é um todo conformado por interações entre entidades humanas (atores-rede) e não humanas (tecnologias, leis, conhecimentos, recursos financeiros) conectados de forma dinâmica entre si num espaço ao longo da história da intervenção (BILODEAU *et al.*, 2013; BILODEAU; POTVIN, 2016; FIGUEIRÓ *et al.*, 2016; SAYES, 2014).

Para Callon e Latour (1998) as redes são conformadas por eventos produzidos no processo de tradução entre entidades humanos e não humanos. A função das pesquisas avaliativas deveria ser a de procurar identificar as inovações produzidas pela interação da intervenção com o contexto, além de buscar revelar os efeitos positivos e negativos deste processo em diferentes situações. São os estudos avaliativos sobre soluções e inovações (POTVIN; GENDRON, 2006).

O tema das inovações em saúde ganha destaque no campo da avaliação. O realismo crítico, assentado sob o pensamento complexo, orienta as avaliações de inovações em saúde conduzidas por Potvin, Gendron e Bilodeau (2016). As autoras têm utilizado a teoria social da tradução, amplamente conhecida como Teoria-Ator Rede (TAR) ou *Actor Network Theory* (ANT). A organização de um sistema em rede pode ser considerado uma inovação do sistema de saúde, num contexto de sistema fragmentado como o nosso (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015a).

O uso da teoria é adequado às análises de intervenções complexas, quando ela não opera por níveis, nem por estratos mas por interações não lineares, mais próximas dos rizomas de Deleuze e das trajetórias de Prigogine (LATOUR, 1990).

Deve ser analisada como um todo, pois a interação entre intervenção, contexto e efeitos produzem propriedades imanente e inerentes às estas interações (BILODEAU,

POTVIN, 2016; BILODEAU; BEAUCHEMIN; BOURQUE, 2013 FIGUEIRÓ *et al.*, 2016; HAWE, 2009).

Desse modo, o contexto, a intervenção e os efeitos podem ser aprendidos de forma integral de modo a produzir entendimentos sobre o funcionamento das intervenções complexas e o desenvolvimento de inovações em saúde (POTVIN, BILODEAU, 2016). Sob esse ponto de vista, as inovações são precedidas de controvérsias dentro de uma rede que é social e técnica (POTVIN, 2006). As inovações são novas ações que modificam funções, papéis, identidades e valores considerados hegemônicos e rotinizados (BILODEAU; LAPIERRE; MARCHAND, 2003)

4.3.1 A Rede é social e técnica: a participação dos não humanos nos coletivos organizados

A rede sociotecnológica é uma modalidade de coordenação de conexões (CALLON *et al.*, 1999). É sistema coletivo de ação em movimento vivo num campo onde os atores são livres e a tarefa do pesquisador é descobrir seus mundos, seus valores, seu mundo social (LATOUR, 2005).

É importante dar ênfase à concepção de ator para esta teoria. Ela é diferente de outras teorias sociológicas. Neste entendimento, os atores agem e se mobilizam em conjunto com outros atores que mobilizam (inclusive não humanos). Eles nunca estão sozinhos, pois são porta vozes de um outro conjunto de entidades que possuem interesses comuns. Atores estão sempre em rede (LATOUR, 2005). Estão ligados a constelações que o permitem agir de certa maneira (CRESSEWELL, WORTH; SHEIKH, 2011). Os atores possuem uma posição social, identidade, papéis, interesses, diferenças de poder. E eles interagem para lutar por apoio e recursos à viabilização dos seus projetos (FIGUEIRÓ *et al.*, 2016).

Como o Ator nunca está sozinho, nem a ação nunca é determinada exclusivamente pela estrutura social ou pelo contexto social, mesmo o ator, individual, age como resultado de todas as interações que sofreu durante sua vida (LATOUR, 2005).

Para identificar os atores é preciso perguntar a uma entidade: ele faz alguma diferença no curso da ação de algum outro agente ou não? Existe algum argumento que permite detectar essa diferença? “Responda sim a estas duas perguntas, então temos um ator que está exercendo a influência, atuando” (LATOUR, 2005 p.71).

Por trás de cada coisa que atua há interesses, há encontros, há energia, há investidores, há imaginadores que sonharam há usuários que desejam, há apostas, produtores, há usuários, há relações (CRESSEWELL; WORTH; SHEIKH, 2011; MOL, 2010).

Os não humanos, portanto, são bem importantes para esta teoria e devem ser metodologicamente alinhados numa perspectiva temporal e espacial. Todavia, isso não quer dizer que tenham o mesmo poder de influenciar uma interação como o humano (SAYES, 2014).

Em Latour (2005), produtos, leis, regimentos, recursos financeiros, políticas, programas são elementos vivos que foram escolhidos para mobilização da rede. Eles revelam as dinâmicas sociais que os produziram. Eles tem influência (*agency*). Isso significa que eles podem ser atores. São não humanos: micróbios, bactérias, máquinas, insumos, textos, livros, fenômenos da natureza como seca, enchentes e até animais (LATOURE, 2005).

As coisas permitem, autorizam, sugerem influenciam, interrompem, possibilitam, proíbem. A TAR não diz que objetos fazem coisas no lugar dos humanos, mas a ação deve ser estudada sem deixar de fora todos os que participam dessa ação (LATOURE, 2005).

Há não humanos com maiores capacidades que outros. Do mesmo modo, há humanos com maior "*agency*" que outros. E há híbridos mais fortes que outros.

Os não-humanos permitem que um ator que não está mais presente exerça uma influência (LATOURE, 1996, p. 239). De acordo Latour (1994 *apud* SAYES, 2014) "É quando o poder é exercido através de coisas que não dormem" São associações que não se quebram, que podem durar mais tempo, expandindo as ligações".

Essas coisas, ideias, conceitos, tecnologias não surgem do nada. Eles emergem do interesse social. Assim, entender os interesses é muito importante (2015). Eles são recursos a serviços das estratégias e dos interesses dos atores sociais (LATOURE, 2005). Porém não só recursos. São modificadores das capacidades humanas de influenciar ou agir (LATOURE, 2001).

Embora defina um princípio de simetria, esta simetria deve ser observada como a necessidade de olhar a interação humanos e não humanos. Mas, há que se fazer uma leitura correta do princípio da simetria entre os dois agrupamentos. A simetria é mais metodológica do que teórica (SAYES, 2014).

Vale pontuar que, para além de recursos, os não-humanos que entram no coletivo humano são dotados de um certo conjunto de competências que lhe são definidas pela rede que eles próprios alinharam atrás deles. Ao mesmo tempo, eles exigem um certo conjunto de competências pelos atores que eles alinham, por sua vez. Os não-humanos e os humanos, nesta interpretação, são ambos mudados pela sua circulação e mudam o coletivo através de circulação, capilaridade e enraizamento (LATOURE, 1990, 2001, 2005; SAYES, 2014).

Os não humanos não simbolizam, não tomam decisões (LATOURE, 2001), mas

mobilizam, alinham. É sempre no encontro do não-humano com outro ator. Com os assuntos de cada coletivo (SAYES, 2014). Eles não têm todos o mesmo tipo e intensidade de agência, de influência, como os humanos têm (CALLON; LATOUR, 1992 *apud* SAYES, 2014).

Os não-humanos compõem uma classificação de entidades que servem à existência dos humanos. Há interação entre estas entidades que corroboram com flutuações, desestabilizações, estabilizações, consensos e controvérsias. Em interação, conformam híbridos com poder de atuação maior que outros.

E são justamente estas relações de poder que geram interdependência entre os atores (BILODEAU; LAPIERRE; MARCHAND, 2003; BILODEAU *et al.*, 2013). Dessa negociação, são produzidos movimentos de expansão, reconfigurações, rompimentos, criações de novas estruturas ou ações estabilizadoras de uma rede. A interdependência permite as relações continuarem planas e pagarem a conta dos custos da transação pois todo este movimento exige esforço (LATOUR, 2005).

Translação foi compreendida como uma forma de interação entre humanos e não humanos na qual ocorre um desvio de fins, permutação (troca de propriedades), recrutamento de não humanos, deslocamento da direção tomada pelo coletivo. Criam-se novas ações e deslocam-se visões, papéis ou práticas (BILODEAU; LAPIERRE; MARCHAND, 2003).

Translação consiste em combinar dois interesses (objetivos, finalidades) até então diferentes, converter num único objetivo composto. Não é só fundir objetivos, mas a criação de uma nova mistura composta, uma nova composição. Um desvio, deslizamento, derivação, deslocamento, movimento. É a criação de um vínculo que não existia e que, até certo ponto, modifica os originais (LATOUR, 2001).

Todo elemento da rede (entidades humanas e não humanas) devem estar definidas por suas associações e constitui um híbrido. A TAR é uma forma de contar a história de como não humanos se mesclam à existência na relação com os humanos (LATOUR, 2001).

4.3.2 Os eventos críticos e a (re)configuração da rede sociotécnica

Rede é conexão. Uma constelação de interações entre humanos e não humanos. Elas incluem pessoas, mas também conceitos, coisas (CRESSEWELL; WORTH; SHEIKH, 2011). As conexões entre as entidades, ou entre as entidades e o contexto, ocorrem pelo significado. E é por meio das conexões que os programas criam e mantêm as condições do contexto, e os impactos podem ser identificados e compreendidos. Uma interação de significados, de representações, de enunciados, de conceitos, de teses, de teorias, de argumentos, de ações.

Uma intervenção complexa, inovadora, como reconhecemos ser uma **rede de atenção em saúde** ou uma **linha de cuidado**, podem ser vistas como um sistema social organizado de ação nos quais atuantes, humanos e não-humanos, interagem em distanciamentos, aproximações, transmissões, mediações de controvérsias, problematizações, mobilizações, engajamento, acordos (consensos provisórios). Estas interações produzem marcas no espaço social ao longo do tempo: eventos e inscrições.

Eventos críticos são acontecimentos que marcaram a história da rede com a mudança de ações que podem ser mapeados para tornar o desenvolvimento da intervenção inteligível. Tais eventos geram consequências sobre o contexto e sofrem influência deste também (FIGUEIRÓ *et al.*, 2016). A adoção da reconstituição da ordem cronológicas dos eventos críticos é um processo metodológico (BILODEAU; POTVIN, 2016)

Eventos Críticos são eventos de intervenções chave que resultam de uma controvérsia. Os eventos críticos são capazes de mobilizar uma rede sociotécnica e suas intervenções. Evolvem mediações e ação e trazem mudanças significativas para o sistema (FIGUEIRÓ *et al.*, 2016).

Estas mudanças podem ser a revisão de prioridades e objetivos, mudanças de atores chave (gestores, tomadores de decisão, demais envolvidos); a provisão ou corte de recursos. Eventos críticos para uma intervenção são aqueles relatados pelos atores envolvidos em interações, mediações que resultam em aprendizagens e modificações de práticas (FIGUEIRÓ *et al.*, 2015).

Nem todo evento ou acontecimento é um evento crítico. Da mesma forma, nem todo evento crítico é inovação. Seguem-se ao evento crítico, ações de expansão, consolidação da rede, extinção ou inovação (FIGUEIRÓ *et al.*, 2016). Tomando como base a essência da consequência, os eventos críticos podem ser de emergência (criação, adaptação, reconfiguração), de expansão (implementação), de estabilização (perenidade, sustentabilidade). Mas também, como qualquer ação, pode sofrer retroação, e morrer ao longo da flecha do tempo (PRIGOGINE, 2009).

O Evento crítico é um acontecimento fruto de uma controvérsia, de uma desestabilização que gerou mobilização da rede. E para Prigogine (2009), os acontecimentos têm uma estrutura que marca a bifurcação entre o passado e o futuro da trajetória de uma ação. A ação é sempre uma interação e é ela que conecta muito mais que conceitos.

Tradução é um processo de expansão e solidificação de uma rede no estabelecimento de conexões entre entidades que não estavam conectadas. Forma conhecimento que reforça as

ligações dentro da rede. Inclusive, induz dois mediadores à coexistência. Algo que promove conexões e associações rastreáveis (FIGUEIRÓ *et al.*, 2016).

Tudo, para ocorrência de um evento crítico, depende dos processos de tradução. Para que um sistema de ação opere é fundamental que o papel seja aceito por cada um dos atores envolvidos (BILODEAU *et al.*, 2013). Como quem age são os atores, os eventos críticos deslocam papéis até então atribuídos aos atores (CALLON *et al.*, 2009; BILODEAU; POTVIN, 2016; FIGUEIRÓ *et al.*, 2016).

O rastreamento dos eventos críticos pode ser feito pelo mapeamento das inscrições, interesses, ações e interações (FIGUEIRÓ *et al.*, 2016). Inscrições são registros produzidos pelos eventos críticos, que em seguida podem atuar como intermediários, ou seja, transportando ou transmitindo a força da transformação (CALLON, 1991; LATOUR, 2005).

Inscrições são todos os tipos de transformações que materializam uma entidade num signo, arquivo, documentos, pedaço de papel, traço. Elas servem para estabilizar ou permitir novas translações (BILODEAU; POTVIN, 2016; FIGUEIRÓ *et al.*, 2016; LATOUR, 2001).

Várias inscrições servem como intermediários cujo objetivo é rotinizar a inovação, ou, até mesmo, obscurecê-la em uma caixa preta. As inscrições produzem e, ao mesmo tempo, são frutos de rotinizações (FIGUEIRÓ *et al.*, 2016). Ao serem rotinizadas, os intermediários obscurecem a inovação e a clareza da atuação dos mediadores tornando-os uma “caixa preta”. Os intermediários ao falharem, e, ou, ao serem abertos, transformam-se num mediador onde são revelados os híbridos humanos-não humanos que atuam em sua constituição (LATOUR, 2005).

Uma ação que não gere transformação, não deixe traços e não entre num relato, não é uma ação. Por trás de cada ação há uma teoria. A ação pode ser intermediário ou mediador. A ação é dotada de existência, significado e oponentes (FIGUEIRÓ *et al.*, 2016).

4.3.3 A controvérsias como impulso à inovação

As transformações na rede sociotécnica são marcadas por interações e pela negociação de controvérsias, justificando a importância de rastrear as conexões estabelecidas na resolução dessas (BILODEAU; POTVIN, 2016; FIGUEIRÓ *et al.*, 2016; LATOUR, 2005). Controvérsias surgem das interpretações divergentes dadas pelos atores (a partir do lugar que ocupam e do grupo que representam) sobre um determinado fenômeno (BILODEAU; POTVIN, 2016). As distintas visões estão ligadas às questões de poder ou de paradigma de ação (BILODEAU *et al.*, 2011).

As controvérsias podem ser percebidas como algo positivo pois ela revela interesses e visões divergentes, a posição de cada ator, os objetivos de cada um, a lógica da ação, pois cada ator tem uma cultura e identidade próprias, percebe as situações à sua maneira. Além do mais, ela pode fazer surgir novas possibilidades de ação, uma inovação (BILODEAU; LAPIERRE; MARCHAND, 2003).

Essas controvérsias precisam ser mediadas a fim de produzir acordos que satisfaçam o interesse daquelas envolvidos na situação (FIGUEIRÓ *et al.*, 2016).

Ao considerar as intervenções como redes sociotécnicas, há elementos na rede que são os transmissores do que já é consenso; e há elementos, que são mediadores, que traduzem os diversos pontos de vista dos atuantes e são capazes de favorecer um ponto de passagem obrigatório para estabilização de um consenso diante de uma controvérsia (POTVIN; GENDRON, 2006).

Mediadores operam processos de tradução/translação. Mediar é não transportar causalidade única, mas múltiplos fatores interagindo. Já intermediar é transportar causalidade de modo previsível e rotineiro. Por esses processos as redes são criadas, reconfiguradas, fortalecidas, expandidas (BILODEAU; POTVIN, 2016; FIGUEIRÓ *et al.*, 2016).

Mediação é um processo no qual uma situação completa é modificada com a criação de um novo atuante, o recrutamento de novas parcerias, ou reconfiguração das relações. Ela produz eventos, uma passagem ou a modificação nas relações e no processo de trabalho ou na forma como as informações circulam (LATOURE, 2005).

Para a mediação, há mediadores, onde a causa não pressupõe os efeitos de forma linear e unicausal. Elas propiciam ocasiões, circunstâncias, precedentes. Mas, para produzir resultado, muita coisa pode surgir nesse meio. Para a teoria ator-rede, os fatores por si, são incapazes de transportar qualquer ação se for um mero intermediário. Só se forem mediadores, transformadores. Por vezes tem o papel de tradutores e de mediação e não de intermediários (LATOURE, 2005).

A análise de uma controvérsia se dá por compreender os processos de translação ou tradução no sentido de transladar. Tradução é a qualidade de traduzir de ajustar, adaptar, converter. Produzir e fazer-se adotar a produção (reproduzir). Neste processo todo de criação e produção, produzir conhecimento e experiência é mais fácil do que valores (BILODEAU; POTVIN, 2016).

A translação ocorre em quatro operações não lineares de mediação: problematização para atrair o interesse dos envolvidos numa situação, redefinições de papéis, envolvimento em novos papéis, engajamento e mobilização que são conformação de alianças que visam

equilibrar melhor as diferenças de poder (BILODEAU *et al.*, 2011, 2013).

Na fase da problematização de uma controvérsia, são envolvidos atores pertinentes ligados entre si por suas identidades, interesses e representações da situação. São evidenciadas as controvérsias e é possível verificar deslocamentos antecipados e alianças. Na fase de Envolvimento, múltiplas estratégias, direções, dispositivos, negociações de objetivos, divisão de papéis, resultam do consenso. Na fase de engajamento, os atores modificam a e alinham os interesses. Estabilizam os papéis dos atores numa ação coordenada. Na fase de mobilização, as conexões são estabilizadas. Porta vozes se solidificam, ou surgem as dissidências, as cisões. Só que neste momento verifica-se um massa crítica de atores se movendo dentro da nova solução, da inovação (BILODEAU *et al.*, 2011, 2013).

Na rede sociotécnica, a transição é progressiva e contínua das controvérsias que partem do conhecimento da experiência, implícito, ao conhecimento tácito. As resoluções de controvérsias do tipo estratégica servem para equilibrar diferenças de poder. As alianças servem a esse propósito (BILODEAU; POTVIN, 2016).

Nas operações translativas, os interesses são “transladados”. Desvio é translação de objetivos, significados ou função. É um ponto cego onde sociedade e matéria trocam propriedades (LATOURET, 2001). Onde ocorre a conformação de um híbrido.

Ao longo do processo, os atores vão mudando de identidade (MOL, 2010). Há deslocamentos de identidades (BILODEAU; LAPIERRE; MARCHAND, 2016). Mas, isso não significa que os diferentes nós conceituais que deram origem aos laços, percam sua identidade e autonomia (CALLON *et al.*, 1990).

Nem toda resolução de uma controvérsia resulta numa inovação. Há resolução de controvérsias que estabilizam a rede ou expandem. Mas toda inovação, resulta de uma controvérsia resolvida em consenso, um ponto de passagem obrigatório para um acordo. Os atores revisam seus pontos de vista diante de novas condições contextuais (referências textuais,- nós) Mas, também, nem todo consenso gera uma inovação.

Inovação é um processo de translação de visões, papéis e práticas sobre ações (desempenho, fazer) materializadas em novos serviços, novas alianças, novas parcerias, nova dinâmica de um híbrido humano-não humano. Suscita uma mudança e criação de uma nova dinâmica que vai de encontro às práticas já rotinizadas. Uma prática pode ser nova dentro de um meio, mesmo que ela já esteja rotinizada em outro (BILODEAU; LAPIERRE; MARCHAND, 2003) A inovação social resulta de um saber sobre a experiência. Só se faz dentro de uma ação (in-nova-ação). Ela se põe em contraposição, contraste com as práticas.

Uma adaptação pode ser uma inovação quando modifica o desempenho, a ação, o

fazer, altera a função, altera os papéis, os valores, os interesses, os objetivos da ação naquele meio.

A inovação substitui uma interação ligando os agentes, os saberes e os bens, que não estavam antes conectados e que passam a ser interdependentes dentro de algo novo. Ela é uma “alquimia que combina os ingredientes heterogêneos: ela penetra nas instituições tecendo relações complicadas e inabituais entre as mais diversas esferas de atividade. Atuando, às vezes, sobre as relações pessoais, a organização, o direito, a ciência e a tecnologia” (CALLON *et al.*, 1990, p. 3). Um exemplo desse é o projeto do carro elétrico, que precisa de investidores, de máquinas de carregar espalhadas, de usuários convencidos, de mudanças na legislação (MOL, 2010).

Na mesma lógica, podemos antecipar o projeto do rim biônico. Ele é uma inovação no cuidado ao Paciente Renal Crônico e vai além de modificar uma interação no organismo. O projeto carrega interesses, investidores, expectativas dos usuários, mudanças de práticas de saúde e até mesmo de legislação. Pode, inclusive, alterar relações de poder até então existentes.

4.3.4 Poder e Contexto na TAR

O poder é exercido para gerar e preservar assimetrias sociais. As instituições sociais, não-humanas que abrigam conexões de vínculos sociais, são atores sociais que não dormem nunca. As associações sólidas permitem o poder durar (LATOUR, 2005).

Para os sociólogos da sociologia tradicional, existe um mundo por trás deste que é pano de fundo estrutural que determina a ação. Já, para Latour (2005), as verdadeiras causas das desigualdades sociais pode ser encontrada quando se olham a atuação dos mediadores de uma forma ampla sem o enquadramento das explicações sociais, pois estas podem ficar presas na moldura do conceito de desigualdades sociais ou sobre as relações de poder estabelecidas a priori. Isso, por sim, já seria um exercício de poder e poderia corromper a análise atribuindo todas as causas à dominação social (LATOUR, 2005).

Para a teoria, o contexto social quando visto dessa forma, é determinístico, correndo o risco de engolir uma interação. Para esta teoria, não há macrocontexto acima ou abaixo das interações. O contexto está fora e dentro unido às conexões, alimentando e sendo alimentado. É um emaranhado de conexões transportando documentos, inscrições, materiais, veiculados por meio de algum conduto. A rede sociotécnica explica justamente por quais veículos, traços,

trilhas o mundo é colocado dentro do espaço mingüado dos atores e propicia novas saídas depois de transformadas (LATOUR, 2005).

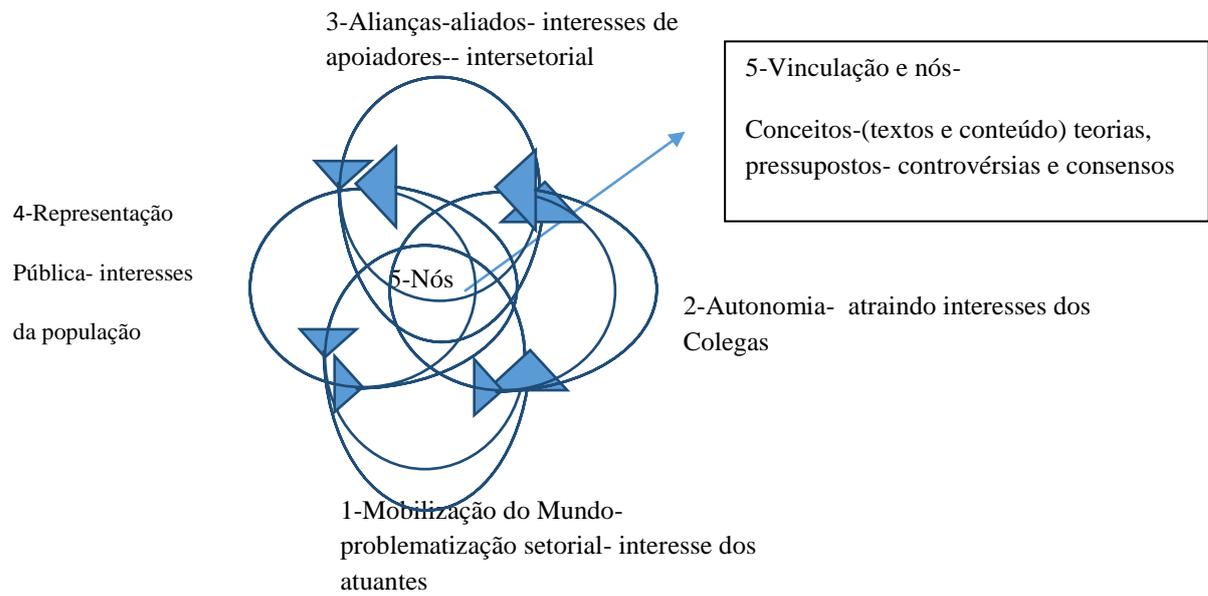
A presença do hífen na junção Ator-rede quer lembrar isso: os atores estão contextualizando o tempo todo. Então, estabelecer o que é macro e micro antes de seguir os atores é aderir a um quadro e emoldurar a viagem. Nessa viagem, todavia, basta desdobrar as controvérsias identificando quem são atores. Depois, acompanhar como os atores estabilizaram as incertezas- formatos, padrões medidas... e, por fim, descobrir como os grupos renovaram seu senso de existência no coletivo (LATOUR, 2005).

O contexto é compreendido como um fluxo circulatório de argumentos (Figura 1). Para interpretação do movimento circulatório dos textos, as mensagens são interpretadas como pertencentes ao movimento de **mobilização do mundo**. Na **mobilização** são encontrados os argumentos (dados e informações). A **autonomização do híbrido** ocorre quando o bloco de colegas agrupados numa instituição formam uma entidade autônoma. **Alianças** ocorrem onde aliados (outros não colegas e não humanos) unem-se a partir dos interesses pelas novas proposições. Finalmente, a **representação pública** ao atingir a opinião pública (espectadores). Os nós conceituais (não humanos) da rede são como referência dos argumentos vinculados aos colegas das instituições, parceiros das alianças e imagem pública dos espectadores em relação às ações (LATOUR, 2001).

É uma forma de retomar explicar o que está por trás das fases da resolução de controvérsias em quatro operações não lineares de mediação nas operações translativas: problematização, envolvimento em novos papéis, engajamento e mobilização da rede (BILODEAU *et al.*, 2011, 2013).

Nestes textos se encontram argumentos- enunciados; e proposições- sociais, econômicas, políticas e técnicas (BILODEAU; POTVIN, 2013).

Figura 1 - Modelo alternativo à compreensão do contexto como algo não externo às intervenções.



Fonte: Latour (2001).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo e área de Estudo

Trata-se de um estudo de caso retrospectivo da constituição da Rede de Atenção ao Doente Renal Crônico na macrorregião 1 do estado de Pernambuco para realização de uma avaliação qualitativa baseada na teoria.

O estudo de caso, na definição de Yin (2006) é uma investigação empírica de fenômenos contemporâneos em seu contexto na vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

A escolha da Rede de Atenção ao Doente Renal Crônico em Terapia Renal Substitutiva se deu pelos seguintes motivos:

- a) Por ser a 1ª. Rede voltada para situação de adoecimento crônico pactuada em CIB, portanto minimamente regulada por instâncias formais de gestão;
- b) Apresentar singularidade em sua conformação, pois não obedeceu às etapas de implantação das diretrizes nacionais;
- c) Servir de base para a constituição de uma Rede de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Para garantir a validade do estudo, e como requisito metodológico da teoria adotada, foi realizada a triangulação de fontes de dados e de informantes. Confrontaram-se e complementaram-se informações oriundas de documentos, observações e entrevistas com usuários, gestores e profissionais.

5.2 Coleta de dados e público-alvo

A coleta de dados ocorreu em dois grandes momentos: um de entrevista com lideranças na rede, outro, de entrevistas com os usuários nas sessões de TRS.

Foram realizadas 19 entrevistas com: gestores e ex-gestores de secretarias estadual e municipais de saúde (08), chefes de serviços de diálise e transplante renal (05), representantes do controle social - ministério público e associações de usuários (04) ex-representantes de outras instâncias que compõe a rede sociotécnica (02) como a sociedade brasileira de

nefrologia (sessão regional), associação brasileira de clínicas de diálise (sessão regional). A escolha dos informantes ocorreu a partir de um mapeamento prévio destes atores, mas seguiu, no campo, o caminho indicado pelos próprios atores que priorizaram conhecimento acumulado sobre a história da rede. De uma forma geral, os entrevistados participaram ativamente da construção da rede desde o início de sua construção e ainda atuam em posições de liderança nos serviços até os dias atuais. Os dois entrevistados mais jovens, possuíam mais de 05 anos à frente dos cargos que ocupavam.

O levantamento documental ocorreu, sobretudo, durante a primeira etapa, mas prosseguiu ao longo da fase de análise. A lista de documentos encontra-se no apêndice A.

A observação ocorreu durante a realização das entrevistas com os usuários o que permitiu uma aproximação com a equipe de saúde e o grupo administrativo. Este processo favoreceu uma maior aproximação da pesquisadora com as ações concretas realizadas pelas equipes dos serviços no cuidado ao paciente e o reconhecimento das características de cada instituição.

A segunda etapa foi a de entrevistas com os usuários (Apêndice C). Foram realizadas consultas ao mapa de usuários de diálise, fornecido pelos serviços, onde eram selecionados aqueles que possuíam diabetes como doença de base, independentemente da idade, do tempo com diabetes ou do tempo em hemodiálise. Esta etapa contou com a colaboração das equipes de plantão que sugeriram pacientes com capacidade argumentativa, experiência, disponibilidade e condições clínicas de participação. Os pacientes que foram abordados e não estavam em condições de serem entrevistados, seja por dificuldades cognitivas ou por intercorrências no momento da abordagem, foram acolhidos e substituídos. Em cada serviço foram realizadas de 4 a 15 entrevistas, cessando quando se percebia a repetição dos padrões de trajetória, ou quando findava a quantidade de pacientes com nefropatia diabética em condições de realizar a entrevista naquele turno. Ao todo, foram realizadas 51 entrevistas nos serviços de referência públicos (04 no HC e 05 no HBL), filantrópicos (15 no RHP e 07 no IMIP) e em dois serviços privados de maior produção que se dispuseram à pesquisa (12 na MultiRIM e 08 no CT Renal).

Além de priorizar os sujeitos que possuíam os atributos buscados, a amostra foi considerada suficiente a partir da reincidência das informações mas sem desprezar as singularidades. Também buscou-se diversificá-los a ponto de se apreender semelhanças e diferenças (MINAYO *et al.*, 2005).

A saturação foi percebida nas unidades e no discurso do conjunto.

Esta etapa permitiu complementar as informações necessárias sobre o funcionamento e

a integralidade da atenção na perspectiva do cidadão que usa a rede.

5.3 O uso de Traçadores e Eventos Sentinelas para avaliação de Redes

A Nefropatia Diabética, evento indesejável no controle da Diabetes, foi tomado como evento sentinela, sendo a diabetes, a condição traçadora.

A noção de traçadores advém das ciências naturais sendo um dos exemplos, o uso de traçadores radioativos para analisar o uso de iodo pela tireóide. Na avaliação em saúde, eles identificam problemas específicos e auxiliam a análise tanto de processo quanto de resultado. Relacionam-se à qualidade da assistência (KESNER, 1973).

Os eventos-sentinela são indicadores negativos. Correspondem à ocorrência de uma situação indesejável, que pode acontecer em decorrência de uma falha da atenção à saúde, chegando a ocasionar uma morte desnecessária, doença ou invalidez. São portanto, condições evitáveis e sinais de que a assistência pode melhorar (RUSTEIN, 1976).

A Nefropatia Diabética é uma complicação microvascular da diabetes mellitus que afeta até 40% dos pacientes, definida pela presença de proteinúria acima de 500 mg/24 horas. A presença de proteína pode ser classificada em normoalbuminúria, microalbuminúria (nefropatia incipiente) e macroalbuminúria (nefropatia clínica). Ela pode ser reversível em estágios iniciais (para normoalbuminúria) e ou a progressão para estágios mais avançados pode ser interrompida com medidas de controle (LARA, 2006).

As duas estratégias têm sido utilizadas em estudos avaliativos com ênfase na integralidade da atenção nas Redes de Atenção Integral em Saúde (HARTZ; CONTRANDIOPOULOS, 2004; MEDINA, 2006).

A Diabetes, em conjunto com a hipertensão arterial e o histórico familiar de doença renal crônica, constituem as principais causas de falência da função renal (BASTOS, BASTOS, TEIXEIRA, 2007). Em todo o mundo, a hipertensão arterial e a diabetes são as principais causas de falência renal (BORGES; BEDENDO; FERNANDES, 2013). Entretanto, aqui no Brasil, a principal causa de base das doenças renais ainda é a hipertensão e não a diabetes (FORMIGA, 2015).

Este fato pode surgir em decorrência da hipertensão poder assumir tanto o papel de causa de base como o de complicação da doença (SIVIERO; MACHADO; RODRIGUES, 2013). Portanto, para avaliar a integralidade da atenção ao Doente Renal Crônico, adotar a diabetes como traçador é uma boa alternativa para deixar de fora esta complexa relação

hipertensão e doença renal. É um traçador mais independente, embora muitos deles tenham hipertensão em decorrência desta.

5.4 Interpretação das informações e a construção dos dados

Na pesquisa qualitativa é importante distinguir informações e dados da perspectiva epidemiológica. Na epidemiologia, os dados são dados e a pesquisa produz informações. Na abordagem qualitativa, as informações são obtidas e os dados são socialmente construídos. Um processo permanente de interpretação de informações para construção de dados onde o autor produz uma nova interpretação, uma nova versão da realidade, uma nova tese (GOMES, 2011).

O material foi organizado de forma administrativa e, depois, de forma a se agruparem em torno dos objetivos da pesquisa.

Os documentos encontrados foram, sobretudo, utilizados na construção da linha do tempo como forma de encontrar as inscrições que marcaram a existência dos eventos críticos. Os documentos contemplaram: relatórios de gestão, planos, legislações, informes institucionais, entrevistas de mídia sobre os serviços disponíveis na internet, apresentações institucionais e protocolos disponibilizados pelos entrevistados no momento da entrevista.

As entrevistas foram, em sua maioria, gravadas. Depois de transcritas, elas foram lidas repetidas vezes até a impregnação dos dados que já havia sido coletadas pela própria pesquisadora. A apreciação qualitativa dos eventos críticos ocorreu por meio da aplicação do cartão de eventos e da construção da linha do tempo em conjunto com a análise documental em busca de inscrições.

Após essa etapa, foi aplicado a abordagem da interpretação dos sentidos. O primeiro cuidado ocorreu em verificar a suficiência do material coletado para alcançar em extensão e em profundidade os objetivos pretendidos. Essa abordagem incluiu uma perspectiva hermenêutica associada a uma perspectiva dialética (GOMES, 2011).

A primeira etapa, descritiva, findou com a construção do modelo da rede para uma fase de análise. Também foram utilizados documentos oficiais dos governo federal, estadual e análise do diário de campo sobre as impressões de cada entrevista.

A perspectiva hermenêutica, na abordagem qualitativa, surge da figura mitológica de Hermes, um deus grego que trazia as mensagens de Deus para os humanos (AYRES, 2005). É daí que parte esta expressão. As mensagens, o significado das afirmações consensuais contidas nos textos, dos consensos, das mediações, do acordo, da unidade do sentido

(GOMES *et al.*, 2005; GOMES, 2011).

A perspectiva dialética quer saber da compreensão do sentido da mensagem de forma contextualizada (GOMES *et al.*, 2005). Orienta-se para as diferenças, o contraste, o dissenso, a ruptura do sentido, e portanto, para a crítica (MINAYO *et al.*, 2005).

Desta maneira, a construção dos dados é um movimento de compreensão e contextualização dessa compreensão. Nenhuma afirmação é uma verdade absoluta. Há contraideias. É necessário estabelecer um diálogo entre a ideia e a contraideia para construção de uma síntese que conforma uma nova afirmação (tese) mais próxima da verdade (GOMES, 2011; GOMES *et al.*, 2005). Objetivo da hermenêutica dialética, portanto, é construir novos discursos sobre o objeto, implicando o pesquisado e o pesquisador. A interpretação é um interdiscurso (AYRES, 2005).

Portanto, além da etapa descritiva (fenomenológica, narrativa), houve a elaboração de análise em quadros-síntese orientados pelo modelo da rede construído na primeira etapa. Buscou-se compreender as mensagens contidas por trás das falas. Uma fase de construção de dados. Etapa hermenêutica.

Seguiu-se à fase dialética, de contextualização dos dados. De confronto do material empírico com a teoria adotada (GOMES, 2011). E também entre as teorias e mensagens trazidas pelos diferentes grupos de informantes (GOMES *et al.*, 2004).

Contextualizar consiste em identificar os vários componentes relevantes na situação social dos atores e seus papéis, objetos físicos, financiamento de recursos, e objetos simbólicos em forma de valores da ciência ou do conhecimento experiencial, valores, normas, regras, atributos, proposições, estratégias, posições e o poder das relações, pontos de convergência e divergência. Com o olhar para a situação na questão, o que está em jogo para eles, e as distintas áreas de força e densidade das conexões (BILODEAU; POTVIN, 2016)

A hermenêutica moderna inclui a contextualização dos argumentos, vinculado à consciência sobre historicidade dos textos dos entrevistados e do entrevistador, da complementariedade entre explicação e compreensão (dialética) durante todo o processo que é interpretativo (COSTA, 2002).

Isso deixa claro que esta tese é apenas uma interpretação produzida também por um pesquisador que tem seus interesses, seus valores, seus conhecimentos, uma experiência profissional no campo da clínica e da saúde coletiva. Uma experiência no campo da gestão do trabalho quando procurou exercitar ferramentas do campo da avaliação para formulação de políticas, programas e sistemas de monitoramento e avaliação. Que também possui interesses em olhar para os desafios postos pela atual cenário de crescimento das doenças crônicas, de

produzir estudos avaliativos capazes de unir teoria e prática de maneira menos normativa, de aproximar pesquisa e serviço, de exercitar modelos alternativos à compreensão da constituição das redes e contribuir com o fortalecimento do Sistema Público de Saúde nos moldes do que foi inscrito na Constituição Brasileira.

Ainda sob a hermenêutica, agregar a perspectiva sócio-histórica a um discurso auxilia no reconhecimento de interesses, resistências, interações como base para a ressignificação e reconstrução do conhecimento (AYRES, 2005). Há um outro tipo de interpretação que se segue à interpretação do sentido. É aquele que é dado pelo leitor ao discurso do autor, o qual é denominado de significado (ALMEIDA, 2002). E esse, caberá ao leitor deste trabalho.

A abordagem utilizada neste trabalho foi desenvolvida por pesquisadores brasileiros e vem sendo utilizada na avaliação qualitativa de intervenções em Saúde com na Avaliação do Programa Cuidar (GOMES *et al.*, 2005) e em outros programas de saúde na área de gênero e sexualidade (GOMES, 2011). Ela permitiu confrontar as teses (textos-argumentos dos entrevistados e dos documentos) contidas nos discursos com o referencial teórico e o contexto (antíteses), produzindo sínteses interpretativas dos sentidos. Os pesquisadores consideram ser essa uma abordagem mais adequada quando se pretende compreensão e crítica.

Mais do que seguir um passo a passo metodológico, o caminho foi tomado com estratégia aberta, flexível no qual se tratou de unir o que estava disperso, de promover o diálogo entre ordem e desordem, de relacionar os fragmentos com o contexto, o local e o global, o sujeito e o objeto, humanos e não humano. Toda ordem é dinâmica e cheia de interações exigindo flexibilidade e invenção do pesquisador para estabelecer o diálogo e unir o que estava separado (ALMEIDA, 2009).

Depois desta etapa, os dados construídos foram discutidos com outros estudos produzindo uma grande síntese final, as considerações finais. Construiu-se uma nova versão para a história da rede, a constituição dela, a partir de uma nova interpretação, uma nova avaliação baseada na teoria ator-rede.

5.5 Categorias de Análise

A priori, as categorias de análise foram adotadas a parti do cartão de análise dos eventos críticos proposto por Figueiró *et al.* (2016). Mas, também, foram complementados por outros elementos teóricos da teoria ator-rede durante a fase de construção das intepretações dos sentidos (Quadro 1).

Quadro 1-- Categorias Teóricas. Teoria Ator-Rede de Latour.

Categoria	Descrição
Rede sociotécnica	Uma metaorganização composta por entidades humanas e não humanas que partilham uma situação, um problema, definidas por suas identidades, seus interesses, seus projetos, e em ligação uns com os outros (expresso na categoria “interesse”). Os atores são humanos e não humanos (saber-prática-máquinas-tecnograma e sociograma)
Atuantes	Identificando os atores com base naquilo que ele faz;
Interesse	A lógica de ação é uma lógica de interesse: a ator busca maximizar seus ganhos e minimizar suas perdas, ao preço de conflito, da negociação e da integração. Conjunto de dispositivos pela qual uma entidade tenta impor e estabilizar as identidades dos outros atores. Busca expressar as lógicas do comportamento dos atores, cujas estratégias dependem de seus próprios interesses e recursos, assim como das estratégias e táticas adotadas por outros atores e do contexto.
Ações	Operações pelas quais os enunciados são colocados em relação. Identifica as práticas, atividades, processos de trabalho realizados pelos atores na emergência, implementação e estabilização de um evento. São sempre interações.
Interações (conexões)	São relações, alianças, conexões com outras redes, produzidos fatos, inscrições visando o êxito do seu projeto. A categoria aponta as relações, conexões entre atores, instituições, atuantes quando da emergência e estabilização do fato em análise, incluindo a <u>expansão</u> na medida da exploração dos mundos possíveis.
Mediação técnica	Processo que implica uma transformação de uma situação e modificação do significados os dos elementos que eles esperam carregar. Não se deve confundir com intermediários que apenas transferem conceitos. Pode ser um acontecimento, uma passagem que modifica as relações, processos de trabalho, modo de circulação dos fatos, não deixando nada como antes.
Inscrições	Todos os tipos de transformações que materializam uma entidade num signo, num arquivo, num documento, num pedaço de papel, um traço. Usualmente são bidimensionais, sujeitas à sobreposição e combinação. São sempre móveis. Permitem novas translações e articulações, ao mesmo tempo em que mantém intactas algumas formas de relação.
Lugar	O espaço de transformação
Temporalidade	Tempo no qual os atores se mobilizam
Consequências	Expressam as mudanças no programa/intervenção/rede e desenvolvimento dos fatos analisados.

Fonte: Oliveira (2014a) e Figueiró *et al.* (2016).

Na primeira etapa de análise, foi construída uma linha do tempo por grandes períodos destacando-se os eventos críticos. Na primeira etapa foram identificados os tipos de evento crítico: expansão (implantação), de criação (emergência), adaptação (sustentabilidade) e as inscrições.

Para aplicação das categorias acima, foram selecionados eventos críticos a partir da linha do tempo: dois eventos iniciais da rede, considerados nós centrais: TRS e Transplante; e também Eventos Críticos genuínos do Contexto estadual.

Além dessas categorias iniciais, outras sínteses couberam como as controvérsias e os argumentos utilizados pelos atores na rede.

Para julgamento da rede, ela foi considerada **consolidada**, quando os interesses estavam alinhados e os papéis assumidos pelos atuantes tornavam-se correias de transmissão

das operações não controversas. A rede formava um bloco. A tendência das controvérsias era desaparecer. As identidades e os interesses se alinhavam à medida que a rede se consolidava. Nesta configuração, as capacidades e as finalidades das ações dos atores estão alinhadas às redes as quais pertencem.

A rede foi considerada **emergente** quando as controvérsias apareciam de forma já esperada uma vez que as entidades estavam em processo de negociação. Uma rede emergente é caracterizada por conexões frágeis.

Toda palavra utilizada de forma repetida pelos porta-vozes entrevistados, e que registrava a característica ou modo de funcionamento da rede, foi considerado um traço da rede que ligava nós conceituais.

Controvérsia foi considerada como o resultado da confrontação de diferentes argumentos, percepções, paradigmas de ações, valores, interesses, experiências, identidades dos atuantes de uma rede sociotécnica.

O Evento crítico foi considerado o acontecimento que trazia a expressão da solução encontrada para resolução das controvérsias. Muitas vezes ele é um programa.

A categoria tradução também foi apreciada em suas formas: estratégicas, cognitivas e logísticas, sempre que pertinente. As traduções são do tipo cognitivas, quando pretende-se compartilhar as visões acerca de uma intervenção; estratégicas, quando se dá um reequilíbrio de poder dentro dos grupos de interesses para compensar custo de oportunidade; e logísticas quando facilitam a comunicação fluida, detalhada, aberta e transparente.

O intuito foi promover a interação entre os discursos reconhecendo-os todos os atuantes como co-construtores da integralidade e coparticipantes do movimento de constituição das redes.

A diretriz que orientou toda a interpretação parte de que o método analítico por si não funciona em sistemas complexos porque o que é complexo não pode ser reduzido aos seus componentes, vez que há propriedades que ultrapassam os componentes isolados pois são produzidas pela interação e só podem ser apreendidas quando se reconhece que o todo é mais que a soma das partes (HALÉVY, 2010). Ultrapassa-se assim também a ideia de causa-efeito, mas que há múltiplas interações na produção de consequências e efeitos (MORIN, 2001).

5.6 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética de pesquisa da instituição principal (CEP - IAM/Fiocruz) em junho de 2016 sob o número 1.422.467. O número do CAEE é o

52943216.2.0000.5190 segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nos termos de Resolução 466/2012, os quais estabelecem as Diretrizes e as Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos no Brasil. Ele também recebeu parecer dos comitês das instituições coparticipantes.

A aprovação pelo Comitê se fez necessária considerando que toda pesquisa envolvendo seres humanos acarreta riscos. Contudo os riscos físicos, psíquicos, morais, intelectuais, sociais, culturais ou espirituais foram minimizados, especialmente na abordagem aos usuários (apêndice A).

Todos os sujeitos participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (apêndice B), após esclarecimento da justificativa, dos objetivos e dos procedimentos que seriam utilizados.

Vale ressaltar, que a cada entrada em uma Unidade de Saúde participante foi solicitada anuência e autorização.

As entrevistas com os gestores foram realizadas em salas cedidas pelas instituições visitadas de modo a garantir a privacidade, o sigilo e a confidencialidade. Foram gravadas e transcritas. Já as entrevistas com os usuários, também gravadas quando da autorização, ocorreu durante as sessões de hemodiálise. Ao início de intercorrências no decorrer das entrevistas, como baixa de pressão, hipoglicemia, medicamentos, chegada de refeições, a entrevista era suspensa até a estabilização e normalização da situação inicial. As experiências primeiras de esperar o término da sessão para abordagem aos usuários, embora mais privativas, eram desgastantes para eles que saem debilitados das sessões. Alguns usuários foram entrevistados antes do início da sessão, o que ajudou a passar o tempo de espera de início e colaborou com a privacidade. Os roteiros também estão apensos (apêndice C).

A segunda etapa da pesquisa, de abordagem aos usuários, exigiu solicitações de emenda ao projeto inicial para inclusão das instituições como coparticipantes. O projeto foi encaminhado para cada comitê de ética de cada instituição, ou para o setor responsável por estudos e pesquisas, no caso das clínicas satélites. A aprovação do comitê de ética da instituição condutora do projeto (Fiocruz) e a anuência da chefia do serviço foi suficiente nas clínicas privadas e no Hospital Barão de Lucena. Nas demais, foi necessária nova análise pelo comitê da instituição, embora todo o projeto tenha sido analisado pelo comitê de ética do Instituto Aggeu Magalhães (IAM). Portanto, no Hospital das Clínicas, IMIP e do Hospital Português, além da anuência da chefia do setor, houve nova análise (anexos A, B, C).

Com o intuito de preservar a identidade dos informantes, foram utilizados termos genéricos como gestor, chefe de serviço, associação de usuários sem, necessariamente dizer a

que serviço pertenciam, ou a qual local da SES pertenciam. Quando não era necessário destacar a posição dos entrevistados em relação ao assunto, foram usados os termos Entrevistado 1 (E1, E2...) na sequência em que estas ocorreram no campo. Já os usuários receberam o código U1, U2, U3 também na sequência em que se deram no campo. Da mesma maneira, sempre que era preciso fazer referência à origem dos mesmos, expressões genéricas como “usuários de serviços de TRS em clínicas satélites; usuários de serviço hospitalar público”, “gestores estaduais” foram utilizadas. Todas estas estratégias tiveram o intuito de cumprir com o sigilo e a preservação da identidade dos informantes.

6 A LINHA DO TEMPO DOS EVENTOS CRÍTICOS

O desenvolvimento da rede sociotécnica em Terapia Real Substitutiva (TRS) destinada ao Paciente Renal Crônico (PRC) em Pernambuco data de meados da década de 70 do século passado, como ressalta o texto da entrevista abaixo.

Nos anos de 1974-1975, havia um único rim (máquina de diálise) disponível no estado...só tinha um paciente que fazia diálise, de início no hospital geral do exército, e foi a primeira a entrar num programa de diálise em PE. Depois disso, duas pessoas (médicos) instalaram uma unidade de diálise no Hospital Português. Era uma única máquina. Ela ficava dentro de uma enfermaria. Como tudo que você oferta, começou a parecer mais necessidade, mais usuário... então a gente criou uma unidade maior com 6 máquinas... (E10).

É possível identificar quatro macro períodos deste desenvolvimento: 1- Implantação e expansão da rede sociotécnica (1975-1993); 2- Fortalecimento da Vigilância da Água e início da gestão estadual (1994-2001) 3- A configuração da política estadual de atenção integral às doenças renais crônicas com: atendimento emergencial, a regulação e a inclusão da atenção básica (2002-2010); 4-A Modelização da Rede TRS-PE para o integração dos serviços, hoje em pleno processo de emergência (Figura 3. Linha do Tempo, p. 51).

6.1 Implantação e expansão da rede sociotécnica

A implantação da rede começa com introdução da tecnologia no estado em meados da década de 70 do século passado. O primeiro evento crítico é o **atendimento à primeira paciente renal crônica no hospital do exército em 1974 (EC1)**. Ela foi transferida em seguida para o Real Hospital Português (RHP), unidade hospitalar filantrópica, que deu início à oferta de serviços para a região em 1976.

O segundo evento crítico foi a **realização do primeiro transplante renal em Pernambuco (EC2)**, neste mesmo RHP. Os dois primeiros eventos, foram de introdução da técnica de TRS e Transplante Renal. Desse modo, a abertura do **primeiro serviço de diálise de crônicos intrahospitalar, em 1976, marca outro evento (EC3)**. O serviço contava com seis rins artificiais no Real Hospital Português.

As inscrições deste primeiro período encontram-se em artigo clássico da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) sobre os serviços então existentes no Brasil (ROCHA, 1992). Há ainda registros nas páginas da *internet* das instituições como o do Real Hospital Português (RHP). Os detalhes foram obtidos nas entrevistas.

Há uma cisão desse grupo inicial que dá origem outro serviço no Hospital privado geral de Urgência. Todavia, esse serviço é extinto dando origem a outros dois serviços: um de TRS ambulatorial inaugurando a origem de uma clínica privada (Nefroclínica) em meados da década de 80; e outro serviço no Hospital público Geral de Areias (HGA).

Neste primeiro período (1975-1994), dois eventos críticos merecem destaque pelas consequências sobre a modelização do desenho atual da rede: **a implantação da diálise ambulatorial em clínicas satélites (EC4)**, oriundo do EC 3 - implantação da TRS hospitalar em unidade privada que a partir de então vislumbrou mercado para o setor, e **da implantação Linha de Cuidado global nos hospitais públicos iniciado após a cisão do grupo (EC 5)**.

A diálise intrahospitalar e a diálise em clínicas satélites são dois componentes que permanecem no modelo até os dias atuais. O EC4 expandiu-se. O EC5 se estabilizou e após mudança para o HC na década de 90, reconfigurando-se continuamente com expansão desse projeto nos hospitais filantrópicos IMIP e RHP. Este movimento, iniciado com o transplante de rins, é semente que faz brotar, no próximo período, uma nova rede: a do sistema estadual de transplantes. Esta nova rede em 1994 (**EC6**) inclui o transplante renal, mas não só ele no estado.

De uma forma geral, a cisão do grupo primário, originado do hospital filantrópico, gerou duas outras redes sociotécnicas: uma de caráter privado, que se expande até o último período sob a denominação de clínicas satélites de hemodiálise, fora do âmbito hospitalar e que visam o lucro no mercado; e a outra, de caráter público, vinculada aos hospitais públicos de referência e de ensino, cuja diálise é intrahospitalar e está associada à LC-Nefro. A tendência dos hospitais filantrópicos no terceiro movimento da rede é de adesão à lógica da linha de cuidado global.

Eles são eventos críticos porque mudaram práticas ou provocaram alterações na relação de uma ação com o seu espaço. O serviço de diálise para PRC sai do contexto hospitalar e se expande em unidades de nefrologia denominados de clínicas satélites. Ao mesmo tempo, na esfera pública, implanta-se uma LC em nefrologia que integra atenção ambulatorial, diálise intrahospitalar e transplante. Portanto, são três tipos de projetos assistenciais (interesses) iniciados neste período: diálise intrahospitalar com transplante, em

hospital filantrópico; a diálise ambulatorial em clínicas satélites privadas; e a LC-Nefro (tratamento conservador, TRS hospitalar e transplante) em hospitais públicos.

O primeiro serviço privado foi implantado no Hospital Geral de Urgência (HGU) e o primeiro serviço público de TRS hospitalar foi inaugurado no Hospital Geral de Areias (HGA). Ambos retroagiram e não existem mais. O grupo do HGU foi o embrião da clínica satélite Nefroclínica (**EC4**). E o grupo do HGA implantou a **LC-Nefro** no Hospital Barão de Lucena (HBL) em 1987 (**EC5**), pois o Geral de Areias (HGA) não conseguiu realizar transplante. Ambos, eram unidades hospitalares do INAMPS. Tanto as unidades filantrópicas quanto as clínicas satélites, também eram remuneradas pelo INAMPS.

No Hospital Barão de Lucena, foi realizado pela primeira vez o transplante em hospital público. Posteriormente, a equipe foi transferida para o Hospital Universitário das Clínicas (HC) que ainda funcionava no bairro dos Coelhos no D. Pedro II. O serviço do HBL foi fechado (1994) e aberto um novo serviço no Hospital dos Servidores (199?). No próximo período (2000), o serviço do HBL é reinaugurado, com oferta apenas de TRS hospitalar, e depois, é inaugurado o ambulatório de tratamento conservador numa lógica de responsabilização da rede pela atenção integral ao paciente, não necessariamente ofertado em seu conjunto por uma instituição. Atualmente, a opção do transplante é delegada à rede estadual de transplante e pode ocorrer em outra unidade hospitalar: pública (HC) ou filantrópica (RHP ou Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira- IMIP).

6.2 Fortalecimento da Vigilância da Água e início da Gestão estadual (1994-2001)

O segundo movimento se desenvolveu no contexto da implantação do SUS. Foi a vez da rede sociotécnica de gestão do SUS se estruturar. Ela se reconfigura em interação com este contexto. É marcada por dois eventos críticos da **criação da Central de Transplantes (CET)** em **1994 (EC 6)**, ligado aos EC 2 e EC 5. Há também o evento crítico **implantação da vigilância em saúde no âmbito da TRS em 1999 (EC 7)** decorrente da investigação do óbitos de pacientes em diálise, acontecimento conhecido mundialmente como a “tragédia de hemodiálise de Caruaru”. Este gerou várias inovações tanto na gestão quanto nas práticas clínicas e que está ligado ao **EC4 (Expansão da TRS ambulatorial em clínicas satélites)**.

O Evento Crítico, de emergência/criação, refere-se à **implantação da Coordenação Estadual de Transplantes (CET) em 1994 (EC 6)** no Hospital da Restauração, antes mesmo da regulamentação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT). É um evento crítico pois a implantação desta instância desloca papéis até então atribuídos às equipes de transplante

como a definição do doente a receber o rim. Algumas atribuições das equipes transplantadoras (como a da captação do doador) passa a ser assumida pela Coordenação. Dar-se início à organização da fila com a regulação da lista de receptores e de potenciais doadores. É um evento que revela, sobretudo, um novo papel a ser desempenhado no âmbito estadual: regulação de atividades do sistema, especialmente de transplantes. É um evento que marca a criação de uma nova rede que é a do transplante.

Na gestão estadual, origina-se uma instância organizacional responsável pelo **setor de acompanhamento das clínicas de diálise (EC 7)** na Vigilância Sanitária. Este, por sua vez, trouxe como consequências o **programa de acompanhamento e do monitoramento da qualidade da água das clínicas de diálise (EC 7.1)** e o **programa de qualidade da TRS nas clínicas satélites em 2001 (EC 7.2)**.

A investigação sobre a tragédia da hemodiálise foi localizado no estado mas repercutiu no país e no mundo. Ele também provocou mudança na atuação da SES em ações de monitoramento tanto da qualidade do cuidado quanto da água.

O evento deixou vários traços como inscrições: dois artigos internacionais um no *The Lancet* (JOCHIMSEN *et al.*, 1998) e outro no *The New England* (POURIA *et al.*, 1998), um processo no Ministério Público do Estado de Pernambuco (MPPE) (0087927-8), uma nova coordenação específica de acompanhamento das clínicas de diálise na vigilância sanitária com equipe especializada, ação integrada desta coordenação com o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) e o setor de Regulação; bem como um novo regulamento de diálise para o sistema integrado ao PRC por meio da portaria GM/MS nº 82 (BRASIL, 2000); e um programa de qualidade de segurança em hemodiálise específico para o estado por meio da portaria nº 783 (PERNAMBUCO, 2001).

As inscrições são múltiplas e ocorreram em: jornais de grande circulação, artigos científicos, discursos políticos, regulamentos posteriores, pesquisas e teses, blogs. A principal inscrição no âmbito estadual é o regulamento criado em 2001 utilizado até os dias atuais que trata dos dois programas inovadores. Reverbera na rede até hoje.

Ações importantes ocorrem na atenção básica no âmbito municipal: a inauguração do Centro de Especialidades em Hipertensão e Diabetes do Recife Ermírio de Moraes (CEM) em 1998 e a expansão do Programa de Saúde da Família no estado. Vale ressaltar um fato importante que foi um estudo que trata das repercussões do aumento da diabetes sobre a DRC realizado nesse centro de saúde especializado (CEM) do programa de mestrado da Universidade de Pernambuco- UPE em 2001. Ele fortalece a discussão sobre o papel da atenção básica no controle de doenças de base das DRC como a diabetes. É o início de um

fluxo informal de rede que integra a atenção básica de média complexidade ao ambulatório de DRC da Hospital Oswaldo Cruz e do Hospital das Clínicas por meio de outros dois estudos sobre nefropatia diabética e sobre a DRC no Ibura (EC 8).

A reinauguração do HBL em 2000 como central estadual de TRS do estado é uma ação relevante da Secretaria Estadual de Saúde que colabora com o movimento de fortalecimento da atuação da esfera pública na rede. Ele expande o projeto inicial de LC-Nefro pois se propõe a articular assistência ambulatorial, TRS intrahospitalar e transplante, só que, desta vez, em rede. Essa reinauguração está ligada ainda à resolução das controvérsias levantadas com a tragédia da hemodiálise. O serviço anterior havia sido transferido para o Hospital das Clínicas, e retoma como central estadual de TRS, com o projeto reduzido, acoplando a realização do transplante em rede e não mais na instituição. No quarto período, ainda se abre aos encaminhamentos da rede básica dos municípios para o tratamento conservador. Ainda agrega a residência em enfermagem em nefrologia. A residência médica foi extinta na época da transferência e ainda não voltou a funcionar.

O material extraído das entrevistas revela que foi a implantação do SUS o atuante contextual que induz a regulação da rede pelo poder público, acoplado à tragédia de hemodiálise que exigiu estruturação da regulação das clínicas SES partindo da Vigilância Sanitária.

Este período corresponde ao surgimento da esfera estadual como instância mediadora de mudanças de práticas e capaz de intervir sobre o contexto. Esta instância reguladora de rede no âmbito estadual será a responsável por balizar a articulação entre as entidades humanas e não humanas. Responsável por permitir tanto a reprodução quanto a criação de práticas assistenciais e, sobretudo, de gestão.

6.3 A configuração da política estadual: o atendimento emergencial, a regulação e a inclusão da atenção básica (2002-2010)

O terceiro período (2002-2012) abrange a formulação da política estadual de nefrologia em 2005 e ocorre diante num cenário epidemiológico de intensificação do aumento das doenças crônicas não transmissíveis com o aumento da prevalência de hipertensão como causa básica de grande parte da doença de base dos pacientes renais crônicos. Há o reconhecimento da necessidade de integrar o sistema em rede e de se fortalecer a atenção básica

A rede, a gente começou a discutir mesmo isso na Secretaria Estadual, desde 2005 que a gente discute a questão da estruturação da rede...Que a gente vê que o ideal é: que essas pessoas sejam acolhidas desde a atenção básica, o Diabetes seja tratado e acompanhado de forma adequada, seja percebido sinais iniciais de alteração renal causada pelo diabetes, e, daí começar um tratamento conservador com um nefrologista...deixando a terapia renal substitutiva para um momento muito posterior. Infelizmente não é isso que a gente observa... esses pacientes, muitas vezes chegam na emergência já com a complicação (E17).

Essa situação além de demandar a necessidade de fortalecer o papel da atenção básica na prevenção e controle dessas causas de base, foi o fator preponderante para implantação do **Programa Estadual de Diálise do Agudo nas Emergências e UTIS dos Hospitais (EC 10)** iniciado em 2002 como medida paliativa, mas que se institucionalizou **em 2007** quando da caducidade dos primeiros contratos firmados em 2002.

Esses eventos ligam-se ao (EC 4) não é uma expansão desses. Ao que tudo indica, a contratação de clínicas privadas para atuarem nas unidades estaduais já havia sido iniciado de maneira incipiente em 2002, antes do governo do Eduardo Campos, como revelam as falas dos entrevistados: “as clínicas funcionam dentro dos hospitais, são serviços, são clínicas, terceirizadas (E18). “E aí abriu –se uma concorrência em outubro de 2007” (E3). “Mas a estratégia é bastante antiga, desde 2001...em 2007 foi quando os contratos estavam ficando caducos e foi feita um a divisão de hospital por clínicas” (E10). “Foram criadas pequenas clínicas nos hospitais. Antigamente em cada hospital tinha nefrologista que dava o parecer, mas se mandava para o Barão...” (E18). “A central era no Barão de Lucena” (E13; E17). “Lá [no Barão] vivia-se um inferno” (E16, E18)”.

Este EC10 é um evento típico de inovação que promove mudança de papéis atribuídos aos serviços privados de diálise do programa de crônicos, o desenvolvimento de novas práticas nas emergências e UTI, o surgimento de novas parcerias público-privadas e uma nova visão da assistência aos episódios de agudização das enfermidades crônicas dos pacientes com doença renal crônica, incluindo um novo financiamento. Evento muito importante para os profissionais como demonstram as seguintes falas: “Tem um serviço de agudo que é financiado pelo Estado e fica dentro das principais nas unidades para cobertura de diálise na UTI, nas emergências (E18).

O evento mais marcante 2000 para cá, para qualquer nefrologista, foi em 2008/2009.... Firmado com empresas terceirizadas, o serviço de hemodiálise nas unidades nas grandes emergências do estado. Não tenho dúvida que foi o Marco... eu acho que Pernambuco é o pioneiro (E16).

As inscrições relacionadas a esses eventos encontram-se em registros administrativos, apresentações institucionais, trabalhos publicados, estudos institucionais das esferas públicas e da sociedade civil, e o registro do aumento da produção no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS).

Esse é um período nos quais os eventos se encaminham para resolver problemas na média complexidade que são oriundos da atenção básica. Um fato importante a considerar foi a implantação do Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes (HiperDia) em 2004. A discussão sobre a atenção básica passa a fazer parte do conteúdo das proposições em referência com o contexto. São novos estudos que surgem da academia e também dos serviços trazendo as controvérsias sobre o papel da atenção básica na atenção às DRC. Em que pesem os eventos de expansão da rede de crônicos em todo o estado, a política estadual de nefrologia começa a enfatizar o papel da atenção básica e elaboram-se planos de capacitação da atenção básica. A necessidade de formulação da política culmina com a criação da coordenação estadual de UTI-Nefro (EC 12) em 2009.

Ao mesmo tempo em que se expandia o PSF nos municípios, ocorria a expansão da rede de TRS de serviços privados conveniados com o SUS no interior do estado. Se por um lado, em 2007 há a criação do Programa de Agudos nas Emergências, expande-se ainda mais o Programa de crônicos (TRS ambulatorial nas clínicas satélites). Esse movimento adentra o próximo período com o movimento pela expansão de vagas nas unidades privadas conveniadas, por meio da aquisição de máquinas nos serviços privados conveniados existentes.

Portanto, dos eventos críticos identificados, 01 inova em práticas, papéis e visões ao mesmo tempo: programas de agudos. Ainda surgem: as práticas de monitoramento e avaliação da regulação (EC 11) em 2009 a coordenação de UTI-Nefro para revisão da política de atenção ao portador de doença renal crônica pela nova coordenação de UTI-Nefro também em 2009 (EC 12) e reforçam o nó conceitual da gestão nascido com o EC 6 (Coordenação Estadual do Transplante). Tanto a implantação das Organizações de Procuo de Órgãos (OPOS) quanto o serviço de transplante renal do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), são duas ações dessa nova rede sociotécnica vinculada e nascida no período passado a partir da prática do transplante renal: o Sistema Estadual de Transplante (SET). A inauguração do IMIP reforça o projeto cuidado global- LC-Nefro (EC5). Nesse período ainda podemos fazer referência ao **evento do rodízio de clínica médica no programas de residência em Nefro do HC em 2006 (EC 9)** dando sustentabilidade ao

projeto **LC-Integral (EC 5)** e a **implantação do ambulatório de nefropatia diabética no HC decorrente de uma tese de mestrado (EC 8)**.

6.4 A Modelização da Rede TRS-PE para a Integralidade

O quarto período (2013 em diante), contemporâneo, é o da emergência da proposta de governança da rede de atenção ao DRC em TRS baseado nos estágios da doença e na construção da Linha de Cuidado, com definição de responsabilidade dos três entes. O quarto período, é caracterizado pelo fortalecimento do conceito de Redes de Atenção em Saúde e da crise de sustentabilidade do Sistema.

Uma ação importante desse período é a modelização da rede de atenção ao DRC em TRS. A Secretaria estadual publica uma portaria estadual em 2013 sobre a modelagem da rede o que expressa uma mudança no papel do gestor na coordenação da rede, na regulação da oferta de serviços. Nesta portaria, o elemento inovador foi a Modelização da rede em 2013 com uma nova prática de planejamento denominada “dimensionamento de base populacional” ligado aos EC 12 da implantação da coordenação de UTI-Nefro. Houve ainda a definição das responsabilidades dos gestores federal (financiamento) estaduais (fluxo) e municipais (transporte social ou o transporte fora do domicílio). A elaboração do Plano Estadual da Rede de Atenção ao DRC em 2015 complementa esta ação sendo um acontecimento que pode culminar em um EC. É uma ação que fortalece o componente de gestão estadual (EC 6, 11, 12). As inscrições são as portarias publicadas, o plano elaborado e a manifestação de interesse enviada pelo hospital filantrópico transplantador da rede.

O dimensionamento teve o objetivo de definir em cada região do estado a necessidade de serviço de diálise e de orientar o investimento das clínicas privadas com base na necessidade da população. É uma tentativa do Estado regular a implantação de novos serviços pelos investidores do setor privado. Mas, isso não provocou ainda nenhum efeito prático e por isso é considerado um evento crítico em potencial, como declarado na fala abaixo:

Então, até agora, o aparecimento das unidades se deveu muito ao desejo do investidor, do privado, no seguinte: olha, eu vou abrir uma unidade em tal cidade e ele se movimentava pra pedir o credenciamento e construir as condições pra ser credenciado. Essa portaria é uma tentativa do estado interferir e orientar este investimento, mas ainda não surtiu efeito prático (E1).

Vale ressaltar que neste período, houve a renovação das máquinas de diálise no HBL.

Ainda podemos destacar as ações de **implantação de dois novos programas de residência em Nefrologia, em Rede, ligadas ao EC 9**. Sendo formatados em rede, passam a atuar como mediadores da integração da linha de cuidado. A inauguração dos dois novos programa de residência nascem reforçando a ideia de rede integrada à atenção básica. É um componente rico de articulações, capaz de contribuir com a criação de tecnologias e de transferência de conhecimento. Mudam papéis, práticas, visões e promovem parcerias.

A implantação do programa de farmácia itinerante em 2012 (E13) no contexto da regionalização da assistência farmacêutica foi evento crítico que mudou práticas na rotina da assistência e melhorou o acesso dos usuários ao medicamento, aumentando a qualidade da atenção ao paciente renal crônico com nefropatia diabética.

A criação da farmácia itinerante e **a avaliação da linha de cuidado ocorrida em 2014 (EC 14)** mudaram de fato práticas visões e papéis. As ações citadas como a modelização da rede, servem para consolidar e dar sustentabilidade ao programa de crônicos e o papel de regulação da gestão estadual.

Estudos da controladoria antecederam práticas de avaliação com ênfase nos custos. Os estudos da regulação realizados pela diretoria geral de monitoramento e avaliação do SUS também foram importantes. O EC 14 avaliação foi um dispositivo mais aberto ao Controle Social Externo que o foi o MPPE. Todavia, não envolveu conselho de usuários.

Os usuários referem o Transporte Sanitário de 2013 como nó conceitual importante da rede ligado ao **EC 11 (Regulação do acesso)**, pouco referidos por gestores e chefes de serviço como problema, mas que surgiu nas observações e nas falas dos usuários.

A Secretaria Municipal de Saúde enxerga a **nova coordenação de atenção às doenças crônicas** como potencial inovador para a atenção ao PRC em 2015.

De fato, neste período, o que ocorre é a ação da **territorialização dos pacientes e o credenciamento dos serviços ligados ao EC 4** (Expansão das clínicas satélites). A ação de elaboração do Plano Estadual de implantação da rede de atenção ao doente renal crônico de 2015 surge como outro potencial de integração para implantação de uma rede sustentada na integralidade ampliada sistêmica e é considerado um **EC** em potencial para a governança da rede.

A modelização da rede também vem a contribuir com a gestão e a governança da rede. O plano estadual reforça a governança e movimento de integração com a atenção básica. A reativação da associação de usuários é um movimento de parceria entre as clínicas privadas e os usuários em defesa da sustentabilidade do programa de crônicos. A proposta de financiamento por LC do MS é uma proposição do contexto nacional que reverberou em

forma de controvérsias, atraindo o interesse dos centros de diálise dos setores públicos e filantrópicos para discussão do matriciamento.

A síntese desses eventos permite visualizar esses períodos na figura 4. O primeiro período coincide com o momento inicial da implantação do SUS. Tem início no período pré-SUS (COELHO, 1998).

Após o surgimento do Sistema Único de Saúde, a rede de atenção à pessoa com doença renal crônica se expande em conjunto com a descentralização. Um momento de incipiência das secretarias estaduais na gestão do SUS. Esse segundo movimento da rede sociotécnica DRC-TRS ocorre por uma circunstância contextual local, antecipando a necessidade das secretarias estaduais desempenharem um papel mais atuante na gestão do sistema que será mais plenamente desenvolvido nos movimentos subsequentes de regionalização pela NOAS e do Pacto pela Saúde (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

O terceiro movimento (2002 em diante) ocorre em duas fases de indução de rede no âmbito nacional: uma fase de reestruturação do papel das secretarias estaduais na gestão do sistema regionalizado sob a orientação da NOAS; e outra fase onde planejamento e a integração das ações deveriam ocorrer como forma de garantir a integralidade, sendo coordenado pela atenção básica. Nesta segunda fase, a lógica era de habilitação de regiões baseada no Plano Diretor de Regionalização e Planos de investimento. Um Pacto pela Saúde onde os processos de regulação são muito fortes e a ideia de integralidade ordenada pela atenção básica é preponderante como diretriz (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Já o quarto período, atual, e ainda emergente no âmbito das DRC, ocorre sob a égide da discussão de redes enquanto formas de governança para integração das ações. A contratualização ocorreria em espaços regionais (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Figura 3-- Períodos de Movimentação da Rede de Atenção ao DRC com Nefropatia Diabética e em TRS no estado de Pernambuco

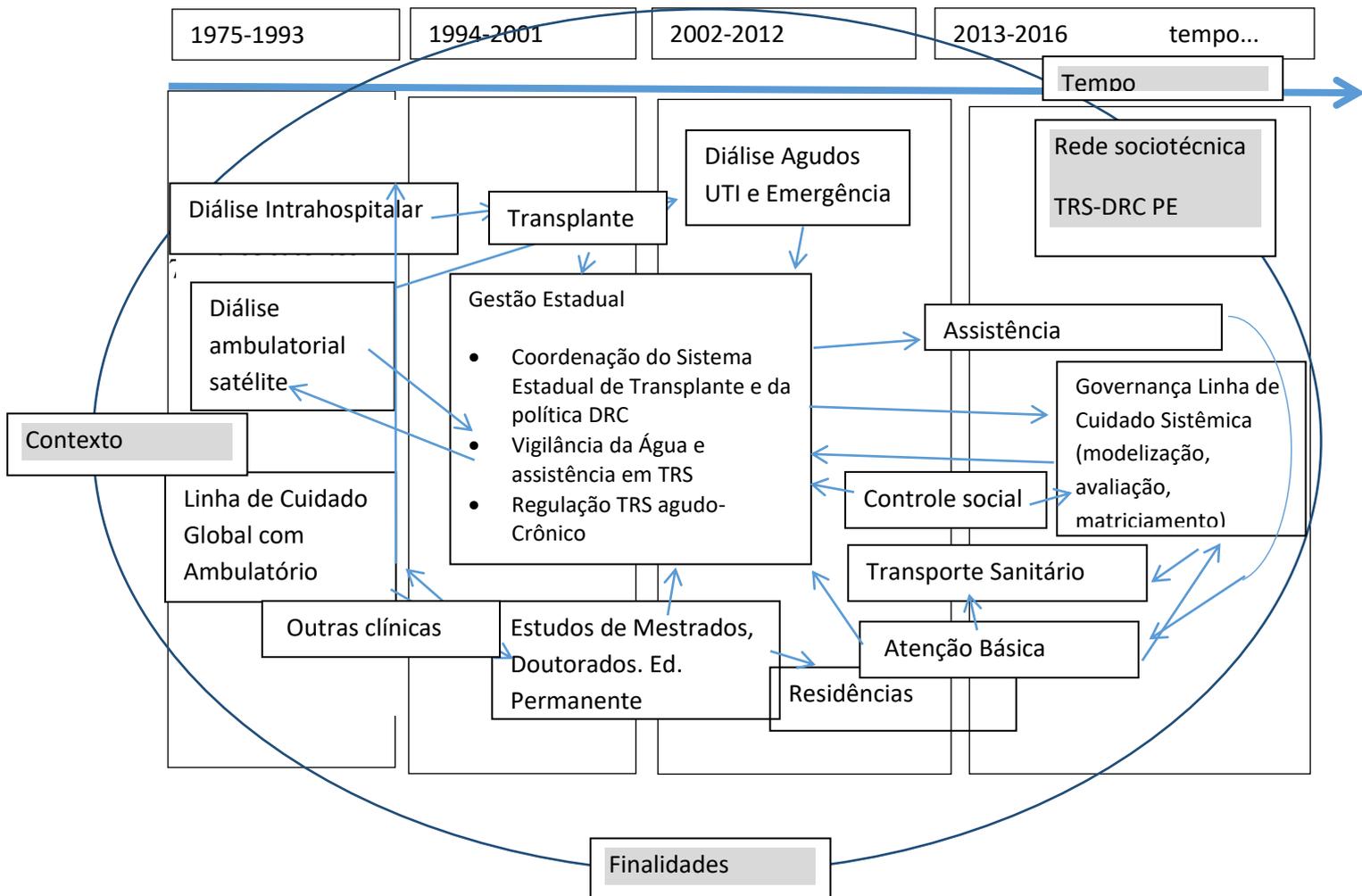
			Tempo
1975-1994	1996-2001	2002-2012	2013-2016
<p>EC1 (1974)- Realização Diálise intrahospitalar para pacientes crônicos</p> <p>EC 2 (1975)- Realização Primeiro Transplante</p> <p>EC 3 (1976)- Implantação Primeiro serviço de TRS hospitalar</p> <p>EC 4- (Déc. 80) Implantação de TRS ambulatorial</p> <p>EC 5- (1987) Implantação Linha de Cuidado Completa na esfera pública- HBL</p>	<p>EC 6 (1994)- Implantação Central de Transplantes e posterior CIDOTTH (reconfiguração)</p> <p>EC 7 (1999) - Tragédia da Hemodiálise- Implantação da Vigilância Sanitária em TRS- acompanhar as adequações solicitadas pelo MS (Renovação dos equipamentos, do sistema de água)</p> <p>EC 7 (2001)-Programa de Monitoramento da Qualidade da Água.</p> <p>EC 7 (2001) do Programa de Supervisão das Assistência em TRS</p> <p>EC 8 (2001)-Fluxo <i>infamul de integração</i></p>	<p>EC 9 (2006) Rodízio da clínica médica na nefrologia e da nefrologia na AB)</p> <p>EC 10 (2002-2007) Programa Terceirizado de Diálise nas UTIS e Emergências</p> <p>EC 11 (2008) - Implantação da regulação TRS Crônico-Agudo</p> <p>EC 12 (2009) - Implantação da Coordenação de UTI Nefro e do comitê para reformulação da Política Estadual de Atenção ao DRC</p>	<p>EC 13 (2012) Implantação da Farmácia Itinerante</p> <p>EC 14 (2014) Avaliação da Linha de Cuidado da TRS junto ao MPPE</p> <p>EC Potencial (2013) - Modelização da Rede de Atenção ao DRC em TRS (Dimensionamento de base populacional)</p> <p>EC Potencial (2014) - Implantação das UPA-E com nefrologista</p> <p>EC Potencial (2014) Implantação da coordenação DCNT na Capital- (nefrologista no Ermírio, matriciamento, telessaúde em nefrologia)</p> <p>EC Potencial (2015) Plano de Implantação da Rede de Atenção ao DRC com ênfase na Linha de Cuidado Sistêmica)</p>
<p>Expansão da TRS via interiorização</p>	<p>Qualificação da TRS modernização e segurança</p>	<p>Expansão da TRS via Regionalização com construção de novos serviços</p> <p>Expansão da LC Global via IMIP (2007)</p>	<p>Expansão da TRS com aumento de vagas e Territorialização dos pacientes. Credenciamento</p>
<p>Contexto Municipal (1998) - Inauguração do Centro Especializado em HAS e DM (Ermírio de Moraes na Capital</p> <p>Municípios (2004) - Implantação do Hiper –Dia no PSF (Cadernos da Atenção Básica sobre HAS, DM e DRC)</p>			

Fonte: elaborada pela autora

6.5 O Desenho da Rede

A partir do olhar sobre os eventos críticos, é possível extrair o modelo de interação da Rede sociotécnica atual (Figura 5). Eles revelam que os componentes foram criados ao longo do tempo, expandiram-se, rotinizaram-se ou reconfiguraram-se por meio de processos inovadores.

Figura 4- Modelo de Interação da RAS-DRC



Fonte: elaborada pela autora

O modelo da RAS-DRC contempla o programa de diálise intrahospitalar nos hospitais de ensino, público e filantrópico; a atenção especializada ambulatorial em nefrologia, o transplante renal, a terapia renal substitutiva (intrahospitalar, nas clínicas satélites e de agudos), a gestão estadual (vigilância em saúde, a regulação e a coordenação), os estudos e pesquisas dos programas de mestrado, doutorado e graduações; as residências médica, de

enfermagem e multiprofissionais, a assistência farmacêutica; o controle social; a governança da rede e a articulação com outras clínicas, em especial a cardiologia, oftalmologia, endocrinologia e geriatria.

O modelo, em relação a outros países não inclui o componente de Cuidados Terminais como previsto na rede de atenção ao paciente renal crônico de Ontário no Canadá (CARE CÂNCER ONTÁRIO, 2014) e no modelo de Portugal (COELHO, 2010).

7 CARACTERIZAÇÃO DOS EVENTOS CRÍTICOS

A Teoria Ator-Rede (TAR) propõem seguir os eventos críticos, já mapeados no capítulo anterior. A partir de agora, para caracterização dela, abriremos os eventos críticos.

7.1 A Terapia Renal Substitutiva

A implantação da TRS foi o primeiro evento crítico da rede sociotécnica e virou um nó conceitual da rede. Ela é um exemplo da interdependência humano e não humano, cuja cadeia de ações que se sucedeu ao evento “introdução da técnica hemodialítica” destinada ao paciente crônico, torna-se o ponto de partida que elucida os caminhos que a inovação percorreu. O híbrido humano-não humano, tona-se bem evidente na fala da associação dos usuários a seguir:

Existem pessoas que precisam da máquina para sobreviver. Não é que elas têm opção de não fazer tratamento. Elas precisam fazer o tratamento. Se não fizerem, se não tiver uma qualidade, a pessoa vai morrer, vai vir a óbito. Então eu apelo agora, até para o emocional das pessoas que entendam isso. Que procurem nos ajudar (Entrevista com a associação de usuários de PE).

Foto 1- Crise na Hemodiálise de Pernambuco.



Fonte: Ishigami (2016).

Como apresentado no capítulo anterior, a TRS parte do evento crítico inicial (EC1), e se desloca à direita na linha do tempo, em expansão, sobretudo via clínicas satélites (na modalidade ambulatorial). O quadro a seguir abre a sequência dos eventos e ações, os atuantes humanos e não humanos (da rede sociotécnica e do contexto) bem como as consequências.

Quadro 2 - Desenvolvimento dos Eventos Críticos da TRS. Pernambuco. 1974-2016.

(Continua)

Evento		Atuantes H e N-H	Ações	Interesses	Controvérsias	Consequências
EC1	Paciente renal crônico a dialisar no Hospital do Exército	H-equipe N-H:I Rim- máquina; Tecnologia disponível fora do país, Interesse profissional; Formação em nefro; Conhecimento disponível.	Hemodiálise em paciente crônica	Experiência Sobrevida da paciente Conhecimento da área de Nefro pela TRS e Transplante	Possibilidade de usar a TRS de situações agudas em situações crônicas	Experiência Sobrevida da paciente Conhecimento
EC3	Implantação do serviço com aquisição de mais 06 máquinas pelo RHP	N-H Equipamentos, Capacidade instalada, Tecnologia disponível, Sobrevida da paciente, o Know-how H- Equipe nefro Financiamento INAMPS Equipes formadas Necessidade do paciente	Transferência da primeira paciente e da máquina para-serviço de diálise de crônicos no estado- em Hospital Filantrópico- RHP Implantação do programa no Hospital Filantrópico Aquisição de novas máquinas	Ofertar o serviço na região Interesse pelo negócio no mercado Divergência de Paradigmas- serviços completos com transplante x serviços de diálise (controvérsia)	Impossibilidade de ofertar o serviço aos civis	Conhecimento aceito Sobrevida da paciente Necessidade do paciente Aumento da Oferta Aumento da Demanda Equipes com visão de futuro diferentes para o serviço Cisão do Grupo primário – Implantação de serviço em Hospital Privado- HGU Embrião da Nefroclínica- empreendedorismo na área

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 2- Desenvolvimento dos Eventos Críticos da TRS. Pernambuco. 1974-2016.

(Conclusão)

Evento		Atuantes H e N-H	Ações	Interesses	Controvérsias	Consequências
EC 4	Implantação e expansão da rede de clínicas de diálise	H- Equipes com Formação; INAMPS; Comitê de gestão do sistema; SBN N-H Financiamento INAMPS; SIRC- portaria 12 de março de 1994 Medicamentos: Hemax, Eritropoetina	Construção de clínicas privadas- empreendedorismo Interiorização- construção de serviços Regionalização- construção de novos serviços Credenciamento em 2016	Interesse pelo negócio no Mercado (Capital político e financeiro) Empreendimento	Ofertar o serviço via setor público ou via setor privado	Aumento da demanda no mercado; empreendedorismo; Troncos: Nefroclínica; RHP; SOS; MultiRIM; Formação de Novos Grupos no mercado Internacionalização de parcerias Interiorização
EC 5	Implantação do Serviço no Hospital Barão de Lucena- Unidade Pública do INAMPS- HBL	H-Equipe Treinada oriunda do HGU, Interesse pela LCENefro; Equipe Treinada oriunda do HGA N-H Enfermária, Bloco Cirúrgico, Estação de Tratamento de Água, Consultórios Conceito de Atenção Global	Montagem do serviço e da equipe no HGA Não realização do transplante Frustração das lideranças com o serviço Transferência do serviço do HGA para o HBL Implantação de Serviço em Hospital Público- Pam de Areias	Linha de Cuidado Global em nefrologia (TRS, Ambulatório, Transplante) Transplante no serviço público Interesse por aumentar volume de transplante	Inviabilidade da oferta de linha de cuidado global no setor privado (custo e financiamento público)	Integração ambulatório e TRS hospitalar Aumento do volume de transplante Divergências entre as equipes médicas e gestora Fechamento do HBL por um tempo Abertura do novo serviço no IPSEP Abertura do serviço no HC. Ainda era no Pedro II. 2000- CDU Abertura do Serviço no IMIP em 2007

Fonte: elaborado pela autora.

O quadro nos auxilia a enxergar os atuantes humanos e não humanos em interação ao longo da constituição dessa rede de TRS no estado. Eles fazem a ligação entre a rede sociotécnica e o contexto (várias redes, organizações, coletivo de ações organizadas). Podemos perceber que interesses, saberes científicos, a experiência, e os valores surgem da conexão e ao mesmo tempo agem conectados e conectando aos atuantes. Um exemplo é que a aquisição das máquinas e a oferta inicial do serviço de TRS no âmbito hospitalar, que atrai novos profissionais, atrai a demanda, gera conhecimento, experiência e novas expectativas que de consequências passam a atuantes na estrutura do próximo evento.

No Brasil e no mundo, foi o conhecimento importado sobre a técnica da fístula arteriovenosa, criada em 1962 nos Estados Unidos que possibilitou a transferência da técnica da diálise do paciente agudo para o crônico (CHERCHIGLIA *et al.*, 2006; ROCHA, 1992). Ela foi adotada por centros de diálise brasileiros e teve sua expansão financiada pelo poder público, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) na década de 70 (COELHO, 1998).

É central para TAR, o conceito de translação, que se refere à ligação e operação que conecta a divisão entre entidades humanas, coisas, novas ideias, interesses, valores, conhecimento especializados sobre leis, recursos financeiros, instituições, na situação. Estas coleções híbridas de entidades conectadas são chamadas de redes sociotécnicas (BILODEAU; POTVIN, 2016).

Translação é o processo pelo qual redes são criadas, expandidas, e agem. Elas agem através de criações, reconfigurações, fortalecimento de conexões e expansão da rede sociotécnica que conecta novos atores, recursos, conhecimentos resultando no desenvolvimento de soluções inovadoras (BILODEAU; POTVIN, 2016; LATOUR, 2001; 2005).

Ela também revela tanto o papel da translação do conhecimento quanto o fato dos profissionais nunca atuarem sozinhos. Nesse caso, o conhecimento sobre a técnica internacional da fístula arteriovenosa em 1962 e a diálise peritoneal na década de 80 foram fundamentais alterando a prática clínica do cuidado ao PRC (ROCHA, 1992).

Vale lembrar que no início, quando a inovação é introduzida, há um processo de tradução cognitiva, ou seja, quando atores partilham visões como sobre a possibilidade de sucesso de uma intervenção. Posteriormente, essas visões podem diferir (CLAVIER *et al.*, 2012 *apud* BILODEAU; POTVIN, 2016).

A **implantação da linha de cuidado global** (EC5), no setor público hospitalar, compõe uma ação coletiva mais integral, e mais próxima da integralidade focalizada

(CECÍLIO, 2009). Nela atua a ideia de um *continuum* de ações (do ambulatório com tratamento conservador ao transplante), complexidade das demandas do paciente, fluxo de referência do paciente para outras clínicas do próprio hospital (integralidade focalizada) ou para outros serviços do sistema (integralidade ampliada). Para firmar essas parcerias no interior da instituição hospitalar, o setor realiza interconsulta da nefrologia com outras clínicas. E recebe, também, demandas de outros setores.

Nosso interesse, desde o começo era com a linha de cuidado global e isso só poderia ser feito no hospital público. Inclusive transplante renal (E10-Chefe de serviço) Tem que ter qualidade de vida do paciente, acompanhar o aparelho cardiovascular. Nós temos um muita colaboração de Cardiologia tem uma médica que tem ênfase em paciente renal crônico, que é um pouco diferente algumas coisas (E14-Chefe de serviço). A gente faz interconsulta e diálise também os pacientes internados (E8-Chefe de serviço)

Embora denominada como integral, ou global, a conexão entre o serviço hospitalar e a atenção básica só ocorre no terceiro movimento da rede, sobretudo mediante o tratamento ambulatorial conservador do ambulatório destes serviços. Esse é um ponto importante de operacionalização de uma integralidade mais ampliada.

Isto é o que fala um dos gestores entrevistados: “[...] mas essa porta é ainda bem pequena para a demanda” (E1). Essa concepção é preponderante nas demais falas, inclusive a dos usuários. Durante o tempo de observação, não houve abertura de vagas no ambulatório observado para absorver os encaminhamentos oriundos dos outros serviços da rede.

Já o desenvolvimento da diálise ambulatorial, em centros de diálise extra-hospitalar, ocorreu pela ramificação das clínicas satélites (ou centros de diálise) a partir de quatro troncos que geraram novos ramos. Estes, foram conformados pela soma do conhecimento sobre a tecnologia, afinidades e capacidade de investimento dos grupos presentes, conformando um setor de oferta de serviços para o mercado. Esses caminhos foram mapeados das falas dos entrevistados gestores: “Você sabe né? Nefrologia em Pernambuco nós temos um número muito pequeno de especialistas, com senhoras clínicas tratamento. São os mesmos que são sócios das várias Clínicas” (E-Gestor). E também na fala dos chefes de serviço, complementadas por documentos, a seguir:

As unidades de diálise eram dois grupos (Português e Geral de Urgência) que saíram se dividindo e produziram 4 grandes troncos: Português, SOS, Multirim e Nefroclínica (esta última hoje ligada a um agente externo internacional). Na origem, tinha dois grupos... quando no serviço do Português houve uma cisão e deu origem ao serviço no Hospital Geral de Urgência. Depois, o Geral gerou um grupo que foi a Nefroclínica (E1). Depois, o Português formou mais dois grupos: o SOS e a Multirim. Depois, outros filhotes: Petrolina- Clínica do Rim, filha da Nefroclínica. O IDR de

Caruaru (1985) era filho do Português, hoje independente. O de Caruaru dividiu e foi para Arcoverde, uma outra cisão. Clínica Nefrológica de Arcoverde (E1). O de Caruaru também deu origem ao de Palmares (Centro de Tratamento Renal da Mata Sul) e Carpina (Clínica do Rim de Carpina). Há o grupo que coloca no município do Cabo (Clínica de Diálise do Cabo) - (E1). Hoje a gente tem uma proposta de ampliação de uma clínica em Paulista (SOS Renal Service) que é o mesmo grupo da clínica de Olinda (E2). São chamadas de clínicas satélites (E2, E3, E11,).

A cisão do grupo original do Hospital Português, deu origem a dois projetos, (ou modalidades de TRS) no estado. Um mais independente, de natureza ambulatorial; e outro de natureza mais integrada a outros tipos de tratamento como o conservador e o transplante. É do interesse pela linha global completa ao PRC que nasce uma outra rede sociotécnica: a de transplante, como dizem os entrevistados: “Tivemos discordâncias de projeto e partimos para criar um novo serviço em outro hospital” (E10). **“Nosso interesse, desde o começo era com a linha de cuidado global** e isso só poderia ser feito no hospital público. Inclusive o transplante renal” (E10, E1). “Os serviços foram no Hospital Geral de Areias (década de 80), logo transferido para o Barão de Lucena [...] depois, Hospital dos Servidores e Hospital das Clínicas” (E10, E5); [...] “Hoje, temos um ambulatório de doença renal crônica no Osvaldo Cruz” (E1, E4) [...] “e um ambulatório especializado em Nefropatia Diabética no Hospital das Clínicas dentro do Ambulatório de Doença Renal Crônica” (E8). [...] “Temos também um serviço ambulatorial no Hospital Barão de Lucena” (E1, E4, E10, E11, E16).

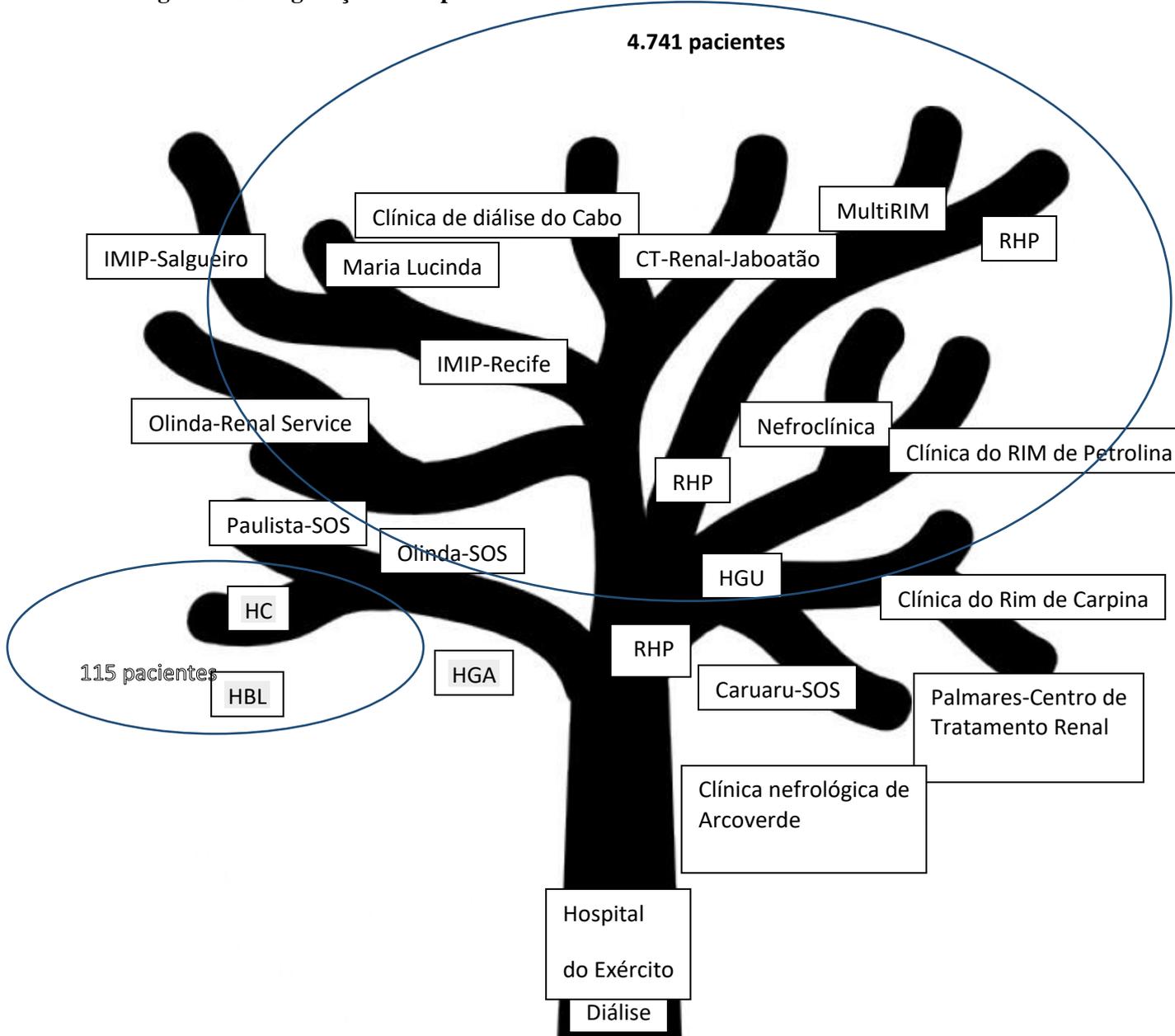
Como explicam Bilodeau *et al.* (2011), essas cisões são fruto de controvérsias e explicadas por: diferenças no paradigma, visões de futuro, necessidade de equilibrar diferenças de poder, a necessidade de se unir para reequilibrar posições no mercado como retratado na fala: “O que explica isso? às vezes são afinidades, e às vezes é composição para investir” (E1).

Portanto, pode-se interpretar que a resolução das controvérsias sobre a questão da oferta apenas do “procedimento” e a oferta da “linha de cuidado global” passaram por traduções estratégicas, nas quais se reequilibram poderes dos grupos de interesse e custo-oportunidade (BILODEAU; POTIVIN, 2016).

A figura a seguir expressa como se expandiu a rede de TRS voltada para o programa de crônicos. Ela não incluiu a TRS do Hospital de um seguro de saúde sem chamado de HAPVida, que só funciona para o próprio plano de saúde a qual pertence. As clínicas satélites privadas mantém também convênio com os planos de saúde, assim como acontece com o Hospital Português e também recebem encaminhamentos de usuários do regime próprio dos

servidores do estado: Seguro de Assistência dos Servidores do Estado de Pernambuco (SASSEP).

Figura5- Configuração da Expansão da Rede da TRS em Pernambuco



Fonte: elaborada pela autora.

Uma rede se movimenta em expansão, consolidação, rupturas e inovações (BISSET; POTVIN, 2006; HAWE, 2009). O sucesso dessa expansão se apoia na solidez das ligações e necessita de um trabalho árduo de tradução. Quando estão em bloco, os atores combinam saberes, recursos e habilidades (BILODEAU *et al.*, 2011). É o que parece ocorrer nesse coletivo: uma combinação de recursos, habilidades, saberes, valores e interesses.

A rede sociotécnica satélite passa a conformar um bloco de atores que cresce e se enraíza no espaço privado de mercado, em permanente interação com o setor público. Ela cresce com a importação de novas máquinas, investimentos do capital para construção de novas clínicas cujos serviços passaram a ser comprados pelo poder público. Inicialmente com o INAMPS e, depois, pelos governos federal e estaduais no contexto de implantação do SUS que permite a contratação da rede privada em caráter complementar (BRASIL, 1990).

A expansão da diálise no setor privado tem sua explicação já debatida há bastante tempo. Nesta época, pré-SUS, o modelo tecnoassistencial tinha tríplice sustentação: Estado (financiador), setor privado nacional (prestador de serviços) e setor privado internacional (produtor de insumos). Implanta-se uma lógica da atenção centrada no processo procedimento/doença financiada pelo Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), e se criou um novo empreendedor de saúde (COELHO, 1998).

O movimento de consolidação da rede no terceiro período (2002-2012) de clínicas satélites adentra o interior do estado com a construção de novos serviços, desta vez, tanto sob atuação do interesses dos investidores no mercado, quanto da organização da oferta de serviços pelo poder público sob a atuação do atuante conceitual: acesso e regionalização em 2006: [...] “a gente tem interiorizado as clínicas nas GERES foram abertas 500 vagas em uma clínica em Carpina” (E-Gestão)

Teve início em 2009, 2010 e 2011 e depois, em 2011/2012 deu uma implementada nessa rede criando clínicas lá em Salgueiro e Arcoverde, em Palmares[...] isso foi importante para a gente tentar tirar esses pacientes que eram de outras macrorregiões daqui da Macro Recife e territorializando eles mais próximos de suas residências [...] a gente tinha paciente no Barão de Lucena que era Serra Talhada [...] a gente abre vagas no interior, redistribui aqui e isso é expansão da rede (E –Gestão 2)

Neste período, amplia-se ainda mais o programa de crônicos que atinge o número de 27 clínicas em 2016 (Doc 22). Como resposta à ideia de regionalização, o setor privado constrói clínicas em Carpina, Salgueiro e Palmares. O conceito de racionalização de custos e captação de recursos federais também são atuantes colocados pelo governo no último período.

Esse movimento do quarto período (2013 em diante) provoca um aumento de vagas na rede de TRS de crônicos fortalecendo a rede de clínicas satélites mesmo num momento atual de crise financeira.

Houve novas aquisições de máquinas pelos serviços privados e filantrópicos contratualizados com o SUS tendo em vista o aumento de vagas contratualizadas pela SES. Desta vez, esse aumento ocorre internamente aos serviços, sob a atuação dos gestores da

regulação na ação de contratação dos serviços (Quadro). É um evento que expande a rede e contribui para a sustentabilidade.

Então algumas clínicas que manifestaram interesse na época (2013 para cá) e realmente houve uma ampliação... em 2013 foram 139 vagas sendo: 60 na multirim (10 máquinas), 64 vagas no IMIP-Recife fora a criação de 11 vagas no IMIP Salgueiro (duas máquinas) ... o que era que eles faziam? eles adquirem as máquinas, eles contratam profissionais, cadastram no CNES aí ofertam para secretaria. Em 2014 foi a de Jaboatão e a de Palmares na Mata Sul e a Prorim. Nessa clínica foram 12 máquinas (72 vagas) e a clínica do Rim do Cabo que também fez uma ampliação de oito máquinas em 2015 aí deu um total de 138 vagas em 2015. O Hospital Português foram três máquinas crescendo assim 20 vagas. Jaboatão ampliou 8 máquinas então cresceu 48 vagas e o Maria Lucinda, que fez uma reforma grande, adquiriu 26 máquinas e então ficamos com 156 vagas. Só no ano de 2015 ampliamos 224 vagas...(E-Gestão)

O interesse da SES por trás desse movimento de ampliação de contratualização é em garantir o acesso dos usuários aos serviços, **desonerando o tesouro estadual e ampliando a captação de recursos federais**. A ação é de negociação e de contratação de novas vagas e objetiva a redução de custos do programa de diálise de agudos por parte da gestão estadual. Os conceitos de **regulação do acesso e territorialização do paciente** são atuantes não humanos, mas, sobretudo, os interesses convergentes sobre o aumento de vagas no programa entre produtor e comprador são bem fortes e explicam a expansão (Quadro 4, p.73). A inscrição desse evento encontra-se de maneira clara no edital de credenciamento aberto no valor de R\$ 159.629.498,76 mês (PERNAMBUCO, 2014a).

Para os usuários, mesmo esse aumento de vagas não acompanha toda a necessidade. A detecção de novos casos nos serviços de urgência acaba revelando o aumento da demanda populacional como revelado no trecho da entrevista com a associação de usuários seguir: “Vou dizer, vagas é complicado! Existe algumas prestadores que quando os pacientes transplantam, ou alguém é transferido de sua clínica, eles não abrem mais para o SUS. Eles preferem colocar a vaga para um plano de saúde, porque o plano de saúde paga” (E- Associação de usuários).

O setor privado aposta no crescimento: “a tendência dessa situação é crescer e diabetes ultrapassar todas as causas” (E3). “A demanda não vai parar de crescer” (E 1, E3).

Gestores também esperam crescimento da demanda, mas consideram que o número de doentes internados nos hospitais à espera de uma vaga na TRS ambulatorial, apesar de dinâmico, reduziu bastante: “É algo que não vai parar de crescer pelos próximos 10 anos” (E-Gestor); “A tendência é aumentar” (E- Gestores) [...] “Mas eles não passam muito tempo mais na fila de espera da regulação não” (E-Gestor).

Não digo que isso vai reduzir o número de pacientes. Quanto melhor a atenção básica, quanto mais desenvolvido um país, mais doentes em diálise ele vai ter, porque mais doentes vão ser diagnosticados mais. A gente pode encaminhar o paciente para diálise numa condição melhor para diálise. Já com a fístula, sem anemia, porque está sendo preparado para diálise, psicologicamente. A gente não vai diminuir o número de pacientes para diálise, a gente vai aumentar. Mas, logicamente, quanto mais eu viver com diabetes, maior ... lógico que esse acompanhamento vai proporcionar melhor qualidade de vida e retardar a doença renal, quanto mais viver, maior é a probabilidade de desenvolver (E-SBN).

Num artigo publicado por Coutinho e Tavares (2011) eles trazem uma informação de que pesquisas realizadas nos EUA sugerem que para cada paciente renal crônico em estágio 5, há mais de 200 em estágio 3, e entre 4 e 5 mil em estágios 1 e 2. Uma pesquisa de mestrado em Pernambuco encontrou um crescimento de 5% ao ano na TRS do estado (FORMIGA, 2015). Já, a SBN projeta crescimento de 10% ao ano para o país (SESSO *et al.*, 2016). Na ocasião da abertura do credenciamento para novos serviços havia 34 pacientes na fila de espera sendo esse número bastante dinâmico (PERNAMBUCO, 2014a).

Para Callon (*apud* BILODEAU; POTVIN, 2016), numa rede consolidada estão alinhados os interesses e os papéis. Nesse caso, alinham-se interesses dos nefrologistas, do poder público, da iniciativa privada e da aceitação dos pacientes. Portanto, conforma um nó conceitual bem consolidado (LATOUR, 2001). Nesse caso, todos tem interesse pelo crescimento da rede sociotécnica satélite, especialmente o gestor estadual, uma vez que o recurso é todo federal por meio do atuante intermediário Fundo de Ações Estratégicas (FAEC).

Quando uma rede se expande assim, progressivamente consolidada, as trajetórias se entrelaçam de uma forma que os agentes dividem as competências cognitivas bastante semelhantes numa lógica de difusão (CALON *et al.*, 1999).

Os nefrologistas, e também seus conhecimentos e interesses, formam um atuante autonomizado na Associação Brasileira de Clínicas de Diálise e Transplante: ABCDT. Esta associação é parceira da SBN. Ela defende os interesses do setor, sobretudo em relação à remuneração do procedimento pelo Fundo de Ações Estratégicas (FAEC) do governo federal (um grande intermediário das diretrizes nacionais). Há também uma defesa em relação à garantia da qualidade da prestação do serviço como primeira “bandeira”.

As clínicas satélites ofertam além da hemodiálise, a diálise peritoneal. Esta é uma boa opção aos pacientes, mas sofre as consequências do desinteresse do mercado quanto ao preço pago pelo governo (Quadro 3, p. 73). De acordo com as chefias de clínica dos serviços e as associações de usuários, essa é uma modalidade que não tem o valor reajustado há mais de 10

anos: “O custo só com os correios, por parte das empresas (para envio de material à residências dos usuários) consome 70% do valor pago pela tabela SUS (E-Associação de usuários); “As empresas não estão também aceitando pacientes” (E-Chefia, Doc. Imprensa) “[...]que ajudaria muito a desafogar a rede” (E-chefia de serviço); é uma terapia que não tem aumento há 13 anos” (E-Associação Usuários).

Toda esta expansão da diálise ambulatorial das clínicas satélites é marcada pela dificuldade de manter uma conexão com a atenção básica e a atenção ambulatorial pré-dialítica. Essas falas de dissociação entre as clínicas satélites ficam bem claras na fala dos usuários: “Não, a ESF nunca recebeu um relatório daqui, mas eles sabem que eu faço diálise” (E19); “Depois que eu vim para a diálise deixei de ir à USF” (E21); “A agente comunitária passa, diz que vai falar com o médico, mas esquece” (E14); “Mas cada clínica se conecta com a rede de transplantes estadual: cada clínica escolhe seu centro transplantador” (E-Gestão).

Essa dissociação entre clínicas satélites e atenção básica é bem evidente e sentida pelas equipes desses serviços. Nesse caso, os pacientes não só dependem da máquina, como também dos equipamentos e conhecimentos da equipe.

As instituições públicas hospitalares com atividades de pesquisa desempenham um papel fundamental na realização de estudos que contribuem para o aperfeiçoamento das técnicas.

Para os profissionais, a definição do local da TRS depende da complexidade do paciente. Os mais complexos, devem estar no hospital. Tanto os prestadores quanto as associações, afirmam não ter condição de oferecer um plantão de urgência nas clínicas, como tinham plantonistas anteriormente. E que a responsabilidade deve ser da rede.

Todo este quadro é bem elucidativo das circulações e interações necessárias à implantação de uma tecnologia como a hemodiálise e a diálise peritoneal. É preciso mostrar que dá certo (com dados, evidências), agregar colegas em instituições (Hospitais, Associações, Universidades); conseguir aliados de outros setores como medicamentos, governo e conseguir adesão do público. Esse movimento gera um nó central da rede que estabelece um híbrido entre tecnologia e usuário, tornando-os interdependentes (LATOUR, 2001).

O quadro 3 nos auxilia a enxergar as consequências produzidas como produto da interação entre as ações dos atuantes e interações com o contexto. Atributos como interesse e compartilhamento de valores são resultado deste movimento.

Nas redes consolidadas, a ação é programável, as identidades e competências estabilizadas, fortemente parecidas e complementares umas das outras, sendo mais fácil

inovar sobre as práticas já consolidadas em cada competência já construída, do que em outras novas que promovem, desestabilizações (CALLON *et al.*, 1999).

Tanto o que explica a expansão da hemodiálise e decréscimo da diálise peritoneal são os interesse dos atores no mercado, sobre o lucro, sobretudo a indústria de equipamentos. E é desse principal interesse, que surgem a maioria das controvérsias de toda a rede sociotécnica. Esse interesse (custo e qualidade) é produto dessas interações.

A característica da rede de TRS no estado reflete o cenário nacional no qual 71,1 dos estabelecimentos no Brasil são privados com fins lucrativos; 21,4%, privado sem fins lucrativos; e 7,5%, públicos (SANTOS, 2015).

Quadro 3- Principais interesses e consequências contidas nas ações dos atuantes

Ações	Interesses	Atuantes	Consequência
Diálise Peritoneal	Desinteresse do mercado para com a Diálise peritoneal. Desinteresse de alguns usuários pela estrutura domiciliar necessária; Interesse de usuários em estar em contato com os serviços de saúde e outro pacientes.	Tabela sus Lucro	Redução da produção e do fornecimento do material.
Interiorização da TRS	Interesses do setor público (regulação) e do mercado (clínicas) pela construção de novos serviços TRS	Regionalização Acesso	Construção de serviços pelos empreendedores e contratação pelo serviço público
Aquisição de novas máquinas pelos serviços TRS e Credenciamento pela Regulação	Interesses convergentes do setor público (regulação) e do mercado (clínicas)	Tabela de custos com o programa de agudos.	Aumento da oferta de vagas na TRS do Programa de Crônicos em Clínicas Satélites (Centros de diálise). Potencial para integralidade ampliada.
Colaboração interprofissional para o tratamento conservador, TRS e Transplante	Interesses dos profissionais pela linha global de atenção ao DRC	Complexidade do paciente, Integralidade	Integralidade focalizada

Fonte: elaborado pela autora.

7.1.1 A vivência dos usuários nas sessões

As mensagens contidas na entrevista feita com os usuários, revelam que grande parte deles prefere estar vinculada ao hospital por se sentirem mais seguros quanto ao acesso ao serviço, em tempo oportuno, ao precisarem de atendimento em situação de emergência. Outros, porque imaginam que se acontecer alguma coisa na sessão de diálise, terão UTI próxima disponível e correrão menor risco de morrer no percurso clínica-upa-hospital. Eles também preferem a diálise hospitalar, porque conseguem acesso a outras especialidades,

mesmo que demore. Ainda contam a hotelaria e a qualidade das refeições; que tem diminuído muito nas clínicas satélites.

Muitos não confiam na qualidade do atendimento prestado pelas UPAS para o Paciente Renal Crônico como revelado nos trechos: eles não entendem de DRC. “Eu que tenho que dizer que não posso tomar soro...” (U15).

Há uma grande mudança de vida em todos os aspectos: autocuidado na realização das atividades de vida diária como a alimentação, trabalho, lazer, relacionamentos, mobilidade.

Em termos de bem-estar, estrutura e função corporal, passado os momentos de adaptação com a rotina das sessões, eles se sentem melhor: menos edema/inchaço, menos fadiga, mais disposição... como revelam as falas seguintes: “Você ser uma pessoa ativa, e de repente você cai...você saber que é terminal é como um terremoto... arrasa a pessoa totalmente” (U43); “acabou a liberdade de você se alimentar com o que você quer[...]quando eu saio daqui eu saio zozinho, com aquela tontura, pressão só baixando, baixando[...]hospital é ruim demais” (U5). “Eu tossia, cansava, soluço e depois da diálise melhorou” (U26). “Melhorei muito aqui. Controlei a glicose aqui, com a máquina e com dieta” (U17). “Mexeu muito com minha cabeça. Quando eu falo muito, eu ainda canso” (U14). “Quando eu fico com fome, e o lanche demora...minha pressão baixa e eu durmo” (U18). “Eu aproveito aqui para comer o que eu quero e não posso lá fora porque a máquina limpa [...] trago sempre algo de casa [...] às vezes não gosto do lanche daqui” (U20). “O almoço agora é só uma batata doce” (U30). “Você sabe o que é querer tomar um copo d’água e não puder? Beba muita água minha filha” (U10).

Eu não faço mais nada disso. Eu era professora, gostava de cozinhar, e não tenho mais cabeça para nada...agora eu voltei a fazer a minha comida. Tenho vontade de trabalhar, mas não consigo. Eu não consigo varrer a casa todinha. Consigo arrumar minha cama e fazer a comida (U15).

O medo da morte nas próprias sessões de diálise é uma vivência da maioria dos entrevistados. A frequência às sessões é um encontro frequente tanto com a vida quanto com a morte, como contido nas falas a seguir: “Aqui eu encontro as pessoas [...] já que o governo não tem espaço de atendimento (centros de convivência) para essas pessoas [...] aqui eu converso, sorrio, sou cuidado” (U 3). “Eu tive anemia muito forte no início [...] tava precisando de sangue. Eu recebi muito sangue aqui [...] não tenho o que dizer” (U14).

Às vezes a máquina não apita não [...] se baixar, eu começo a me sentir mal [...] se você tiver com uma técnica ligada, ela detecta logo [...] mas se não... se ela tiver conversando [...] a gente vai embora [...] e quando vierem ver, já é tarde demais [...] para embarcar é como ir ali e voltar já. Depois que

zerar, acabou-se [...] já vi casos da esposa sair e deixar o marido direitinho. Fazia a barba, todo arrumadinho na máquina [...] e voltava chorando porque o marido tinha ido na máquina. Hoje sou eu aqui...há 3 anos [...] A gente, renal, somos feito um sopro ... muitos já se foram ... morrem também na máquina... (U8).

Questões como o termo “terminal” também geram a ideia de que eles estão prestes a morrer. É preciso esclarecer a diferença entre uma insuficiência renal terminal e um paciente em estágio terminal. O uso da metilformina (hipoglicemiante oral) quando suspenso pela equipe de diálise, leva os pacientes a interpretarem que foi essa medicação que provocou a falência renal. Todas essas são questões que aumentam a angústia dos usuários e precisam ser melhor trabalhadas pela equipe, o que reduzirá medo e estresse.

As consequências da doença de base, somam-se ao processo de diálise e repercute sobre as limitações. As falas seguintes revelam que problemas na função visual, cardíaca e na estrutura corporal compõem o texto de referência dos pacientes. Há também questões relativas à situação socioeconômica, familiar e acesso aos outros serviços de saúde da rede que tornam a experiência melhor ou pior: “Não é apenas Hemodiálise [...] tenho dificuldade por causa da vista” (U44). “A doença chegou primeiro com visão, com a isquemia, faço sessões de laser no IOR. Já fiz cirurgia” (U21). “Porque não é só a hemodiálise. É muita coisa. Já fiz 12 edemas agudos de pulmão...tem o coração... chego já morrendo. O cardiologista é lá no Lessa de Andrade” (U18); “cardiologista é no HAM” (U14). “Eu Já fiquei internado no Procape por causa do coração” (U15). “Eu faço tratamento aqui aí eu não vou mais não. Depois que eu amputei a perna, deixei de ir (ao PSF)” (U27).

Depois de 8 anos, que eu soube que era diabético (eu abandonei o tratamento), eu levei um cortezinho. O médico da UPA viu, passou o antibiótico mas durante esses 15 dias o dedo ficou preto. Então eu vim para cá, o médico disse: isso vai ter que amputar logo. Ele amputou em Vitória, no João Murilo, ele disse esteja amanhã ...depois que amputou aí eu vim para a diálise. E depois eu vim cuidar da diabetes. Disse que a vista não tinha mais jeito não. Era lá no Visão (U22). Mudou demais...é uma dificuldade, eu trabalhava, brincava, corria...agora estou limitada... ainda mais com diabetes...e agora com o pé amputado.ai é que se limita mesmo...eu fazia faxina, ia para igreja, eu era professora de artesanato...de colégio em colégio mas, acabou-se...agora eu não posso mais...a gente fica muito limitado,, é muito difícil...se a gente pensar mesmo, a gente desmorona...então a gente vai fazer o quê? Vamos seguir a vida né? Já falei com papai do céu...no dia que eu não puder, que ele me leve (U18).

De fato, os registros na literatura revelam que a Retinopatia diabética ocorre em 60% dos casos dos pacientes com DRC (BOELTER *et al.*, 2003). E o risco de amputação é bem maior quando as duas condições estão associadas (RICHARD; SCHULDINER, 2008). A incidência do pé diabético é bem maior nos pacientes que desenvolveram a DRC. Os

pacientes com nefropatia diabética também apresentam a mortalidade três vezes superior por eventos cardiovasculares em relação aos pacientes renais crônicos não diabéticos (OULAHIANE *et al.*, 2012).

As questões sociais são bem presentes, sobretudo em relação ao INSS. Algumas falas são emblemáticas e revelam a falta de intersectorialidade no cuidado integral:

Sou Beneficiário do INSS, para dar entrada na aposentadoria eles suspendem e eu agora, na hemodiálise, não posso ficar sem o dinheiro, tenho que pagar o transporte para cá, alguém para vir comigo... como eu não consigo enxergar eu tenho que pagar transporte por que de ônibus a minha esposa ou filha tem que vir e elas nem sempre podem. Eu fiz a cirurgia da perna no Otávio e isso piora (U32). Minha filha, às vezes eu não tenho o que comer em casa...só cuscuz e sardinha...não tenho como fazer dieta...faço diálise no segundo turno para poder almoçar três dias na semana...mas, agora, nem aqui mais...(U37).

Portanto, essas limitações se agravam quando surgem novas complicações da diabetes como a redução da função visual, episódios de amputação e quando vão envelhecendo.

Esses achados estão em perfeita convergência com outros estudos sobre o adoecimento renal crônico, o acesso aos serviços e às inovações em saúde dos pacientes com e à multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida dos pacientes em diálise. O diálogo entre as condições de adoecimento e as condições sociais nos quais estão imerso revelam o prejuízo sobre o desenvolvimento do ser humano integral, inclusive em termos de cidadania. Nesse cenário, a família aparece como elemento importante: “Quem aplica insulina é minha esposa e filho. A alimentação também é ela (a esposa) que faz sob orientação da nutricionista” (U34). “Eu fazia almoço, salgados, doces [...] tenho vontade e não tenho coragem” (U18). “Cozinheiro, mesmo cansada, até para 12 pessoas” (U21). “Eu tomo banho e troco de roupa só [...] muita coisa, né? mas eu dependo da minha esposa para cozinhar” (U41).

Promover a consciência do peso das questões emocionais, familiares, sociais, políticos e econômicos para além dos aspectos biológicos sobre o processo saúde-doença, a negação do exercício dos direitos de cidadania quando do acesso apenas parcial à integralidade do atendimento à saúde, talvez não seja potente o suficiente para causar uma mudança no mundo, mas é uma contribuição para que os pacientes e sua rede social consigam interagir e tentar modificar a forma como lidam e vivenciam esta realidade (COSTA; VASCONCELOS; TASSITANO, 2010; COUTINHO; TAVARES, 2011; FRÁGUAS; SOARES; SILVA, 2008). Revelam a complexidade das situações que envolvem o adoecimento por condições crônicas na qual não é impossível separar saúde do social (AVIGNON *et al.*, 2015). Revelam

a necessidade de ampliar o conceito de integralidade numa perspectiva mais intersetorial e de cidadania (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

Pelo alto custo, manter o cuidado é inviável sem a mediação de um sistema (AVIGNON *et al.*, 2015). Essa é uma rede que reflete a lógica do consumo de procedimentos, mais do que a lógica do cuidado sistêmico integral de responsabilidade de uma rede coordenada pela atenção básica. A coordenação do cuidado, a vinculação do paciente com a atenção básica é bastante prejudicada, embora aconteça em pequena escala, não sendo a experiência universal.

7.2 O Transplante Renal

‘Posteriormente à realização do primeiro transplante estadual no Hospital Português no final da década de 70, a inauguração do serviço no Hospital Barão de Lucena, em meados da década de 80, deu-se início à prática do transplante no setor público que se expandiu com a inauguração do serviço no Hospital das Clínicas em 2007 no terceiro período de movimento da rede.

A interação da rede sociotécnica de terapia renal substitutiva com as redes sociotécnica de outros países gera o interesse dos nefrologistas pela técnica do transplante desenvolvida fora do país. A ação de intercâmbio fez com que vários profissionais trouxessem o conhecimento para o Brasil, sendo Pernambuco um dos primeiros estados a implantar a técnica no Nordeste (GREGÓRIO, 1996; ROCHA, 1992).

A criação da Coordenação Estadual de Transplantes (CET-PE) em 1994 deu início à gestão do Sistema Estadual de Transplante. A CET-PE teve seu papel modificado ao longo da estruturação da rede. Portanto, a realização da prática do transplante do rim dá início a uma outra rede sociotécnica: outro coletivo organizado de ação que é o sistema de transplante estadual.

Hoje, o sistema estadual abrange o transplante de rins, a coordenação dos transplantes cardíaco e de córnea (PERNAMBUCO, 2013). Criam-se então 20 comissões intra-hospitalares de doação de órgãos, tecidos e transplantes (CIHDOTT), agora responsáveis pela abordagem à família nos hospitais. Organiza-se a lista, que passa a ser um atuante não humano intermediário. A criação da lista objetiva dar transparência ao processo e instituir mecanismos igualitários e democráticos de acesso ao sistema de transplantes.

Contextualizando, é possível observar que o Sistema Integrado de Atenção ao Paciente Renal Crônico da rede nacional nasceu também em 1994 com a Portaria nº. 38 (BRASIL, 1994). Esta portaria é um grande atuante que faz referência para a rede estadual. A partir de meados da década de 90, há todo um conjunto de portarias e linhas de financiamento que sustentam a prática no país, principalmente: o Decreto nº 2.268 (BRASIL, 1997), a Portaria Ministerial nº 1.752 (BRASIL, 2005) que induziu a criação das CIHDOTT. É necessário mencionar o reajuste da tabela de procedimentos para a ação do transplante foi o que permitiu à equipe médica viver deste trabalho. Favoreceu, na visão dos profissionais e gestores de serviços, a profissionalização da área e a construção do maior sistema público de transplantes do mundo.

A proibição da venda de órgãos e o disciplinamento ético do procedimento favoreceram a prática do transplante. Esse é um intermediário da rede por transmitir diretamente a diretriz tendo sido inscrito numa norma.

A expansão da rede sociotécnica estadual ocorrerá no próximo período com a **inauguração de um novo serviço transplantador** no estado e a **implantação das Organizações de Procura de Órgãos**, dois eventos críticos que marcam o próximo período. É um evento que modificam os papéis: “O IMIP tem um complexo excelente e precisa de muita ajuda do poder público para continuar atuando” (E-associação de usuários). “A inauguração do serviço no IMIP foi um marco na rede.” (E 10).

Hoje a gente tem equipes de busca dentro dos hospitais que são representadas e personificadas pelas equipes da OPO (organização de procura de óbitos). Nós temos 4 em Pernambuco: duas na região metropolitana, uma em Caruaru e uma em Petrolina. Nós temos dentro dos hospitais algumas equipes que fazem busca dentro do próprio hospital (mais ou menos 20 comissões hospitalares que estão dentro do hospital). A central fica nesse elo entre essas equipes e o transplante. Quando acontece a doação, entra em cartaz a equipe de captação e a equipe de transplante. Então é tudo muito bem definido em relação aos papéis. Não é uma mistura. (E14).

No âmbito estadual, a CT-PE, as CIDOHT e as OPO são os principais mediadores da rede e utilizam mecanismos de mediação tais como a criação de comitês de elaboração de protocolos que conduzem a interação com o setor de farmácia, para evitar a perda dos enxertos, ligações telefônicas, uso de transporte específico e sistema de informações específicos. Hoje, cada clínica de TRS tem sua referência como referem: “A atuação da central de transplante é excelente aqui no estado” (E-Associação de usuários).

Toda Clínica de Diálise tem um centro transplantador de referência porque ela tem por obrigação ofertar essa modalidade de tratamento. Então elas escolhem um centro transplantador e comunicam à Central...mas, todo

paciente que tem a DRC e opta por uma modalidade de tratamento que é o transplante pode escolher o centro transplantador que não seja referência para sua clínica (E-Gestão).

O quadro 4 traz fragmentos de como esse interesse pelo transplante nasceu e configurou a rede estadual de transplante.

Quadro 4- Construção do Sistema Estadual de Transplante.

Categorias	Material Empírico
Interesses dos gestores e profissionais	...Mudou a visão de alguns nefrologista no Brasil que se apaixonaram por um negócio chamado transplante, então, num determinado momento houve o interesse... de repente chegou um bocado de maluco espalhado pelo mundo (E10)
Ação: atendimento completo ao paciente com o medicamento	O paciente não tem que pagar absolutamente nada por isso e você ainda tem a oferta dos imunossuppressores que são o <i>plus</i> do Brasil...Você tem todas as cirurgias e todos os exames que são necessários financiados pelo SUS. A cirurgia de transplante é completamente financiada pelo SUS. Apesar da gente ter problema de estoque, ou de atraso na entrega de medicamentos, mas, o Brasil fornece o imunossupressor de forma completa. O paciente recebe toda linha de tratamento (E10, E14). É diferente de todos os países. Por exemplo, na Espanha o governo só da metade do tratamento porque a outra metade ele precisa comprar numa rede específica, tudo bem com desconto, mas ele ainda precisa bancar por isso (E14) então a gente conseguiu o maior sistema de transplante público do mundo, hoje somos o segundo país que mais transplanta no mundo, só perdemos para os Estados Unidos. Temos no Brasil o hospital que faz mais transplantes no mundo...(E10)
Atuante não humano: Disciplinamento Ético	E aí veio também a legislação sobre doação de órgãos. A gente conseguiu de certa forma entrar numa briga grande contra compra de órgãos (E10) Então hoje você não tem equipe de transplantes na busca por doadores, até porque não se pode ter transplantador envolvido...é uma questão legal e ética ... para que não haja nenhum tipo de conflito de interesse (E14). Ninguém vai tirar um rim de um doador vivo para prejudicá-lo. O princípio da não-maleficência impera.
Atuante não humano: reembolso	O grande problema do transplante no Brasil era a falta de regulamentação e falta do reconhecimento... o reembolso que a associação brasileira de transplantes brigou muito com o ministério da saúde desde a década de 80... e o governo federal reconheceu legislando e pagando de uma forma decente...
Consequências: volume de transplantes e conexão com a TRS	“Hoje nós temos em Pernambuco três hospitais credenciados para transplante que são o HC, HRP e IMIP. Então, a gente conseguiu o maior sistema de transplante público do mundo (E10, E14), hoje somos o segundo país que mais transplanta no mundo, só perdemos para os Estados Unidos. Temos no Brasil o hospital que faz mais transplantes no mundo...(E10). Bem nesses últimos anos PE tem transplantado bastante, mas aí também é uma coisa que impacta né? No final o tratamento, o transplante a longo prazo é bem mais econômico do que a diálise... eu...(E14).
Consequência do reembolso: profissionalização e mercado	Como tinha reembolso, as pessoas começaram a se profissionalizar...qualquer coisa que se faça em medicina tem que profissionalizar, pagar, ter um mercado, se não, não adianta. (E10).
Os doadores: ressentimento com a rede de urgência	...esse conjunto todo dessa obra (situação dos pacientes nos corredores das emergências) faz com que você, muitas vezes, diga não à rede. Ela não atendeu a gente! Não deu atenção quando eu mais necessitava! Agora, que estão precisando nos usar, eu digo não. Então esse é um outro problema de rede que é o número de negativa de familiar para doação (usuários).

Fonte: elaborada pela autora

Mais uma vez, conseguir a aliança com o governo federal, foi fundamental. A tabela 2 (p.74) é uma parte da tabela de órtese e prótese que foram intermediários da rede sociotécnica nacional que transmitiu as diretrizes nacionais.

Tabela 2- Valores do Procedimento de Transplante. Brasil, 2010.

PROCEDIMENTO	Serviço Profissional SP	Serviço Hospitalar SH	Total Hospitalar
Transplante de rim doador vivo	R\$ 4.087,05	R\$ 12.250,51	R16.337,56
Transplante de rim doador falecido	R\$ 5.313,50	R\$ 15.934,71	R\$ 21.248,21
Transplantes simultâneo rim pâncreas	R\$ 7.182,33	R\$ 47.804,12	R\$ 54.986,44

Fonte: Brasil (2010).

Em 2012, houve novo reajuste para incentivar unidades transplantadoras a fazerem mais de um tipo de transplante, com incentivo especial para os transplantes renais. O valor do transplantes de rim de doador falecido subiu de R\$ 21,2 mil para R\$ 27,6 mil e de R\$ 16,3 para R\$ 21,2 mil para o transplante de rim de doador vivo (BRASIL, 2012).

Mesmo com todo estes valores, realizar o transplante é bem mais custo-efetivo em longo prazo do que a manutenção dos pacientes em diálise. Em Pernambuco, a lista de espera para transplante em 2013 era de 1.316 (PERNAMBUCO, 2014a).

A interação humanos e não humanos vai produzindo interesses, consequências, interagindo com outros humanos e não humanos do contexto, conforme descrito no quadro 5.

Quadro 5- Análise dos Eventos críticos relacionados ao Transplante Renal na perspectiva da Teoria Ator-Rede.

Eventos	Atuante humanos	Atuantes não humanos	Ações	Interesse	Consequências
Implantação do Serviço no Hospital Barão de Lucena- Unidade Pública do INAMPS- HBL	Contexto- Tecnologia disponível fora do país Interesse profissional	Técnica do Transplante Intercâmbio Enfermaria, Bloco Cirúrgico, Equipe Treinada, ETA, Consultório Conceito de Linha de Cuidado	Intercâmbio de médicos do estado na área do transplante. Realização do primeiro transplante no Estado- RHP.	Interesse pela LCENefro Interesse por aumentar volume de transplante	Volume transplante Conhecimento sobre a técnica
Implantação da Central de Transplantes do Estado antes da Política de Transplante	Equipe da Central de Transplantes Doadores Família dos doadores Ministério da Saúde Profissionais interessados Pacientes com IRC	Conhecimento Sistema Nacional de Transplantes (SNT) Decreto 2.268, de julho de 1997 Lei No. 9.434 Ética Indústria de medicamentos ABTO Portaria 1.752 de 23 de setembro de 2005- CIHDOTT para hospitais com mais de 80 leitos Cidot no HR e OPO Portaria SAS 666 de 17/07/2012 sobre Transplante Renal-melhorou financiamento Hospitais em Caruaru e Petrolina Complexo Regulação – contexto	Estruturação da Coordenação Estadual Regulação da fila de transplante Regionalização Intercâmbio promovido pelo MS		Definições de papéis Sistema Estadual de Transplante Transparência Confiança Ética Profissionalização Central de Regulação hospitalar e ambulatorial, Hospital da Restauração,
Implantação do Serviço de Nefro no IMIP-	Liderança da área com expertise Doadores Família dos doadores	Dom Pedro II – futuro hospital de transplantes Capital Político e Financeiro Máquinas, Bloco cirúrgico, Ambulatório, Salas de diálise Reajuste da Tabela de transplante	Aumento do número de Transplantes Residência em Nefro- 2ª. Residência em 2013 I	Interesse em ser referência para transplantes variados	Aumento do número de transplantes renais

Fonte: elaborada pela autora.

Quanto à técnica, ela foi considerada exitosa em 1962 nos Estados Unidos e introduzida no Brasil em 1964 (RJ) e 1965 (SP). Desde então, a técnica agenciou interesses da indústria farmacêutica na imunossupressão pós-transplante em todo o mundo: corticoides e azatioprina (década de 70) e a Ciclosporina A e o anticorpo monoclonal (OKT) na década de 80; Micofenolato mofetil, Tacrolimus (FK-506), Sirolimus e bloqueadores do receptor de Interleucina-2 na década de 90. Também agenciou avanços no teste de histocompatibilidade entre doadores e receptores de órgãos; avanços nos campos da técnica cirúrgica, da preservação de tecidos, dos cuidados no pós-operatório e do tratamento de complicações infecciosas pós-transplante, melhoraram o prognóstico dos pacientes transplantados, a valorização do procedimento e o interesse de médicos e pacientes (CHERCHIGLIA *et al.*, 2006).

A interação não ocorreu apenas entre os estado do país. O movimento é fruto de interação com disciplinamento da técnica fora do país (ROCHA, 1992). Como consequência a um movimento internacional, em fevereiro de 1987, o poder público lança uma portaria de número 12 para criar o Sirc-Trans incluindo o transplante. No mesmo período a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) é criada para agregar os interesses destes profissionais. Foi um atuante, o programa de medicamentos excepcionais, que inclui medicamentos para o transplante e HIV (COELHO, 1998).

Como todo percurso de uma inovação, a incorporação da técnica na sociedade requer uma série de inscrições no campo legislativo (LATOURET, 2001). No Brasil, fazem parte deste atuante não humano: a portaria interministerial 12 dos Ministérios da Educação e da Previdência Social, que criou o SIRC-TRANS (Sistema Integrado para o Tratamento do Renal Crônico e do Transplante Renal); a Lei dos Transplantes de 1992, substituindo a Lei de 1968; a normatização com os critérios de morte cerebral para a remoção de órgãos para transplante, onde contribuíram o HC-FMUSP em 1983, depois a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) em 1986 e o Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2000 e o Ministério da Saúde impulsionando a prática a posteriori.

Esse rede sociotécnica nova, foi uma inovação que passou por momentos de mobilização, quando dados foram levantados sobre o êxito da prática, inicialmente com doadores falecidos e depois com doadores vivos, passaram pela fase onde colegas se uniram na Associação Brasileira de Transplantes e também nas instituições transplantadoras. Ganharam-se aliados do setor público com linha de financiamento, com legislação, sistema nacional próprio, modelos de gestão próprio- equipes intrahospitalares ou equipes OPO, com medicamentos, testes laboratoriais de histocompatibilidade, e disciplinamento de enfermeiros,

intensivistas e montagem de equipes de transplantes. Há um grande argumento também de economicidade, circulando, em relação à TRS: “Em longo prazo, o transplante é mais custo-efetivo” (E- gestor).

Após várias aproximações para chegar a um posicionamento sobre os custos TRS e Transplante no Brasil (BORGES *et al.*, 2013), um estudo de 2016 finalmente afirma que os custos diretos acumulados pela TRS superam os custos acumulados do transplante tanto de doador vivo quanto de falecido, sendo compensados em relação à TRS em período inferior a três anos. O estudo sugere o investimento no convencimento da população pela doação de rim (SILVA *et al.*, 2016).

A técnica atinge a opinião pública por meio do disciplinamento ético da prática e pelas campanhas de doação de órgãos, sendo necessária mais transparência na lista para acompanhamento pelos que esperam: “dizem que fazem transplante aqui, mas cadê essa lista? Que pacientes fizeram que a gente não vê essa fila andar?” (Associação de Usuários).

Para os representantes do usuário, a relação com a família dos doadores é sempre um momento repleto de questionamentos sobre o funcionamento do sistema. Para eles, o sistema de assistência não funciona tão bem quanto a rede de transplante, exigindo grande habilidade das equipes para o convencimento.

Quanto aos pacientes com Nefropatia Diabética, para os especialistas: “Ele vive mais se transplantar. Esse também é um dado muito claro da literatura então ele precisa transplantar, senão, ele vai morrer mais cedo e ele vive melhor se ele transplanta” (E9).

Para o universo de usuários da rede, o grande problema está na relação com o serviço de apoio diagnóstico. Pois o tempo de realização dos exames para entrar na fila de espera é a maior dificuldade.

Eu estou para ir para fila de transplante de rim. Eu tenho um exame para fazer (cateterismo) e ninguém nunca conseguiu marcar. Eles dizem que telefonam para você. Mas ninguém nunca telefonou. Lá no hospital disseram: ah ...demora mesmo esse exame. Não foi o cardiologista. Eu estou com todos os outros exames em casa para entrar na fila. Só falta esse. E até hoje, nada. Não saiu. Isso é para triagem do transplante. Se eu conseguir a consulta com o cardiologista no Ermírio, eu vou pedir a ele. Eles querem que a gente traga todos os exames para poder inscrever a gente na central. Já tomei vacina. Só falta um exame de sangue e o laudo do cardiologista. Mas, só posso ter o laudo, depois do exame do cateterismo (Usuário de clínica satélite).

Um grande problema também é o medo de rejeição do órgão pelo corpo e ter que continuar tomando remédio a vida toda. O ganho seria a liberdade da máquina. O medo da morte e o cansaço acumulado do seguimento na hemodiálise, é causa de grande sofrimento.

Eu já pensei em fazer transplante mas, pelo que eu vi, a gente faz transplante fica muito tempo internado fica inchado não sai aí eu tô com medo de fazer, porque tem gente daqui mesmo que fez e ainda está por aí internado 5 ou 6 meses dentro do hospital direto eu não tenho paciência eu prefiro morrer (E41).

Eu fiz o cateterismo. Fiz tudo. Fiz todos exames para fazer o transplante. Vou fazer aonde eu trabalhei por 21 anos. Aí eu tô agora só aguardando o cadáver. Meus filhos quiseram doar mas eu não quis. Porque quando você vive na área, você sabe as perdas e os ganhos: ou aceita, ou rejeita e volta para máquina (até pior), ou fica na mesa... então eu não ia pegar meus filhos, novos, com crianças para submeter a uma cirurgia dessa... se rejeitar, aí nem eu nem meu filho... recebendo de um cadáver... eu não queria não, mas pediram muito (os filhos) ... eu vou fazer por eles, porque por mim eu não estou nem aí mais aí para vida. Eu já sofri muito[...]graças a Deus, é melhor e descansar (Usuária de clínica satélite).

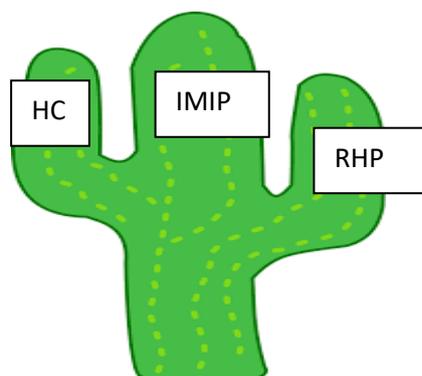
De acordo com Formiga (2015), 4,6% dos pacientes em tratamento dialítico conseguiram realizar o transplante renal em PE. A espera foi de 21 meses em TRS. É um tempo de espera inferior em relação a outros estudos (24 meses). Porém, o protocolo aprovado no Brasil define um tempo ideal de 6 a 12 meses onde o paciente segue em tratamento na TRS (FORMIGA, 2015).

Em relação aos pacientes, decidir por fazer o transplante ou ficar na TRS é difícil e a demora na realização dos exames desestimula. Além disso, as dificuldades em obter o consentimento da família, está na experiência prévia ruim com o serviço de saúde.

Enfim, é uma rede consolidada, com poucas controvérsias. Um híbrido funcionando com pequenos problemas na garantia sistemática das medicações mas com uma longa fila de espera.

O próximo projeto de inovação parece ser a implantação do modelo espanhol fruto do intercâmbio do estado no programa de intercâmbio promovido pelos governos federal e espanhol. Mesmo no cenário de crise, essa rede não se desestabilizou.

Figura 6- Hospitais da Rede Estadual de Transplantes



Fonte: elaborada pela autora.

7.3 A Tragédia da Hemodiálise e a Vigilância da Água para TRS

Da interação das clínicas satélites com o sistema de abastecimento de água do estado surge a inovação de programas para qualidade da assistência e segurança do paciente, num ambiente de estiagem. A ação da vigilância sanitária em prol da qualidade da água das práticas na rede sociotécnica da TRS nasce com a criação de um setor próprio após a tragédia da hemodiálise.

O nó da rede Vigilância é o embrião da função de Regulação na Gestão da rede. Ele nasce como consequência do principal evento no segundo movimento, no contexto de implantação do SUS e logo após a identificação das causas da tragédia de hemodiálise.

Cinquenta e dois dias após o início da tragédia da hemodiálise, a Secretaria de Saúde de Pernambuco não tem mais dúvidas quanto ao agente químico que intoxicou 126 pacientes do Instituto de Doenças Renais de Caruaru: foi a microcystina LR, toxina emitida por cyanobactérias, algas microscópicas que proliferam em reservatórios de água de qualidade duvidosa. Quantidades excessivas dessa toxina foram detectadas nos filtros de carvão ativado do IDR. A substância foi repassada pela água para a corrente sanguínea dos pacientes. A toxina foi identificada pela cientista Sandra de Oliveira Azevedo, do Núcleo de Pesquisas de Produtos Naturais da UFRJ (FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DE SÃO PAULO, 1996).

O evento mobilizou entidades humanas da região, do país e do mundo. Gestores estaduais e do Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana de Saúde, pesquisadores das universidades locais, do Rio de Janeiro, da Inglaterra, profissionais de saúde, donos de clínicas privadas, laboratório central de saúde pública, técnicos da vigilância epidemiológica, imprensa e o ministério público, familiares e usuários, com uma diversidade de interesses no assunto.

A tragédia da hemodiálise começou a ter suas causas investigadas em 7 de março e mobiliza no momento 11 instituições científicas do Brasil, da Europa e dos Estados Unidos. A movimentação não se deve só ao empenho das autoridades sanitárias brasileiras, mas também à curiosidade de cientistas internacionais, que estão diante de um caso inusitado na história da medicina: a tragédia de Pernambuco é a maior do mundo em número de vítimas em apenas uma clínica de hemodiálise e a única de que se tem registro na qual os pacientes apresentam sintomas de hepatotoxicidade e neurotoxicidade. As chamadas algas azuis - as cyanobactérias - vêm sendo estudadas em todo o mundo desde a década passada, quando passaram a ser observadas com maior frequência não só nos países tropicais como também na Europa (FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DE SÃO PAULO, 1996).

Além das causas, as controvérsias do período dizem respeito às responsabilidades na fiscalização e legislação do programa após a extinção do INAMPS e a implantação do SUS

descentralizado, e a qualidade da assistência prestada. Nesta época eram 25.000 pacientes em hemodiálise no Brasil. Duas clínicas haviam se instalado em Caruaru (1993 - INUC). Hoje são mais de 100.000 pacientes no Brasil (SESSO *et al.*, 2016) e 4.400 em Pernambuco (PERNAMBUCO, 2013).

Ao todo, havia em PE, à época, 12 clínicas conveniadas e 02 hospitais Públicos. Hoje, são 27. Eram 1.260 pacientes em hemodiálise em PE fazendo em média 13 sessões mês ao Custo de R\$ 80,00 cada sessão (CÂMARA NETO, 2011). Os dois hospitais públicos eram o HC e IPSEP (E10). Em 2013, são mais 4.000 fazendo a mesma média de sessões a R\$ 170,00 mês.

Com a publicação da primeira portaria, surgem novas controvérsias:

Quem não ficou satisfeito foram os donos de clínica pelos motivos que perderam dinheiro... os pacientes não ficaram satisfeitos por que você tinha toda uma legislação e se a vigilância fosse mandar cumprir uma portaria, ela fecharia a unidade. Mas eu vou colocar as pessoas aonde, se o número de clínica de diálise é menor do que a demanda? Para onde iriam 200 pacientes? A SBN foi em massa, nefrologistas unidos para conseguir reverter algumas perdas (E19).

As legislações publicadas também provocaram mudanças no tipo de rim artificial utilizado no país (máquina de hemodiálise), na extinção do mercado nacional de produção de equipamentos e na internacionalização da atividade de aquisição de equipamentos como verificado nos fragmentos “foi instituindo o tratamento deveria ser por osmose reversa” (E13). “Todos os equipamentos foram trocados com o financiamento do governo federal a fundo perdido” (E10, E13)

Várias foram as controvérsias sobre a TRS em Pernambuco levantadas durante a Tragédia. O quadro 6 a seguir destaca as principais e revelam a situação da assistência à época.

Quadro 6- Controvérsias surgidas durante a tragédia da hemodiálise em 1996.

Síntese	Material empírico
Qualidade do tratamento	Tenho aqui alguns dados sobre a Central Estadual de Nefrologia do Recife, supostamente o local mais indicado para que um paciente renal se trate no Estado de Pernambuco. A situação da Central Estadual de Nefrologia é a seguinte: ela não possui a chamada sala amarela, local onde os pacientes com AIDS ou hepatite devem fazer sessões de hemodiálise. Todos se submetem ao tratamento na mesma sala. Ou seja, uns contaminam os outros. Os lavatórios não estão em boas condições (Discurso de Carlos Wilson)..
Melhor Técnica de tratamento de água	O tratamento da água é insuficiente, por intermédio da dionização. O correto seria a osmose reversa. Não há manutenção periódica das máquinas. Não há desinfecção química após cada tratamento. São realizados até 30 atendimentos por turno, quando a capacidade é de 15 e, por último, os pacientes estão sendo submetidos a uma carga de tratamento inferior à necessária. Fazem sessões de três horas, em vez das quatro necessárias. São dados chocantes. E ainda há um cartel. (Wilson, 1996)
Reuso do dialisador	Os dialisadores, descartáveis, são utilizados até 30 vezes.
Custo do tratamento	Antes disso, os nefrologistas ganhavam muito dinheiro. Você pegava um dialisador daquele e o cara dialisava setenta vezes ou até romper... e via todas aquelas fibras vermelhas em sangue...não existia medicamentos como eritropoetina para aumentar hematócrito de sangue. Então o tratamento era muito ruim (E19). Muitos dizem que saúde não tem preço. Saúde tem preço sim e o custo é muito alto (E10).
Papel da SES	A Secretaria de Saúde de Pernambuco publicou nota oficial, no dia 14 de abril, nos principais jornais do Estado, afirmando não ter responsabilidade na questão de Caruaru. Faltou com a verdade. Segundo portaria do Ministro da Saúde, a fiscalização passou a responsabilidade para os Estados. Mas, em verdade, essa fiscalização não ocorre (Wilson, 1996)
Papel do MS	Os auditores do Ministério já inspecionaram 230 dos 430 centros de hemodiálise do país. De acordo com o ministro, muitos desses serviços estão em situação insatisfatória. Ele justificou que a fiscalização ainda não interditou alguns deles porque não há lugar para mandar os pacientes. - O objetivo da fiscalização não é destruir e, sim, melhorar a qualidade dos serviços (Informe do Ministério da Saúde) Todo mundo dizia que o governo federal não sabia coordenar a diálise no Brasil.
Falta de regulamentação sobre a qualidade da água	O governo federal foi massacrado pela imprensa. Caruaru foi um comoção, um marco decisivo para a gente ter uma regulamentação da terapia renal substitutiva no país. Então foi feita a primeira portaria a 2042 para dar uma regulamentada. Um meio “Cala a boca” do governo federal. Só que ninguém ficou satisfeito porque ela tinha uma série de exigências que a vigilância sanitária deveria fiscalizar. Inclusive botou o limite no reuso... imagine um nefrologistas que fazia 70 a e passar a fazer 6? para ele já era uma coisa absurda (E19)
Regulação	Incapacidade do estado regular o preço E ainda há um cartel. (Wilson, 1996)

Fonte: Wilson (1996)

O que fica claro então que houve a necessidade de melhorar a regulação para a TRS (CHERCHIGLIA *et al.*, 2013).

Como consequência do evento crítico, dois programas são criados junto à Vigilância Sanitária: um de monitoramento da qualidade de água e o outro da qualidade da assistência e organização da rede cuja prática é a seguinte:

Nós consumimos, bebemos, 2 litros de água por dia... um paciente de HD, passa pelo sangue, pela veia dele, 120 litros de água. Então, a água, nesse caso, é o principal meio de processo, e é o de maior risco. Esse foi o primeiro ponto importante – a questão da legislação se deu após Caruaru, alteração em nível nacional. Em PE, nós fizemos legislação própria, instituímos um trabalho específico, criamos um setor específico com médicos, enfermeiros, desde 06 janeiro de 1999- visitamos e coletamos

amostra; o tipo de equipamentos desde 2001, são todos computadorizadas, de propulsão; na questão do sistema de tratamento de água, instituiu a obrigatoriedade do sistema ser por Osmose reversa que é o que existe de mais moderno, na época e atualmente, hoje no mundo. Em 1999. A Apevisa continuou em 2006. Programa de monitoramento da qualidade da água, ainda está em vigor. Os demais transformações coube ao MS e à Anvisa, nada tão significativo. A visita é feita em todas as clínicas, todos os meses. Nós temos 27 clínicas e coletamos nas 27 clínicas amostras de bactéria lógica cianobactérias, para bactérias heterotróficas, Além das clínicas nós fazemos nos grandes hospitais da secretaria que tem salas de hemodiálise... o exame é papel do LACEN (Entrevista do Gestor).

As controvérsias levantadas durante a tragédia provocaram mudanças na legislação do tratamento da água de diálise, e mudanças extra-setoriais sobre o sistema de abastecimento de água e suas operações no estado (CÂMARA NETO, 2011).

Como outra consequência, o Estado passou a se destacar no cenário nacional como um dos estados que mais zela pela segurança do paciente: “Nós temos dois momentos na Hemodiálise do Brasil, principalmente em Pernambuco: antes e depois da tragédia de Caruaru. A tragédia de Caruaru que ocorreu em 96 foi um marco” (E13). “Eu acho que o estado se destaca por ter uma vigilância sanitária eficiente, rigorosa, que se aprimorou muito depois do acidente de Caruaru” (E9). “Isso fez com que a assistência de Pernambuco se diferenciasse” (E9, E2, E13). “Nós temos estruturação diferente do outros estados... infelizmente foi um acidente que precipitou a melhoria...era para ter a melhoria antes de acontecer um acidente, apesar de toda a precariedade do sistema eu acho que o estado ficou com essa marca” (E9). “Hoje nós atuamos numa atitude colaborativa com as clínicas para garantir a qualidade e não de punição” (E-Gestão). “Pernambuco superou a imagem que a tragédia deixou e se destaca no cenário nacional em segurança para o paciente” (E-Associação de Usuários).

A aplicação das categorias contidas no cartão de eventos críticos sintetiza, adaptada em relação ao termo contexto, deixam claras as causas e consequências do evento sobre a estruturação da inovação no estado (quadro 7, p. 89).

Quadro 7- Estrutura do Evento Crítico Surto de Microcistina, 1996

Evento Crítico Emergência-s	Óbitos de 72 pacientes - Surto de Myrocistina na água
Ação	Investigação das causas da tragédia. Fortalecimento da Gestão e do Controle da qualidade da água
Conteúdo do Texto- Tragédia	Óbitos de 72 pacientes - Surto de Myrocistina na água- (Descontinuidade do Abastecimento de água, Uso de água fornecida pelo Carro Pipa)
Controvérsias	Responsabilidade sobre a segurança do paciente e Qualidade da água Papel das instâncias do SUS no processo de descentralização
Interesses dos atores	Gestão-Control de riscos e de novos acidentes Ministério público- qualidade da assistência Econômicos –mercado interno e externo de equipamentos
Atuantes-Atores e interesses	Familiares, Ministério Público, Governo Famílias e advogados das vítimas Pacientes em diálise da rede Clínica IDR em Caruaru Equipes de Vigilância Epidemiológica e Sanitária Banco Nacional de Desenvolvimento Social- financiamento da mudança de todo o sistema de
Atuantes não humanos	Myrocistina-cianobactérias, Laudos de exames laboratoriais do Lacen, Sistema de Abastecimento de Água Estadual, Carros pipa, Sistema de Osmose das Máquinas de Diálise, Condições ambientais, procedimentos de rotina adotadas pelas clínicas de diálise, padrões de qualidade da água para TRS
Mediador	Ministério Público, Vigilância Sanitária
Intermediário	Regulamento normativo; Relatório dos procedimentos de auditoria Financiamento federal do BNDS para substituição de todo maquinário e adequação à nova legislação; Padrões da Qualidade de Água nas clínicas de diálise–
Inscrições	Regulamento Técnico para funcionamento dos Serviços de Diálise no Estado de Pernambuco (Portaria 783)
Consequências	Evento-1 – Implantação da Vigilância em Saúde junto às Clínicas de Diálise - Coordenação de Acompanhamento na VISA- embrião da gestão estadual da Rede Evento 3- Reabertura do serviço no Barão -1998 Evento 6- Papel do Estado na Regulação- Rigor do Credenciamento Evento7-Parcerias institucionais Inovação-Monitoramento da Qualidade da Água Inovação- Monitoramento da Assistência nas Clínicas de Diálise
Conexões	Setor público-privado, sociedade civil e sociedade civil organizada
Interações	Valorização do sistema de osmose Segurança do paciente Co-responsabilização setor público e setor privado- cooperação

Fonte: elaborado pela autora

A criação de um programa pode ser visto como um Evento Crítico (POTVIN, 2015)

Outras consequências encontradas na literatura como efeito foram: a Instituição da Autorização de Procedimento de Alto Custo em Alta Complexidade (APAC), e a substituição

das máquinas de tanque pelas de proporção, extinguindo tecnologia nacional e a inserção de empresas multinacionais (COELHO, 1998).

Denúncias nos canais de comunicação local revelam que até hoje as famílias não foram indenizadas, visto que os donos da clínica terem alegado falência à justiça.

A Justiça condenou os sócios a pagarem 100 salários mínimos às famílias das vítimas que morreram e 90 salários mínimos para as famílias das que sobreviveram..."Quando isso aconteceu eu falei: eu vou morrer e ninguém vai receber esse dinheiro. E tanto é que eu já estou com 77 anos e só recebi R\$ 4,5 mil", diz a parente de vítima... O juiz disse que já foram pagos mais de R\$ 1 milhão de indenizações, mas reconhece que ainda falta ser paga uma quantia calculada em R\$ 1,5 milhão..."Os advogados têm encontrado uma enorme dificuldade em encontrar bens em nome do instituto e, até mesmo, em nome de seus sócios", explica o juiz...Os empresários não estão mais na cidade. Enquanto isso as famílias aguardam por um desfecho. "No final, fica aquela história: ganha, mas não leva", diz a advogada... "O povo diz que a esperança é a última que morre, mas, infelizmente, dentro de mim ela morreu", lamenta a parente... (TRAGÉDIA, 2016).

O monitoramento da qualidade de água para diálise é um exemplo da intersetorialidade nesta questão. O quadro chama a atenção para outros atuantes não humanos como a água e as próprias crises de abastecimento no país. Em 2015, diante da crise de abastecimento de água ocorrida em São Paulo, essa discussão volta e é debatido no Congresso Nacional por meio de nota da Sociedade Brasileira de Nefrologia a um dos deputados em comemoração ao dia Mundial do Rim:

É grave o problema hoje com essa crise da água. Em torno de 100 mil pessoas estão fazendo hemodiálise no Brasil. Cada pessoa que faz hemodiálise gasta por mês 5.600 litros de água potável. Imaginem, com esse grave problema da água, como estão agindo determinadas cidades para realizar a hemodiálise, considerando que se gasta 5.600 litros de água por mês com cada paciente que faz a diálise (BRITTO, 2015).

O resgate da perspectiva histórica e social dentro dos sistemas de vigilância em saúde deveria ser uma base sobre a qual as análises epidemiológicas deveriam se assentar, sendo fundamental diante do aumento do cenário das doenças crônicas não transmissíveis (CESSE, 2009). A Vigilância tornou-se um nó conceitual estratégico dentro do Plano de Atenção de Atenção ao enfrentamento às DCNT nas quais a DRC foi considerada intrinsecamente relacionada às Doença Cardiovasculares com a denominação de um grupo novo: renocardiovascular (BRASIL, 2012). Para Malta *et al.* (2013), um sistema completo de Vigilância em Saúde precisa olhar para o sistema de determinantes sociais de saúde mas também para o desempenho dos serviços de saúde, especialmente o de atenção básica que

possui um grande potencial de alterar concretamente o cenário epidemiológico (MALTA, 2013; SCHIMIDT, 2011).

Esse evento também é um exemplo de inovação invertida, onde os países do hemisfério SUL exportam conhecimento e tecnologia para os países do hemisfério norte. E assim se inverte a lógica da difusão, mais encontrada nos eventos anteriores, onde a inovação foi produzida no norte e difundida no sul do globo terrestre (POTVIN, 2015).

7.4 A interação com os programas de formação e pesquisa

Estudos, pesquisas dos mestrados e doutorados e os processos de capacitação das equipes de saúde da família desenvolvidos pelos profissionais, especialmente dos hospitais de ensino com as teses de mestrado e do doutorado foram atuantes não humanos sobre as necessidades de formação no assunto.

Eles apontaram falhas no diagnóstico precoce da DRC pela atenção básica como o estudo realizado no Ibura em 1998: “Por responsabilidade do trabalho realizado eu comecei um fluxo informal entre o Ermírio e o ambulatório no qual atendo na rede pública” (E4).

Teve até a tese de doutorado que foi no Ibura. Foram alunos da graduação que foram treinados para fazer sumário de urina, independentes se diabético. Depois os paciente vinham para mim e isso gerou um programa de formação junto aos distritos. Há duas teses que estão se desenvolvendo... a gente consegue melhorar a assistência por causa dessas teses. Uma é em cardiologia, outra em geriatria e outra em fisioterapia... a gente traz pós-graduandos para poder melhorar a vida do paciente... não é só para ver sua tese e acabou... de forma nenhuma sempre a gente tá aqui para ajudar na assistência...é uma troca (E8).

Uma consequência de uma tese de mestrado onde interagiram ações de assistência e pesquisa foi a criação de um ambulatório de Nefropatia diabética no ambulatório de atendimento ao doente renal crônico no Hospital das Clínicas com a participação de um endocrinologista. Há também uma parceria com a Geriatria.

Nós temos no ambulatório, o ambulatório da nefropatia diabética... um endocrinologista que está lotado para a gente aqui... ele fez doutorado em nefropatia diabética junto com nefrologista... uma pessoa que a gente tem tecnicamente mantido... Mas isso não é comum nos serviços... A gente é um dos pioneiros no Brasil que colocou esse profissional... também existe no ambulatório de Nefro da Escola Paulista de Medicina e parece que em Juiz de Fora também...é um fluxo referendado mas não é protocolado... (Chefe de serviço)

Outro exemplo foi a pesquisa de 2001 realizada sobre a causas de nefropatia diabética no Centro Municipal Ermírio de Moraes que apontou a relevância da nefropatia de origem

diabética. Esta pesquisa gerou um fluxo informal entre a atenção básica municipal e o ambulatório do Hospital de Ensino Osvaldo Cruz oriundo do interesse do pesquisador.

O quadro 8 abaixo sintetiza o evento da criação do ambulatório decorrente do movimento da rede de estudos e pesquisas.

Quadro 8- Evento crítico ambulatório de nefropatia diabética no ambulatório de DRC.

Evento Crítico Criação	Ambulatório de Nefropatia Diabética
Ação	Pesquisas sobre a Doença Renal Crônica com ênfase na melhoria da assistência e do ensino
Contexto (conteúdo do texto da ação é circular)	Produção de estudos sobre a DRC, a nefropatia diabética e o fluxo da rede. Tese de mestrado do endocrinologista da rede pública da capital sobre Nefropatia diabética Tese de mestrado do nefrologista da universidade Estudo realizado no PSF de Jabotão sobre a DRC na AB
Controvérsias	Aumento da demanda de TRS por pacientes com DM Especificidades da atenção ao DRC com Nefropatia diabética
Atuantes-Atores e interesses	Pesquisadores, Nefrologistas, Pacientes Experiência da chefia com outros serviços de pesquisa universitários
Não humano	Diretriz da articulação pesquisa, ensino e assistência
Mediador	Chefia do Serviço de Nefrologia
Intermediário	Diretriz da articulação pesquisa, ensino e assistência
Consequencias	Criação do ambulatório de Nefropatia Diabética do Hospital das Clínicas, Pesquisas; Transferência de Conhecimento; Parcerias intrahospitais- Integração Matriciamento com a atenção básica- empoderamento Integralidade Prevenção de riscos aos vasos que serão utilizados nas confecções das fístulas arteriovenosas Acompanhamento do paciente com nefropatia diabética Padrões de acompanhamento ao paciente com Nefropatia Diabética Transferência do conhecimento com mudanças de práticas
Inovação	

Fonte: elaboração da autora

Para Latour (2001), a produção de conhecimento é etapa do processo de inovações. Para Figueiró *et al.*, o componente pesquisa foi um eixo essencial num dos estudos sobre inovação utilizando a teoria da tradução (FIGUEIRÓ *et al.*, 2016).

Os estudos podem se tornar referências para operações de tradução. A qualidade dessa referência está na capacidade de tornar os não humanos acessíveis às palavras, à habilidade de convencer os outros, atrair interesses pelas proposições, modificar interesses, visto que estes

não são fixos, estar seguro dos vínculos com as sucessivas mediações acumuladas, pela quantidade de interlocutores que atrai (LATOURE, 2001).

O conhecimento é um recurso que orienta a ação do humano que facilita a passagem de um ambiente normativo, padronizado como é a TRS satélite, para um processo mais criativo, facilitando a inovação e a satisfação com o trabalho (POTVIN, 2015).

É muito bom para o nefrologista ter o que a gente tem aqui. O Renal crônico vai chegar na hemodiálise com toda sua vacinação feita, com seu acesso vascular feito dentro do possível, tendo passado por profissionais como psicólogo, nutricionista, tudo no ambulatório... o que o paciente recebe de informação quando acessa o sistema pela emergência, o paciente aqui é preparado ao longo de várias consultas...até podia escolher entre transplante com doador vivo, diálise peritoneal, HD e transplante falecido...a opção acaba sendo HD. Aparelho cardiovascular conservado, há uma médica cardiologista que tem ênfase no DRC; tem duas teses rolando também, eles tem acesso a Eletrocardiograma, por quê? Por causa das teses para melhorar a vida do paciente também, não é só fazer sua tese e acabou... (Chefe de Serviço Hospitalar)

Há ainda **ações que conectam a TRS às redes sociotécnica de** pesquisa e formação em nível de residência, e está com a atenção básica. Também podem ser identificadas nas entrevistas ações de apoio à formação de profissionais na atenção básica em pequena escala como na fala de um dos chefes de serviço: “Nós iniciamos uma capacitação do PSF e também realizamos pesquisas em territórios do Saúde da Família...todavia esta ação não é frequente...a conexão acaba acontecendo entre ex-residentes e ex-tutores pelo vínculo profissional”.

7.5 A Residência Médica como Evento Crítico mediador de Redes

Da interação do cuidado integral da rede sociotécnica de atenção ao DRC com nefropatia diabética e a outra rede sociotécnica de formação e pesquisa, surgem dois mediadores: o programa de residência com rodízio em nefrologia, e os estudos e pesquisas (sobre nefropatia diabética e sobre a rede da TRS) que aperfeiçoaram as práticas do ambulatório das DRC em direção à integralidade e à transferência de conhecimento. Eles servem para resolver o problema da formação dos clínicos, médicos da família sobre o tema, como podemos observar na fala a seguir:

Ensino, pesquisa e Assistência... a gente tem assistência ensinando. Como a gente recebe cerca de 40 residente de clínica da cidade e do estado, ou às vezes até de outro estado, eles passam um mês para passar no ambulatório. O programa de residência ajuda muito...Esse fluxo dos residentes na nefrologia

já vem há uns 10 anos (desde 2006- do pro residência) ...Foi visto que a doença renal crônica era uma coisa que todo mundo tinha medo. Então faz os residentes de clínica tem que passar na nefrologia e incluiu doença renal crônica... Eles convivem com esses pacientes e perdem o medo. Então nosso papel na rede é justamente orientar os residentes. Para multiplicar lá fora e possam ficar tranquilos. É uma área de inicialização bem forte. Eles ligam e dizem: olha tem como abordar isso aqui? tem como? Não tem? Esse é uma coisa de rotina? Então, depois, eles são nossos parceiros. Eles que mandam e encaminham direitinho (E8).

Um grande mediador da integração informal entre a atenção básica e atenção ambulatorial especializada foi o evento do **rodízio da clínica média da residência médica na nefrologia**. A ação é realizada pelo programa de residência que envia seu residente de clínica para “rodar” na nefro e na atenção básica. Essa é a diretriz do Pró-residência, intermediário da rede nacional do programa de residência médica. Há uma interação de estudantes e profissionais. Os profissionais formados acabam sendo atuantes mediadores de integração da rede, ora atendendo e diagnosticando os pacientes na atenção básica, ora “tocando” ambulatório, ora encaminhando esse paciente para os ambulatórios dos hospitais de ensino. A residência médica em nefrologia ajuda a desenvolver as ações ambulatoriais do tratamento conservador.

Conhecimento, amizade e solidariedade são valores que emergem dessa relação, como demonstram os fragmentos: “O Residente muitas vezes toca muito bem esse ambulatório de terapia conservadora, né?” (E17-Gestor)

Eu acho que isso geram contato do futuro clínico, do futuro emergencista para a realidade da doença renal. Isso poderá um impacto a longo prazo em termo de formação...isso é interessante para divulgar especialidade...há um número pequeno de médicos formados em todo país... e na hora do residente de clínica médica passar na especialidade...a gente conhece médicos que abriram a cabeça para nefrologia no estágio da residência de clínica... e a gente cria com isso também uma rede de amizades com pessoas que conhecem o problema que podem ter o cirurgião vascular para receber meu paciente da diálise e ele vai operar o pé dele... a criação dos programas de residência (E9).

O fluxo de informação e de encaminhamentos dos pacientes entre as unidades básicas, o Ermírio de Moraes e o HC acontecem de maneira informal. A partir da interação entre professores e ex-alunos dos programas de residências, principais parceiros.

A Sociedade Brasileira de Nefrologia, também é dispositivo que favorece a integração dos profissionais. Esse nó adentra o próximo período com a realização de vários estudos que auxiliem a integralidade da atenção ao paciente.

Há alguns anos atrás (seis anos no máximo) a gente era o único centro formador. Então aqui a gente praticamente conhece todos nefrologistas da

cidade... grande parte deles foram nossos alunos a são nossos colegas da sociedade...eu tenho essa referência...eles ligam, eu ligo: eu tô precisando eu tô com vaga aqui... então tranquilo... todo mundo roda aqui... Liga para qualquer um dos médicos daqui: olha precisa encaminhar paciente para você, tem como? ... tenho... se não tiver urgência, vai para as vagas normais do SAME (Chefia do Serviço do HC).

Mais uma vez, cabe resgatar Latour (2001), quando fala que a associação de colegas em instituições é fundamental para expandir e consolidar o nós da rede.

Vale mencionar que a implantação de mais dois programas de residência em nefrologia para o estado em 2003, em rede, surge como resposta ao baixo número de especialistas no estado para estruturar todas as ações necessárias ao funcionamento dessa rede e às expectativas de crescimento, incluindo o transplante. Os programas nascem nos dois hospitais filantrópicos que realizam transplante (RHP e IMIP), embora na perspectiva de rede, o Barão de Lucena tenha plena possibilidade de apresentar uma proposta à Comissão Nacional para credenciamento de um programa em nefrologia.

7.6 O Programa de Diálise de Agudos

A inovação surge da interação entre rede básica e rede urgência e emergência para resolver a situação controversa sobre a falta de vagas nas UTIS e a internação de pacientes nas grandes emergências. Trata-se do Programa de Diálise de Agudos nas emergências e Unidades de Terapia Intensiva- UTI.

Os intensivistas começaram a identificar que os pacientes renais crônicos passaram a ocupar as UTI dos hospitais e a lotar as grandes emergências à espera do procedimento dialítico. O Hospital Barão de Lucena, central estadual para o procedimento de TRS, passou a ficar superlotada e não conseguiu mais atender à demanda da rede. Desde 2002 as clínicas satélites haviam sido chamadas a realizar este procedimento. As falas a seguir revelam esse assunto: Essa rede de agudos foi montada devido a falta de leitos de UTI na capital. Não teve nada a ver com diabetes. Isso ai foi consequência da falta de leitos de UTI. Ponto (E4). De 2008 para cá houve a epidemia mesmo de hipertensão e diabetes. Antigamente, a maior causa eram as glomerulopatias (E18). Todo mundo tá com um paciente nas suas unidades ocupando macas nas emergências, ocupando leitos na UTI (E3).

Portanto, um fator contextual local atuante a se considerar é a crise de leitos de UTI na rede sociotécnica hospitalar do SUS estadual, que vê na expansão do programa de TRS

crônicos, uma forma de drenar os pacientes em diálise do programas de agudos nas UTI e emergências e liberar vagas na UTI desafogando as emergências.

Há um grande consenso sobre a tendência crescente da demanda desses pacientes em curto e médio prazo se não houver mudanças estruturais nas políticas de promoção da saúde, prevenção das DCNT e na organização do assistência ambulatorial para o tratamento conservador. O maior impacto continuará sendo a lotação dos serviços de urgência e emergência.

As queixas principais são tanto por parte dos usuários quanto por parte dos gestores das unidades hospitalares que possuem serviços de urgência da rede própria do estado ou universitários. Os pacientes terminam por ficar internado única e exclusivamente para continuar o tratamento hemodialítico, quando eles poderiam já ter recebido alta da unidade de saúde e ser direcionado a uma clínica de diálise crônica. Não é infrequente os gestores hospitalares enviarem ofício para promotoria afirmando que pacientes estão ocupando leitos preciosíssimos na urgência, já caracterizada pela superlotação e esses pacientes poderiam estar em clínicas especializadas e contratadas pelo sistema para este fim. (E6).

A ação do governo foi a contratação de serviços de TRS à iniciativa privada (clínicas privadas) para atuarem na emergência e UTI, o que gera novas controvérsias na rede sobre a priorização do investimento: programa de agudos ou atenção básica? Programa público ou privado? Como se vê nas falas: “Foram criadas pequenas clínicas nos hospitais. Antigamente em cada hospital tinha nefrologista que dava o parecer, mas se mandava para o Barão” (E18). “A central era no Barão de Lucena” (E13; E17). “Vivia-se um inferno” (E16, E18). No estado, há 116 máquinas de hemodiálise em funcionamento nos quatro hospitais que atendem essa especialidade: 20 no Barão de Lucena, 20 no Hospital das Clínicas, 36 no Imip e outras 20 no Maria Lucinda (ISHIGAMI, 2016).

O programa foi institucionalizado em 2007:

Em 2007, cada Hospital ficou com um centro de diálise...O HGV ficou com a nefroclínica; o Otávio ficou com a multiRim; O procape o Hemope, a hemonefro; Correia Picanço e Agamenon ficaram com a Uninefro; S.O.S. ficou com restauração e Hospital Regional do Agreste (E Chefe de Serviço Privado). Além disso há suporte para o Hospital Metropolitano Sul, Norte e Oeste...é um convênio entre Organizações sociais IMIP e clínicas privadas ...mas o governo é quem repassa a verba...(E3). O Hospital Regional do Agreste Mestre Vitalina ficou com a clínica nefrológica de Caruaru. Hoje pra manter isso funcionando 17 médicos três enfermeiros e mantendo 43 técnicos. Além do transporte. O custo é muito alto (E3)

As informações acima revelam que mesmo a expansão das Organizações Sociais em Pernambuco (constituídas de instituições filantrópicas) são dependentes do setor privado com fins lucrativos no âmbito da hemodiálise ao subcontratarem o serviço.

Há controvérsias sobre a priorização do investimento nesta estratégia de terceirização em vez da rede pública:

A gente se surpreende quando encontra uma estrutura dessa toda montada dentro dos hospitais públicos e que não envolve a contratação de pessoal, e o hospital remunera pela contraprestação de serviço dentro da unidade de saúde (E 5).

Ao longo dos anos ocorre uma transformação na prestação desse serviço quando as clínicas passam entrar dentro dos serviços (públicos) de urgência e serem mantenedoras de serviços in loco nos grandes hospitais em grandes urgências, quando em tempos passados, existia serviço de referência em serviço próprio que era o hospital Barão de Lucena ou HC, que também tinha um serviço mas de uma estrutura de um pouco menor. E esses serviços ao longo dos anos não foram sendo, até de certa maneira, sucateados, e foram sendo substituídos por clínicas que passaram a montar estruturas próprias dentro seus hospitais públicos ligados à rede (E5). Fora a nossa estrutura muito boa é uma estrutura terceirizada. Eu acho que o estado teria que investir muito em diferentes setores de diálise para poder oferecer estruturas que hoje se fornece ao paciente que chega na emergência no setor de hemodiálise (E9).

A controvérsia é sobre a dúvida de que se o custo com a contratação fosse direcionado para o setor público, se este conseguiria prover a assistência como os serviços privados contratados mantém tanto em termos equipamentos quanto de recursos humanos.

As observações também apontam para que mesmo diante da proibição administrativa de terceirizar atividades fins essa prática se perpetua nas unidades públicas. A gestão alega que contratar nefrologistas é difícil pela quantidade pequena disponível no mercado, e que estes são atraídos pela rede privada.

Por outro lado, a contratação pelo estado impactaria sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal e sobre o sistema de previdência estadual. A questão da terceirização para reduzir o impacto sobre a LRF é bastante discutida como elemento restritivo à ação do estado na contratação de pessoal (CISLAGHI; TEIXEIRA; SOUZA, 2011).

A terceirização dessa atividades pode ser paga pelos recursos repassados pelo governo federal sem onerar o tesouro estadual. Essa prática de desonerar despesa do tesouro estadual é considerada como bom desempenho no âmbito do governo estadual e até se constitui como um atuante no contexto da gestão estadual.

Para os pacientes com Doença Renal Crônica, eles são surpreendidos com uma grande mudança de vida quando são atendidos nas emergências e direcionados para diálise.

Essas pessoas entram sem nenhum preparo para fazer o tratamento dialítico. Ou seja, elas entram na emergência, não sabem o que tem. É passar o cateter nessas pessoas... essas pessoas começam a fazer hemodiálise na emergência e entram no sistema ... nós poderíamos evitar se essa rede fosse melhor construída. (E19)

O quadro 9 permite visualizar a síntese do evento ocupação de Leitos de UTI e das Emergências pelos pacientes com DRC que redundou na Criação do Programa de Diálise do Agudo com incentivo financeiro próprio do governo estadual.

Quadro 9- Evento crítico da Implantação do Programa de Diálise nas Emergências e UTI

(Continua)

Evento Crítico Criação	Ambulatório de Nefropatia Diabética
Ação:	Contratação de diálise às clínicas satélites para os pacientes (crônicos e agudos) das emergências e UTI até a transferência para o programa de crônicos
Conteúdo do texto (referência circulante)	“Epidemia de DRA devido a HAS e DM” que superam a causa da Glomerulonefrite. Aumento das DCNT- Hipertensão e Diabetes ; Superlotação das urgências Falta de Leitos de UTI SES: Superlotação do HBL- central de diálise estadual (E16, E17, E18) Óbitos por DRCV(E9) SES: Papel da ABS falho e há uma epidemia DRC- Hipertensão e Diabetes nas emergências Epidemia de pacientes com IRC devido à HAS e DM nos serviços de emergência e UTI para realizar diálise
Controvérsias	Gestor de Clínica: Doente Renal Crônico ocupando Leito de Urgência e UTI Implantar serviço público próprio ou Terceirizar serviço de diálise para as emergências. Uso do espaço público pelo privado (E15); Objeção quanto à terceirização de área finalística- SAD
Atuantes-Atores e interesses	Secretaria Estadual de Saúde- aumentar vagas de leito de UTI, reduzir superlotação das emergências Intensivistas, Nefrologistas – salvar as vidas, ampliar inserção no mercado público e privado Prestadores públicos- reduzir superlotação das emergências e UTIS Prestadores Privados- expandir negócio, lucro, prestar serviço de qualidade, reduzir os óbitos Ministério Público- qualidade da atenção Usuários- acesso ao serviço que necessita- diálise
Mediador	Coordenação da política estadual de nefro e uti-humano Comitê da Política para construção do plano- atuante não-humano Construção do Plano Estadual de Nefrologia- não humano
Intermediário	Incentivo do tesouro estadual-não humano Gestor da Unidade Hospitalar- humano Política Estadual-não humano Referência de hospitais públicos e OSS por clínica terceirizada

Fonte: elaboração da autora

Quadro 9- Evento crítico da Implantação do Programa de Diálise nas Emergências e UTI
(Conclusão)

Evento Crítico Criação	Implantação do Programa de Diálise nas Emergências e UTI Hospitalares – 2009 (Rede sociotécnica)
Consequências	Programa de Diálise nas Emergências e UTI Hospitalares – 2009 (Rede sociotécnica) Acesso à TRS, Protocolos, Redução de óbitos, Sobrevida, ampliação de custos para a SES. Implantação da Regulação da Diálise do Agudo, Implantação da Regulação da Diálise do Programa de Crônico, Constituição de um comitê gestor da política, Reconhecimento da necessidade de fortalecer as ações de prevenção e promoção na atenção básica
Conexões	TRS de Crônicos das Clínicas Satélites, UPAS, Metropolitanos, Regulação, Central de Diálise do Estado, Regionais
Inscrições	Plano Estadual de Nefrologia de 2009, Processo do Ministério Público, Processos administrativo da SES, Taxa de Ocupação de Leitos de UTI por Doentes Renais
Espaço	Rede de Urgência e de UTI Estadual
Tempo	Desde 2002, 2007 novas regras

Fonte: elaboração da autora.

O incentivo próprio do estado foi um grande atuante intermediário que atraiu o interesse da iniciativa privada: “E o Estado precisa pagar a mais por isso. A diálise crônica é financiada pelo Governo Federal. A das emergências são financiadas pelo governo estadual. Então tem um custo maior. A própria estrutura necessita que ela seja mais cara” (E3).

A consulta a tabela 3 fornecida pela SES demonstra que o estado paga a mais por cada diálise

Tabela 3- Valores de sessões de hemodiálise

Hemodiálise		Valor SUS	Valor Estado (Complemento)	Total
Ambulatorial	Máxima 3 sessões por semana	179,03	0,00	179,03
Ambulatorial HIV	Máxima 3 sessões por semana	265,41	0,00	265,41
Ambulatorial Pediatria	Máxima 4 por semana	353,88	0,00	353,88
Hospitalar	Curta -4h	265,41	334,59	600,00
Hospitalar	Contínua- 6h	265,41	434,59	700,00

Fonte: Pernambuco (2016).

Esses valores foram renegociados em outubro de 2016 em reunião no Ministério da Saúde, mas tanto para SBN quanto para a ABCDT, eles ainda são defasados:

Ministério da Saúde anunciou um reajuste de 8,47% no valor da sessão de hemodiálise a partir de janeiro de 2017. O valor passará de R\$ 179,03 para

R\$ 194,16. Porém, ainda é insuficiente para cobrir os custos, pois as clínicas ainda vão arcar com uma diferença de R\$ 37,42 em cada sessão. Técnicos do Núcleo Nacional de Economia da Saúde fizeram uma breve apresentação, com base na planilha enviada pela ABCDT e SBN, dos resultados do estudo “Custo do Procedimento de Hemodiálise para o SUS”. Na planilha apresentada pelas entidades em 31 de março/2016 o valor real de uma sessão de hemodiálise era de R\$ 256,98 e foi solicitado um realinhamento de 43,54% sobre o valor atual R\$ 179,03 (Informe da ABCDT nacional).

Em 2017, o valor da TRS ambulatorial passou de R\$ 179,03 para R\$ 194,16 conforme negociação por meio da Portaria nº 98 de 06/01/2017 (BRASIL, 2017). Nesta mesma reunião, houve o compromisso de revisar as exigências contidas na portaria GM/MS nº 389 de 13 de março de 2014 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CLÍNICAS DE DIÁLISE E TRANSPLANTES, 2016).

Como principais consequências identificam-se a redução da mortalidade, aumento da sobrevida, mas, também, o aumento do custo para o estado, visto ter sido criado um incentivo próprio que complementa a tabela SUS repassada pelo Ministério, e uma porta nova para o programa de crônicos: “Efeito colateral bom positivo porque a gente aumentou a sobrevida mas consequentemente a gente sobrecarregou a rede de clínicas conveniadas”. (E16). “É uma diálise cara, mas para o paciente melhorou muito. A grande maioria morria. Ampliou acesso e reduziu mortalidade e melhora clínica (E18) mas abriu-se uma porta para o programa de crônicos”. (E16). “E aí consequentemente a rede começou a ser sobrecarregada... as clínicas terceirizadas do SUS começaram a ficar lotadas e até hoje há uma lista de espera de pacientes em condições de alta hospitalar mas que não podem sair porque ainda não conseguiu uma clínica satélite” (E16).

As consequências desse evento foram a melhoria da qualidade e redução da mortalidade eu não tenho números para te dizer mas isso aconteceu a olhos vistos... pro lado que é uma solução e por outro lado como visivelmente a gente Melhorou, a mortalidade baixou então, teoricamente, esses pacientes sobreviveram mais e saem daquele evento da urgência e vão precisar da continuidade ao seu tratamento (E16). Então teve uma coisa ruim...eu passei a onerar por que o sistema foi criado para o número de pacientes ... na realidade, de repente, você tem um bocado de gente que tava na emergência que ficava no hospital de emergência fazendo diálise enquanto a gente arruma uma vaga no programa ambulatorial de crônicos (E10).

A rede de transplantes também sofre impacto pois novos potenciais receptores passam a ser identificados e amplia a demanda.

Para o paciente com Nefropatia diabética, essa medida foi muito impactante:” Esse programa já salvou muita gente que morria sem assistência, só não temos dados para provar

isso” (E4). “É uma diálise cara, mas para o paciente melhorou muito. A grande maioria morria. Ampliou acesso e reduziu mortalidade e melhora clínica” (E18).

A doença cardiovascular associado à doença renal crônica que é um fator muito limitante especialmente um diabético porque o risco cardiovascular do diabético com doença renal crônica é maior...é mais fácil ele morrer de doença cardiovascular do que ele chegar diálise...os que fazem diálise são sobreviventes de infarto por exemplo (E9).

Este programa também trouxe como consequência o fortalecimento do papel regulador da gestão. A regulação do acesso ao programa de crônicos em conjunto com a nova coordenação da política de UTI e Nefro, e a as ações de vigilância, passam a fortalecer um novo nó: o da gestão estadual. O fortalecimento da regulação pode ser visto na fala: “Para ter acesso à terapia renal substitutiva ele passa necessariamente pela emergência porque é cruel mas mesmo paciente que tá sendo acompanhado no ambulatório” (E1). “Teve uma coisa boa que foi a regulação que antes não tinha. Eu pegava meio doente do meu consultório e arrumava uma vaga para ele na minha clínica de diálise... a partir desse momento não conseguimos fazer isso... a regulação tem a vantagem de regular” (E10).

Realmente, há um consenso entre os diversos segmentos a respeito do que seria o modelo ideal de atendimento ao DRC, tendo como marcador a ND, como expressam as falas a seguir:

Que essas pessoas desde a atenção básica sejam acolhidas, o diabetes seja tratado e acompanhado de forma adequada, sejam percebidos sinais iniciais de alteração renal causada pelo diabetes, e, daí começar um tratamento conservador com um nefrologista. Esse seria o movimento ideal, deixando a terapia renal substitutiva para um momento muito posterior. Infelizmente não é isso que a gente observa... o que a gente observa é que esses pacientes, eles muitas vezes chegam na emergência já com a complicação. Muitas vezes eles são atendidos de urgência. Deveria começar na atenção básica né? (E-Gestor).

Esse trecho da entrevista com representantes do controle social revela que a realidade é bem diferente: Mas, cai paciente de bolo no sistema de urgência (E Controle social).

Ao longo dos anos, parece não ter havido nenhuma ação de impacto sobre essa situação no âmbito da atenção básica: Do ponto de vista concreto, eu não vi nenhuma ação que efetivamente tenha impactado na assistência de curto, médio e longo prazo no sentido de diminuir né a entrada de pacientes, que no futuro venham a necessitar desse tipo de terapias como, por exemplo, estruturar a atenção básica (E6).

De fato, os serviços de urgência e emergência servem aos episódios de agudização da doença; mas não resolvem o problema na raiz, vez que essa potencialidade encontra-se na Atenção Básica e nas ações de Promoção da Saúde (MENDES, 2012). Todavia, a trajetória

principal de entrada de pacientes é a emergência. Para Malta e Merhy (2010) entrando ou não pela emergência, ao acessar o sistema de saúde, o paciente precisa ser inserido na Linha de Cuidado.

7.7 A Mediação Tríplice da Gestão Estadual: Vigilância, Regulação e Coordenação

A institucionalização da gestão estadual da rede de atenção ao doente renal crônico no SUS, nasce da criação de estruturas organizacionais coordenadoras e reguladoras do acesso e da qualidade das intervenções ofertadas à população como a da vigilância, a da regulação e da coordenação da política de atenção ao paciente renal crônico, o envolvimento da atenção básica, em um grande movimento que nasceu com o SUS: “O SUS criou uma rede de uma maneira ou de outra...”(E5) “ela vem muito fraca [...] .no início não tinha muita amarração[...] a SES não tinha gerência sobre o número de pacientes que entrava no programa, não tinha nenhum fluxo[...] o estado pagava o que era feita e acabo a história... as unidades decidiam que doente receber (E1, E10) .” O SUS (1990) foi o início de tudo” (E5).

A gestão estadual da rede é composta por 03 grandes pilares: a vigilância, a regulação, a coordenação da política. Essas planejam, mediam conflitos, produzem e montaram informações, articulam, coordenam, negociam, avaliam, financiam. Como a vigilância foi bastante discutida anteriormente, nos deteremos ao componente coordenação e regulação.

7.7.1 A Regulação da TRS

A ação de regular o acesso é forte na interação do programa de TRS satélite e a TRS hospitalar. Ela surge para resolver a situação de contribuir com a retirada dos pacientes renais crônicos em diálise no programa hospitalar das UTI e emergência e direcioná-los para o programa de TRS de crônicos (Quadro 10).

Ela promove a relação da TRS destinada aos pacientes crônicos com o programa de agudos, tendo como intermediário atuante os protocolos, sendo os principais mediadores a Central de Regulação e a equipe de médicos reguladores que usam os protocolos. Embora não haja prontuário eletrônico, o sistema de informação da regulação é um grande intermediário de informações (O S-SUS), bem como o modelo de encaminhamento dos pacientes da rede pactuado no protocolo.

As falhas na ação de direcionar o fluxo de pacientes acontece quando é necessária uma interação dos ambulatórios e a atenção básica, e o ambulatório e o Transplante. Assim, o

programa de agudos acaba sendo um intermediário do acesso ao programa de crônicos. A regulação também atua ora como mediador, ora como grande intermediário deste acesso programa.

Central de regulação do renal crônico...na época, por exemplo, tava sendo criado a parte de TRS dos Agudos, que não eram agudos. A grande maioria são pacientes crônicos que chegam nas urgências e começam diálise... você instituiu a central de regulação desses pacientes renais crônicos... então, por exemplo, na época quem queria ficar com o bonzinho ficava com o bonzinho e o ruinzinho ia para o Barão... e a regulação acontece de uma forma que o paciente fosse mais próximo da sua casa, na clínica mais próxima da sua casa... só quando realmente não tem, a gente tem que mandar para outro local, mas, ficou mais organizado essa rede... tanto é que todos, até hoje, depois do instituído, ninguém (clínicas) nunca reclamou (E18).

Em outros estudos, a ação de territorialização chegou a ser um evento crítico pelo número de atores que mobilizou, pelo movimento e consequências que causou na rede (FIGUEIRÓ *et al.*, 2016). Aqui estes eventos dão sustentabilidade à rede.

Ainda em relação ao papel regulador, exercido pela gestão estadual, ocorre a necessidade de investir na regulação do acesso em nível ambulatorial, junto aos ambulatórios de especialidade em Nefrologia do HBL, Procape e HC. Até então, o fluxo ocorre de maneira informal pelo conhecimento e amizade entre os profissionais, dificultando o acesso do paciente aos serviços que foram encaminhados. Mas esse é grande desafio, porque quem regula é a central de marcação do hospital. Há uma negociação pela frente que implica em mudanças de papel. Esse um ponto de passagem obrigatório.

Os textos abaixo revelam o quanto o paciente fica perdido no sistema sem essa garantia institucionalizada de acesso. O conhecimento entre os profissionais é quem acaba atuando quando o paciente está grave: “Infelizmente ainda não tem essa coisa estruturada de regular para ambulatório” (E Gestor).

Aí o usuário fica, ou você, ou ele próprio, com o encaminhamento da atenção básica ou do Especialista. Dá entrada no Barão de Lucena ou no ambulatório do Hospital das Clínicas ou no Hospital do Procape. Um desses três. Ou algum conhecimento, algum contato mesmo (E 3).

Muito mais uma regulação informal entre profissionais pelo conhecimento, né? Todo mundo se conhece. Como é uma área muito específica, todo mundo se conhece. E os especialistas que estão no HC, lotados no Barão... todos se conhecem (E Gestor).

E ainda porque quando chega o encaminhamento da rede municipal pra marcar na rede estadual, o atendente diz: ah! não é aqui não! O paciente é mandado embora. E por quê? O paciente é o quê? É americano é? (E – Chefe de serviço) Quando o caso é urgente, eu mesmo ligo para o conhecido amigo e peço (E- Chefe de Serviço).

Quadro 10- Estrutura do Evento Crítico Fortalecimento da Regulação.

Evento Crítico	Implantação da regulação do acesso à TRS em 2007
Criação	
Contexto	Criação do Programa de TRS Agudos Aumento da população com DRC atendida nas UPA Aumento do percentual de pacientes com DRC nas UTI e nas Emergências aguardando vagas na TRS ambulatorial Complexo regulador em 2012
Ação	Transferência dos pacientes da diálise de agudo para o TRS de Crônicos Elaboração de protocolos de acesso Capacitação da regulação nos municípios sobre os protocolos de acesso
Atuantes-Atores e interesses	Gestor da regulação SES Gestor da regulação SMS Médicos reguladores Gestores dos serviços de nefro TRS Diretores de Unidades Hospitalares de Grande Porte Chefes dos Serviços de Nefrologia Chefes dos Serviços contratados Usuários e suas famílias
Não humano	Protocolo de regulação Senha de acesso Sistema de regulação S-SUS Emergências UTI
Mediador	GRAMBI
Intermediário	Protocolos de acesso pactuados
Inscrições	Protocolo de acesso
Conexões	UPA-Hospital TRS Programa de Agudos –TRS Programas de Crônicos
Resultado das Interações	Fortalecimento da Gestão estadual
Consequências	Fortalecimento da regulação TRS Fortalecimento da integração SES e SMS
Controvérsias	Regulação ambulatorial para o tratamento conservador Regulação do acesso ao tratamento ambulatorial conservador
Inovações	Comitê gestor da política

Fonte: elaboração da autora

Embora, a diretriz da regulação seja pelo empoderamento das próprias unidades de saúde da família consultantes como unidades solicitantes, há uma condição para isso: o acesso à internet e um protocolo pactuado. No caso da regulação ambulatorial em nefrologia não há protocolos pactuados. Observaremos mais à frente que o Programa de Residência é uma grande mediador da interação atenção básica, atenção ambulatorial e TRS. O conhecimento clínico de cada profissional e

conhecimento sobre os protocolos de regulação definem o projeto terapêutico e orientam o percurso do usuário na rede:

A gente tem serviços especializados regulados e que muitas vezes a demanda não chega. E aí não chega porque quem está na ponta não conhece. Afogados da Ingazeira tem o percentual muito grande de unidades solicitantes. A própria Policlínica ou o próprio PSF pode colocar solicitação do que está pactuado nos protocolos. Recife e Jaboatão também. Eu tô falando de que a municípios nas quais várias unidades de saúde já são informatizadas, a unidade mesmo solicita a demanda. Vai passar pelo médico regulador da central estadual. Mas se tiver de acordo com os protocolos, vai ser autorizado. Estando de acordo, ele faz agendamento de paciente. O sistema de regulação que a gente usa é o CMC. No caso da diálise, o sistema é outro Sistema S, mais antigo. E ainda não dá. (E-gestor).

No caso do acesso ao programa de diálise ambulatorial nas clínicas satélites ele ocorre por intermédio da interação entre a regulação estadual e municipal como podemos entender nas falas a seguir: “A regulação do município faz o contato no sistema de regulação estadual e insere esse usuário na lista de espera por uma vaga na clínica de hemodiálise” (E-gestor municipal). “Porque a gestão e a regulação para as clínicas de hemodiálise são de responsabilidade do Estado” (E-Gestão municipal)

A demanda por TRS não para de crescer. Diante desse cenário, aumenta a necessidade de ampliar a rede de TRS, ao mesmo tempo que fortalece o interesse da gestão pela redução dos gastos com o programas de agudos, pois a diálise do agudo tem um incentivo financeiro estadual complementar ao reembolso federal. A preocupação passa a ser com o custo e a sustentabilidades do programa.

No discurso da gestão, os conceitos de regulação, regionalização e territorialização são atuantes não humanos bem fortes, assim como aconteceu no movimento de expansão de vagas de diálise do programa de crônicos quando os serviços são dispostos no território conformando uma lógica territorial. A regulação atua em duas grandes frentes: a interação com as clínicas satélites e os filantrópicos; e a regulação do acesso na central, setores que interagem bastante com a gestão municipal.

Você vê o paciente navegando na rede, vendo a necessidade do paciente, o paciente na atenção básica precisa de especialidade ...o objetivo é que a gente tenha várias linhas de cuidados e todas reguladas porque a necessidade do paciente é múltipla para que ele acesse o especialista. Do especialista preciso da alta complexidade... Esse é a imagem necessária do cuidado integral (E Gestor).

Até hoje com esse acompanhamento regulando fazendo esse trabalho de corpo-a-corpo aí você vê o que a gente conseguiu crescer nesses três anos...nenhuma clínica ficou de fora. Todas as clínicas a gente chamou para uma conversa, com cada uma, a gente disse o que era que a gente tava querendo, e qual era a proposta da secretaria (E Gestão).

A regulação é uma função da gestão. Caso não ocorra pode fragmentar redes. Caso funcione, pode ser fator de apoio para implantação de uma linha de cuidado que flui sem obstáculo, e portanto, promotor da integralidade. O cuidado é não burocratizá-la, transformando-a num mero intermediário incapaz de enxergar o projeto terapêutico que dá suporte às necessidades ou transformar o usuário num mero usuário, sem poder de mediar processos próprios (BONET *et al.*, 2009; MALTA; MERHY, 2010). Em que pesa a lógica da eficiência pela qual se pauta a gestão seja o mais emergente no discurso da regulação, a lógica da integralidade é o que sustenta o SUS.

A regulação, a coordenação e a regionalização são elementos de governança de uma rede (BUTTARD, 2008, 2011). Portanto esse movimento é o embrião do quarto movimento da rede.

O Evento é de sustentabilidade à rede de clínicas satélites de diálise. Não é de criação ou implantação, mas permite estabilizar a relação de contratualização público-privada num cenário de crise (Quadro 11).

Quadro 11- Evento Credenciamento de novos serviços de TRS, 2013.

Evento Crítico Criação	Credenciamento dos serviços de TRS Implantação da regulação do acesso à TRS em 2007
Contexto	Renovação dos contratos de TRS Contratação de novas vagas
Ação	Credenciamento de serviços
Atuantes-Atores e interesses	Gestor da regulação Secretaria de administração Empresários do setor
Não humano	Modelização da rede- dimensionamento de base populacional
Mediador	Assessoria da Secretaria Executiva de Regulação
Intermediário	Edital de Credenciamento
Inscrições	Edital de Credenciamento
Conexões	Público-privado (clínicas satélites) Público-filantrópico (centros de diálise)
Consequências	Fortalecimento da Gestão estadual; Fortalecimento da regulação na política de atenção ao DRC; Regularização dos contratos; Transparência das informações públicas Sustentabilidade da Rede TRS ambulatorial; Ampliação do acesso dos usuários do SUS à TRS ambulatorial; Redução da fila de espera nas emergências Redução do número de pacientes nas emergências;Captação de recursos federais
Inovações	Comitê gestor da política

Fonte: elaboração da autora

7.7.2 A implantação da coordenação estadual UTI-Nefro

A implantação da coordenação de UTI-Nefro é um evento crítico que inova a ação da gestão pois modifica a política estadual de nefrologia. Induzida pelo contexto nacional, promoveu a implantação do comitê de acompanhamento da política, que teve papel bem ativo mas atualmente sem funcionar. Este comitê desempenhou um papel de grande mediador, fortalecendo o nó denominado gestão estadual.

Em PE a gente ganhou muito a partir do momento que a gente fez instituição do comitê que era pra acompanhar a implantação da política. Esse comitê tinha um representante de cada instituição do estado e tinha o representante das clínicas terceirizadas, no caso que fazem prestação ao SUS ... Então a gente discutia e saia muito a resolução de alguns problemas... e então esse comitê foi o mais, assim, interessante na construção da política. Que eles começaram desde início, na maneira de fazer a rede...até depois da implantação. Porque consta em portaria da política nacional, que se deve ter o comitê para acompanhar a implantação da política ... então na época foi criado. E assim, tinha reuniões, periódicas, a gente resolvia muita coisa... Então a gente cresceu muito...nessa parte, até porque envolveu todos atores, cada uma com sua necessidade e com sua responsabilidade... (E18)

A consequência é que política estadual é reformulada e o componente da atenção básica é destacado:

Na época que a gente fez o plano estadual da rede, de doença renal crônica, a gente fez um levantamento...dava para contar na mão o número de municípios que fazia a hemoglobina glicada e a microalbuminúria como exames de rotina. Até porque são exames mais especializados que, via de regra, o laboratório municipal simples não realiza. Mas eu sinto isso: eu sinto que alguns municípios, mesmo tendo no caderno de atenção básica, a obrigatoriedade de você tá dosando hemoglobina glicada, microalbuminúria, pelo menos uma vez ao ano, se conta no dedo. (E17)

Ao observamos o quadro 12 (p.110) é possível ver que nasce um processo de governança da rede nos comitês. Esse processo deveria ter adquirido uma amplitude maior no quarto movimento da rede, voltado para estruturação de uma coordenação mais sistêmica de ações na rede e não apenas num serviço. Para tanto, deveria envolver os atores que fazem parte desta rede. Neste momento, os usuários não foram incluídos mas eram recebidos pelo secretário e pelo governador.

Além do que consta na entrevista, a inscrição, contida no documento denominado *Revisão da política de atenção ao portador de doença renal*, registra o reconhecimento da atribuição do papel esperado pela atenção básica junto ao paciente com DRC. A necessidade

de reorganizar a atenção básica aparece como central no plano, sobretudo por meio de ações de capacitação para melhoria das doenças de base.

A dificuldade de institucionalizar a coordenação de atenção às doenças crônicas de maneira formalizada na atenção básica da secretaria estadual, surge como algo que dificulta essa ação. O cargo que pertencia à coordenação de DCNT da atenção básica estadual foi deslocado para outro programa prioritário da gestão (Mãe Coruja), ficando a atenção básica com a função, mas sem a instância organizacional formal capaz de abrigar quem lidera a ação.

Contextualizando, no âmbito estadual, o papel da atenção básica também se encontra desenhado no Plano atual da Rede de Atenção ao Doente Renal Crônico e na Modelagem da Rede. Na instância federal, a SBN comemora a introdução do tema nos Cadernos da Atenção Básica. Este foi produzido pelo Ministério da Saúde, e as diretrizes foram elaboradas pela Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Todos estes últimos são mais potenciais mediadores porque ainda não foram capazes de transportar causa e efeito, precisando de aliados nas unidades de saúde da família e talvez de movimentar a interação com outros nós da rede, como é o caso da assistência farmacêutica ou da atenção especializada em apoio diagnóstico.

Quadro 12 - Estrutura do Evento Crítico: Coordenação estadual de UTI-Nefro na SES/PE. 2009.

(Continua)

Evento Crítico Criação	Implantação da coordenação estadual de UTII-Nefro em 2009
Contexto	Necessidade de implantação da política estadual Nova portaria do governo federal sobre a atenção ao DRC com proposição de criação dos comitês no âmbito estadual Crise de UTI com alto percentual de leitos sendo ocupados por pacientes com DRC Criação do Programa de Agudos Política Estadual construída desde 2005
Ação	Revisão da política estadual de atenção ao portador de Doença Renal Crônica
Atuantes-Atores e interesses	Gestor da política; Gestor do setor privado Gestor da atenção básica SES; Gestor da regulação Gestor da Vigilância Sanitária
Não humano	Nova Portaria Ministerial; Plano diretor de regionalização
Mediador	Comitê Gestor da Política
Intermediário	Lista Nacional de Medicamento- Rename
Inscrições	Documento de revisão da política intitulado: <i>Revisão da política estadual de atenção ao portador de doença renal crônica</i>

Fonte: elaboração da autora.

Quadro 12 - Estrutura do Evento Crítico: Coordenação estadual de UTII-Nefro na SES/PE. 2009.**(Conclusão)**

Evento Crítico Criação	Implantação da coordenação estadual de UTII-Nefro em 2009
Conexões	Público-privado Três setores de regulação da Gestão SES
Resultado das Interações	Valorização da Atenção Básica- Plano de capacitação Valores de cuidado integral Resolução de controvérsias; Fortalecimento da TRS Interiorização; Fortalecimento do Programa de Diálise de agudos
Consequências	Fortalecimento da regulação TRS
Controvérsias	Responsabilidades SES e SMS na oferta de medicamentos para gestão da doença de base da DRC quando do surgimento e demandas de novos medicamentos pelos usuários em ações judiciais, ainda não incorporados à lista oficial.
Inovações	Comitê gestor da política

Fonte: elaboração da autora.

7.8 A interação com a Rede sociotécnica da Assistência Farmacêutica

Dados de observação e de entrevistas nos fazem apontar que o programa ocorre pelo aumento de usuários na farmácia estadual. É uma forma de reduzir o volume de usuários que frequentam o estabelecimento, organizando melhor o processo de trabalho. Estes vem tanto do setor público quanto do setor privado, possuidores até de planos de saúde.

A inovação produzida pela interação das redes foi o Programa Farmácia Itinerante e a de Infusão. Trata-se de resolver o acesso dos usuários que fazem diálise aos medicamentos do programa de crônicos nas seguintes ações:

Nós temos duas equipes que vão para clínicas de hemodiálise. Nós temos o setor que trabalha diretamente com as clínicas de hemodiálise...Nós temos o setor chamado farmácia Itinerante que mensalmente vai às clínicas de hemodiálise e faz a dispensação das medicações na clínica de hemodiálise diretamente para o paciente, com acompanhamento da clínica. Em algumas clínicas, nós já estamos fazendo da dispensação pela própria unidade e monitorando pelo sistema Hórus. As clínicas do interior são feitas pelas farmácias da Geres. Nós temos também uma farmácia chamada de infusão que quando há necessidade do paciente internado para fazer algumas medicações a gente acompanha para não ter perda de insumos, a gente acompanha a infusão e traz o restante do medicamento que não foi utilizado. (E-gestor)

Esse nó da rede, revela grandes dificuldades na relação setor público e mercado de medicamentos. O atuante forte é o conceito e ação de judicialização da Saúde pelos usuários. Influências externas em relação ao mercado de medicamentos e ao contexto de crise afetam o processo de gestão do sistema e, conseqüentemente a aquisição e distribuição da medicação.

Mesmo com o programa, desde o início do ano de 2016, com a crise financeira pela qual passa o país, a regularidade do abastecimento de medicamentos ficou bastante comprometida. Não só os profissionais da rede percebem isso, como também os gestores do programa que atribuem os problemas de irregularidade no abastecimento à falta de lastro financeiro do programa para honrar os pagamentos com os fornecedores. Do ponto de vista administrativo, a celeridade nos processos aquisitivos da gestão estadual foi mediado pelo comitê gestor de compra envolvendo várias áreas da secretaria, e a gerência de portas abertas. Falta, no entanto, recursos financeiros. É uma eterna negociação com o mercado de medicamentos.

Quadro13- Evento Crítico Farmácia Itinerante de Medicamentos Excepcionais, 2013.

(Continua)

Evento Crítico Criação	Farmácia itinerante e Medicamentos Excepcionais⁹
Contexto	Regionalização da assistência Aumento de usuários do Programa de Medicamentos Excepcionais do Governo Estadual Monopólio da indústria farmacêutica sobre a produção de determinados medicamentos colocados no mercado e comprados pelo governo Judicialização pela aquisição de medicamentos inovadores Crise política e financeira tem prejudicado o lastro financeiro para pagamento em dia aos fornecedores
Consensos	Há dificuldades de aquisição, hoje muito mais devido ao lastro financeiro da SES do que pelos processos administrativos internos diante dos processos de aquisição de medicamentos. No último tempo, sempre se consegue devido à solidariedade entre os pacientes e entre os serviços. Melhorou bastante
Ação	Provisão da medicação nas clínicas de diálise com dia e hora marcadas. Integração com outros setores da administração para dar celeridade aos processos de compra de medicamentos; gerência portas abertas aos profissionais e usuários;
Atuantes-Atores e interesses	Aquisição e provisão de medicamentos excepcionais- gestão Usuários- acesso aos medicamentos prescritos e às inovações lançadas pelo mercado Profissionais-acesso dos usuários aos medicamentos e sucesso do tratamento Produtores e Fornecedores de medicamentos- saúde financeira Sucesso dos enxertos na prática do transplante Serviços- manter um estoque para os períodos de falta de provisão Gestor da política- provisão e manter um horizonte de aquisição, reduzir sofrimento dos usuários da TRS e facilitar o acesso à medicação Promotores, Advogados-garantia dos direitos de seus clientes Ministério Público- qualidade da assistência e garantia do direito

Quadro 13- Evento Crítico da Farmácia Itinerante de Medicamentos Excepcionais, 2013.**(Conclusão)**

Evento Crítico Criação	Farmácia itinerante e Medicamentos Excepcionais⁹
Não humano	Lista de Medicamentos de responsabilidade da SES Medicamentos fornecidos pelo MS Sistema Hórus Processos da Justiça Diretriz da Regionalização Indústrias de Medicamentos
Mediador	Coordenação da política de assistência farmacêutica Comitê dos usuários Comitê de Compras
Conexões	Assistência Farmacêutica Nacional e Municipal Controle social (usuários, ministério público, central de transplantes, profissionais do sistema)
Resultado das Interações	Solidariedade entre usuários e entre serviços Valores de cuidado integral Interesse financeiro das empresas sobre a regularidade do pagamento Baixo poder do estado em regular o preço Monopólio da indústria Co-responsabilização fornecedor e produtor pela provisão
Consequências	Diminuição do sofrimento do usuário Acesso ao medicamento sem deslocamento e perda de tempo Solidariedade entre usuários e serviços
Controvérsias	Garantia de medicamentos excepcionais x Falta de medicamentos Responsabilidade dos municípios pela garantia de medicamentos que lhe são atribuídas como no caso da diabetes
Inovações	Dispensação descentralizada e regionalizada

Fonte: elaboração da autora.

A questão da assistência farmacêutica, traz muita controvérsia de ordem econômica. A solução do governo foi direcionado para melhoria do acesso e otimização dos mecanismos internos de licitação e compras de medicamentos. Há, ainda, falhas no sistema municipal.

O quadro 14 abaixo detalha o contexto dessa interação farmácia itinerante, com o contexto da assistência farmacêutica e a crise financeira e política de 2016. Em relação ao processo de trabalho, a farmácia estadual se organizou de forma a definir equipes específicas para esta ação.

Quadro 14- Contexto do programa Farmácia Itinerante. 2013.

Consequências sobre contexto	sobre	Material empírico
Irregularidade abastecimento prejudicando integralidade	no a	Hoje, a regularidade tem prejudicado bastante essa atenção integral aos usuários Principalmente quando ele fez o transplante ou as medicações também da hemodiálise. Do ano passado para cá tá muito ruim, né? (E-gestor). Faltando muita coisa... a gente hoje não sabe o que é que vem. A gente prescreve e não sabe o que é que vem. Tanto vitamina D quanto as medicações que são chamadas de alta complexidade, tudo. Eritropoetina, e o próprio noripurum...Uma vez ou outra você tinha alguma medicação que não vinha, mas, no outro mês... (E18)
Aumenta a demanda sobre os hemocentros quando não se trata uma simples anemia.		Agora tá muito fraco... então você não trata a anemia e aí precisa de mais sangue e transfusão mesmo e sobrecarrega o Hemope...janeiro para cá... a farmacêutica estabelece contato, as pessoas tem acesso e a gente conversa, liga, pergunta... mas é porque o negócio tá ruim mesmo...
Melhoria do Processo e abertura da gestão ao diálogo		Melhorou bastante... tem dois dias na semana que a farmácia fica de 8 às 16 aqui... a gente vem pega medicamento. Antes o paciente saía das Clínicas para ir na farmácia Central enfrentar uma fila enorme, não tinha o dia certo. Agora já tem o cronograma que a gente sabe qual o dia que eles estão em cada a farmácia, em cada local antigamente não tinha Quando as coisas estão emergenciais, como no caso do transplantado, os próprios médicos ligam querendo saber com está a situação da medicação, que ele vai parar de fazer o transplante se não tá tendo garantia...
Provisão no limite do tempo		Aí a gente fica na agonia, corre atrás se move e consegue. Tem conseguido prover de medicação Entre Trancos e Barrancos resolver esse problema (E12) No último minuto do segundo tempo (EGestor).
Irregularidade do pagamento ao fornecedor	do	A regularidade da abastecimento, nós estamos com problemas. Estou com um e-mail de um fornecedor que diz que não tá preocupado com o usuário... está preocupado com a saúde financeira da empresa dele. Então, nesse momento de crise... mas o que tá barrando hoje é propriamente a questão do lastro financeiro (E-gestor). A gente mantém um estoque de reserva e não espera pela farmácia do estado (E-Chefe de serviço).
Judicialização onerando as responsabilidades da gestão estadual	da	Há uma ação civil pública exarada pelo poder judiciário para que o estado adquira a insulina Lantus pelo programa de medicamentos excepcionais. Todavia, a atribuição da provisão de medicamentos para a diabetes é da gestão municipal.
Celeridade do processo administrativo	do	Houve mudanças...que marcaram a história da assistência Aí, o administrativo tem celeridade. Apesar da falta do medicamento, que ainda se mantém, você tem um horizonte de aquisição. A gente tá conseguindo fazer o processo andar. Antigamente ele ficava parado 6 meses. A gente consegue fazer ele andar e chegar na compra graças a toda essa força dos vários entes desse comitê (Gestor)
Melhor esclarecimento sobre os papéis dos gestores federal, estaduais e municipais		A interação entre a gestão e o ministério público possibilitou um esclarecimento maior quanto as atribuições. O que é medicamento do Governo do Estado de Pernambuco é responsabilidade Pernambucana O que foi o medicamento é atenção básica é responsabilidade município responsabilidade Federal e do governo federal Então a gente tem feito o trabalho de um comentário sobre estado de saúde de reduzir a judicialização

Fonte: elaboração da autora.

Na fala dos usuários, há controvérsias em relação ao funcionamento do fornecimento de medicamentos no âmbito do Programa de Saúde da Família. Há usuários que conseguem uma boa vinculação. Mas o discurso recorrente é a dificuldade de acesso aos medicamentos básicos. Então, para os usuários: Às vezes vem remédio completo, às vezes não vem. É a farmácia da SES... (E-usuário).

A doutora lá é uma benção. Mas não tem remédios. Os remédios é no posto. Mas no posto tem mais não. Tenho que comprar. De pressão a mulher vai comprar. Antigamente tinha. Agora tem mais não. Tem que comprar...resolve nada não. Tudo mafioso. Se o pobre depender desse povo (E-usuário).

Eu vou buscar um remédio do Governo, nunca tem. Eu tenho sempre que comprar. Eu compro R\$ 250, R\$ 300,00 de medicamentos porque não tem o básico para o diabético. Não tem...não vi nenhuma mudança... eu nem vou para o posto de saúde mais. Porque eu vou fazer o que lá? Só dá minha viagem perdida? Eu vou direto para farmácia porque lá, na pague menos, a gente tem o DOTS, compra mais barato pouquinho... mas olha eu compro o remédio diabetes, compra o remédio do coração, compro o remédio da pressão ...é muito medicamento. E ganho só o salário mínimo. (U-02).

A insulina eu pego no posto. Eu moro em Campo Grande. Às vezes tem, às vezes não tem. Agora vão botar para outro canto aí... então o meu menino às vezes pega na Encruzilhada. Ou então, eu mesma pego na Agamenon, onde eu sou cadastrada ...aí quando não tem, eu pego lá porque eu trabalhei lá (discurso de usuário profissional de saúde que tem amizade na rede).

Falta remédio. Insulina, não. Mas a fita falta, é difícil ter. Eu compro. É R\$100,00 a caixa e não dá pra findar o mês (U-35)

Há situações singulares onde essa falta de medicamentos não é verificada. Todavia, o discurso recorrente é o da falta de regularidade no abastecimento.

Há um outro problema de provisão de medicação na atenção básica, em relação à regularidade da disponibilização de medicamentos para controle da diabetes. Um processo civil público impetrado pelos usuários, faz com que novos tipos de insulina fossem ofertados na rede pelo ente estadual: Lantus, por exemplo. O mediador foi um processo no ministério público, e o intermediário não humano foi a decisão contida no processo civil. Outro atuante, foi a associação de usuários.

O que o texto nos revela é a questão da introdução de novas tecnologias e o custo que isso tem sobre o custeio e a sustentabilidade das ações. A Lantus é um exemplo. A nova insulina de um furo a cada 24 horas é outro. A medicação que não arde para o tratamento da anemia na TRS, outro... são medicamentos de primeira linha, como formas de aliviar o sofrimento mas, que oneram o sistema.

As mensagens revelam o esforço dos gestores da política em procurar manter a regularidade do abastecimento aos usuários da TRS nas clínicas satélites, nos diálise hospitalar e aos pacientes transplantados, o que reduz problema de perda de enxerto destes pacientes no Brasil em relação a outros países. Esses apresentam dificuldades na obtenção de recursos financeiros por parte do setor no governo diante da crise financeira e política brasileira.

Mais uma vez, ela revela que a lógica é de consumo de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos sobrando pouco espaço para práticas de promoção de cuidados mais voltados para integralidade do cuidado (CAMPOS; DOMITI, 2007).

A TRS seria uma instância considerada razoavelmente consolidada que está sendo provocada a inovar pelas novas portarias num contexto de crise, o que produz constantes controvérsias. Para o Ministério Público isso fica evidente

Veja que é muito, assim, interessante:

- a) Há demanda dos prestadores para o MP colocando que não é mais possível prestar essa assistência da forma que foi colocado pela nova portaria e da forma que o gestor estadual quer que aconteça.
- b) Não é satisfatório para os pacientes porque eles não fazer a TRS próximo a sua casa por falta de vagas nas clínicas do seu municípios. Eles tem que se deslocar em transportes municipais para fazer o tratamento em uma clínica que disponibilize vagas na capital.
- c) E a SES tem uma visão de que os prestadores são mercantilistas. Tem um remuneração considerada boa pelo gestor e que não vê motivo para readequar essas tabelas, ou entrar numa negociação que quem queira negociar e vislumbra uma remuneração por eles considerados satisfatórias.
- d) Os atores envolvidos têm suas queixas, tem seus problemas. Mas há uma grande dificuldade de estabelecimento de um consenso. Dos atores chegaram a um bom termo

O Ministério Público, de fato, tem atuado como um grande mediador e avaliação como um atuante não humana que auxiliam na resolução de controvérsias e acordos. Um exemplo disso foi a criação de uma comissão de avaliação após uma reunião neste órgão. Em 2014, foi criada uma Comissão (temporária) com representantes da SES, de entidades que representem os nefrologistas e clínicas prestadoras de TRS para se chegar a algum consenso. Não só a oferta, mas se discutir mais profundamente a última portaria editada que balizava o funcionamento destas clínicas e abertura de novas vagas.

Interessante que essa comissão foi estabelecida e aceita aqui por todos. Essa foi uma deliberação de uma determinada audiência. Entretanto, até a formatação, a composição dessa comissão quanto aos membros que foram

convocados pela SES, produziu um novo ponto de conflito. Porque os nefrologistas não aceitaram os representantes da classe apresentados pela SES. Não se sentiram representados por esses profissionais. Essa comissão teve prazo de atuação para estudar a linha de cuidado TRS e formatar algum documento que fizesse com que ... um protocolo... este protocolo incluía as fístulas (E 6).

Desse diálogo então surge o evento crítico: Avaliação da Linha de Cuidado- ação mediadora das controvérsias, sintetizado no quadro abaixo.

Quadro 15- Evento Crítico Avaliação da Linha de Cuidado

(Continua)

Evento Crítico-Criação	Avaliação da Linha de Cuidado na Rede de Atenção ao DRC em TRS
Ação	Mediação da implantação das novas diretrizes do governo federal
Contexto	<p>Proposta de mudança de forma de financiamento da tabela SUS de procedimento para Linha de Cuidado para o matriciamento pelos serviços de diálise</p> <p>Novo regulamento da TRS com novos parâmetros que exigirão adequação e custo aos serviços (descarte do material para os paciente com hepatite, 01 médico para 35 pacientes)</p> <p>Retração dos investimentos por parte dos investidores devido à redução da margem de lucro no contexto da crise e de irregularidade do pagamento pela SES</p> <p>Crescimento do Programa de Crônicos</p> <p>Pacientes na fila de espera por vagas no programa crônico no programa de agudos das emergências- tendência de aumento pois vários estão deixando de pagar os planos de saúde e migrando para o setor público</p> <p>Custo elevado do Programa de diálise hospitalar de agudos com pacientes crônicos</p>
Controvérsias	<p>Responsabilização pela situações de emergência dos pacientes em TRS</p> <p>Cumprimento do parâmetro 1 para 35</p> <p>Pagamento, momento da confecção e responsabilidades na confecção da fístula (Clínica com vascular?). Quem receberá pelo serviço que deveria ser feito antes (durante o tratamento conservador) e é pago somente após a inserção do paciente no programa de crônicos (TRS).</p> <p>O local da rede responsável pela implantação do catéter (Pelópidas?)</p> <p>Custo com o descarte das linhas e do capilar sem reajuste da tabela</p> <p>Responsabilização pelas complicações do paciente</p>

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 15. Evento Crítico Avaliação da Linha de Cuidado**(Conclusão)**

Evento Crítico-Criação	Avaliação da Linha de Cuidado na Rede de Atenção ao DRC em TRS
Atuantes-Atores e interesses	Gestor Estadual- regulação e coordenação da política Diretores dos hospitais ABCD-regional SBN-regional Ministério público Filantrópico Usuários- perda de vagas SUS para os planos de saúde nas clínicas satélites
Não humano	Setores privados e filantrópicos Rede de UPAS
Mediador	Comitê para Avaliação da linha de cuidado. Ministério Público.
Intermediário	Relatório para o ministério público
Consequências	Co-responsabilização em rede pelas complicações do paciente na TRS – UPAS. Redução do plantão nas clínicas satélites para atendimento às urgências do paciente no domingo Protocolo da regulação Manutenção do padrão 1 para 50 Questionamentos sobre a composição do comitê para a avaliação
Interações	Co-responsabilização em rede pela situações emergenciais
Inscrições	Protocolo da regulação Relatório para o Ministério Público Processo no Ministério Público sobre a TRS no estado
Tempo	2016
Espaço	Pernambuco

Fonte: elaboração da autora.

Uma avaliação pode ser ação mediadora de conformação de redes sociotécnica (MARTINS, 2009). Para tal, ela funciona como a reflexividade do sistema. Ou seja: 1-há uma finalidade teleológica de mediar transformações sociais; 2- uma concepção ontológica enquanto sistema de ação que conecta entidades; 3- uma lógica epistemológica capaz de transformação reflexiva sujeito-objeto vez que questões epistemológicas e ontológicas estão ligadas; e 4- capaz de acompanhar ações os programas existentes que as redes operam. A presença do dispositivo alteraria o curso normal dos eventos reforçando ou modificando o impacto de outras forças operativas existentes (POTVIN, 2015) facilitaria o consenso em torno de controvérsias, ponto de passagem obrigatória para produção de acordos.

Para JACOB (2005), a avaliação para ser reflexivo, além de proporcionar a análise crítica visando a aprendizagem, deveria ser aberto à participação de trabalhadores, cidadãos comuns além dos especialistas ou gestores. Quanto mais aberto à participação social mais estaria próximo da essências das reformas sanitárias latino-americanas (BOSI; MARTINÉZ, 2011). Desse modo, estaria alinhado aos princípios éticos de participação social inerente à própria reforma sanitária brasileira nos moldes originais.

Talvez, se assim não tivesse ocorrido a captura do discurso da responsabilização do PRC em TRS no cuidado pela rede, não teria sido logo capturada pelos interesses das clínicas em melhorar a eficiência dos serviços diante da racionalidade econômica. Fica evidente essa captura quando os serviços deixam de ofertar o plantão durante os finais de semana e fazem o encaminhamento doravante para as UPAS. Isso aproxima as clínicas satélites mais das UPAS do que das USF.

Para os usuários, ter que ir às UPAS para serem atendidos em situações de urgências foi uma queda na atenção ao paciente e uma risco para atenção integral:

...Se eu passo mal e vou na UPA o atendimento lá é 0 . Eu já passei mal foi para o Lagoa Encantada cheguei lá de 8:00h da manhã e sai dei lá de 5:0h da tarde e não fui atendida...E o meu problema tem urgência ...porque eu tenho problema de coração... quando eu fico cansada mesmo eu não consigo respirar. É morrer afogada na seco (usuária de serviço público).

...Lá na UPA, eles não entendem de insuficiência renal, eu que tenho que dizer que não posso tomar soro (usuário). Eu tenho que ir para UPA, a gente assinou dizendo o acordo. O acordo, não. O informe sobre o fato. (U15).

Isso tudo foi por causa de Dilma que tirou o plantão que a gente tinha porque não deu o reajuste (usuária de clínica satélite).

Da UPA a gente vai para as emergências do hospital. Fica lá jogado para lá e para cá nos corredores...o Getúlio é um caos (usuário). Eu digo isso porque já passei em quase todos os hospitais (usuários de TRS hospitalar).

As mensagens revelam que um dos efeitos imediatos do processo de avaliação foi redirecionar o fluxo de pacientes quando em situações de emergência e essa responsabilidade foi “jogada” para o governo federal pelas próprias clínicas diante do desgaste das negociações pelo aumento no valor do procedimento.

O Plano Estadual de implantação da Rede de atenção ao DRC tenta integrar todas essas diretrizes, inclusive a modelização já pactuada no âmbito da TRS, sendo um potencial Evento Crítico que pode auxiliar o momento atual da rede.

8 O MOMENTO ATUAL (2013 em diante)

Para compreendermos o momento atual da rede, é importante colocar em diálogo o que pensam os atuantes humanos entrevistados sobre o ideal e o efetivamente praticado, o teórico e o real. Eles trazem de argumentos técnicos, valores (políticos ideológicos, econômicos) e da experiência sobre o funcionamento da rede.

Da compreensão da mensagens contidas nestes diálogos entre os atores humanos é possível encontrar grandes controvérsias e convergências acerca do funcionamento ideal e do que efetivamente ocorre.

8.1 Controvérsias sobre a modelização da TRS-DCNT pactuada na CIB

A ação de Modelização da Rede culminou com um pactuação na CIB estadual. A construção da imagem objetivo da Rede de atenção ao DRC em TRS e o Plano de implantação desta rede parecem ser ações que visam criar uma governança para o cuidado integral, mas que ainda não obteve muitas consequências sobre a organização da atenção integral:

Mas, essa rede ela não tá funcionando ainda. Então, a gente na realidade funciona como eu te falei no estágio anterior. Que é a partir do ambulatório, encaminhamento quando ele desenvolve insuficiência renal terminal, que é o estágio 5 e há indicação de iniciar o tratamento dialítico. (E-gestão estadual)

O quadro a seguir, trata de um acontecimento na rede que possui todas as características de evento crítico mas que ainda não apresentou mudanças esperadas. Ou seja, um evento crítico potencial, ainda em desenvolvimento no âmbito da gestão, da organização da rede, mas que não . Acontece em profunda interação com o contexto nacional das propostas do ministério da saúde sobre matriciamento, redes e linha de cuidado; mas, sobretudo, afetada pelo cenário de crise do governo que culminou com “*impeachment*” da então presidenta.

Quadro 16- Evento Crítico Potencial: Modelização da Rede de Atenção ao DRC em TRS.**(Continua)**

Evento	Construção da Rede de Atenção ao DRC e do Plano de Implantação da Rede de Atenção ao DRC
Contexto	<p>Diretriz de organização de redes de atenção à saúde pelo governo federal Indução Federal de organização de Rede de Atenção às Doenças Renais Crônicas Linha de Cuidado em DRC pactuada com SBN Proposta de mudança de forma de financiamento da tabela SUS de procedimento para Linha de Cuidado para o matriciamento pelos serviços de diálise Irregularidade no pagamento pela SES ao setor de TRS Crise econômica e política de 2016 Aumento da inflação Aumento do dólar Redução da margem de lucro Retração dos investimentos por parte dos investidores Baixa valorização da atenção básica e DCNT na gestão estadual Crescimento do Programa de Crônicos Custo elevado do Programa de diálise hospitalar de agudos com pacientes crônicos Novo regulamento da TRS com novos parâmetros que exigirão adequação e custo aos serviços (descarte do material para os paciente com hepatite, 01 médico para 35 pacientes) Pacientes na fila de espera por vagas no programa crônico no programa de agudos das emergências- tendência de aumento pois vários estão deixando de pagar os planos de saúde e migrando para o setor público</p>
Controvérsias	<p>Desenho estadual em relação à lógica do governo federal Papel dos serviços de TRS adicionando o matriciamento para atenção básica para o tratamento conservador Escopo da Rede- da TRS para a Rede Integrada com a ABS e o tratamento Conservador</p>
Atuantes- Atores e interesses	<p>Gestor Estadual- alinhamento da Rede de atenção ao DRC em TRS com a proposta do governo federal (Plano de implantação da Rede de atenção ao DRC no estado de PE) Investidores privados- interesse no reajuste da tabela SUS da TRS no modelo atual; Reajuste do valor da proposta de matriciamento pelo governo federal</p>
Não humano	<p>Gestões Municipais do Estado e Governo Feral Inclusão da DRC no Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas- conceito de doenças do sistema renocardiovascular Acordo entre Gestores e SBN sobre a Linha de Cuidado em DRC- baseado nos estágios da doença. Diretrizes do Cadernos de Atenção Básica DRC Conceito de matriciamento Conceito de Linha de Cuidado Conceito de Regionalização – quatro macrorregionais Setores privados e filantrópicos</p>
Mediador	<p>Bipartite, Gestão Estadual, Desenho da Regionalização Estadual, Avaliação da linha de cuidado. Ministério Público. Consulta Pública</p>

Fonte: elaboração da autora.

**Quadro 16- Evento Crítico Potencial: Modelização da Rede de Atenção ao DRC em TRS.
(Conclusão)**

Evento	Construção da Rede de Atenção ao DRC e do Plano de Implantação da Rede de Atenção ao DRC
Intermediário	Portaria Estadual Cadernos de atenção básica sobre a DRC Estágios da DRC pactuado entre Gestor Federal e SBN
Consequências	Clareza sobre as responsabilidades das gestões Orientação para abertura de novos serviços- sob a lógica da necessidade da população Manifestação de interesse do setor filantrópico na adesão à proposta do governo federal para o matriciamento com atenção básica Não adesão do setor privado
Inovação	Planejamento da necessidade de serviços com base no dimensionamento de base populacional; Definição de responsabilidades entre os gestores incluindo transporte sanitário,
Interações	Crença de que os serviços de diálise não vão fazer direito nem o que estão fazendo agora que é a TRS. Haverá sobrecarga dos serviços. Desinteresse do setor privado pela proposta. Interesse do setor filantrópico. Ausência de movimento do setor privado após publicação da portaria de Rede pela gestão estadual.
Inscrições	Plano Estadual Portaria Estadual da Rede de Atenção às Doenças Renais Crônicas Apresentações formais da SES
Tempo	2013
Espaço	Pernambuco

Fonte: elaboração da autora.

Um grande atuante intermediário de construção da Rede foi a pactuação dos cinco estágios da DRC e a divisão dos papéis dos entes federados na rede. Os níveis 1, 2 e 3a deveriam ser de responsabilidade da atenção básica. Os níveis 3b e 4, nos ambulatórios; e o nível 5 (da diálise) pelas clínicas satélites e a diálise intrahospitalar. Esses estágios são definidos a partir do cálculo da Taxa de Filtração Glomerular que poderá ser feita na própria unidade de saúde da família com auxílio de aplicativos.

A adoção das diretrizes das DRC, de forma consensuada entre os atores da rede, é um mediador local e ponto de passagem obrigatório em relação aos papéis das instâncias de gestão da clínica: atenção básica, ambulatório, terapia renal substituída e diálise. Não contemplou a palição.

Inclusive é importante que você saiba caracterizar os estágios da doença renal crônica. Por que todo matriciamento da DRC é estabelecimento pelos estágios da DRC. A assistência primária deve abordar os cuidados aos pacientes nos estágios iniciais. o portador de diabetes e hipertensão arterial. A partir de que se desenvolvam a insuficiência renal de forma mais marcante com estágio 3, eles devem ser encaminhados para acompanhamento num sistema de referência e contra referência. Nos

Estágios mais avançados ele deve acessar a rede de unidades de terapia renal substitutiva (E1)

O atuante não humano conceitual Linha de Cuidado define uma trajetória de cuidado que vai desde a atenção básica ao transplante, mediante a adoção de práticas de matriciamento na rede. A proposta é inovadora por tentar articular os nós da rede, convergente, sobretudo, por buscar inverter o fluxo de entrada no sistema: que aconteça após acompanhamento ambulatorial e não pelas emergências. Todavia, o novo modo de operar coletivamente a rede sociotécnica ainda não está consolidado.

Ao mesmo tempo em que a SES elaborava a Modelização da Rede, o Ministério da saúde elaborou uma nova proposta de Linha de Cuidado para a DRC no âmbito da RAS-DCNT. O governo federal passa a dialogar com as entidades de classe, como aconteceu no congressos de nefrologia de 2013 em São Paulo, com pouco êxito:

O Ministério da Saúde está preocupado com a Rede. Na última portaria, ele propõe o matriciamento. E as clínicas de HD passem a atender o estágio do tratamento conservador em cooperação com atenção básica. Aí houve uma portaria. Sobre essa questão a gente ficou brigando por aumento. A briga é muito grande. A gente briga muito com o MS.

Ele está sugerindo que se eu quiser ter direito a aumento, você vai ser obrigado a atender os estágios 3B e 4. Ele quer que eu atenda. No sentido de retardar esse paciente. Ai eu pergunto: como a gente vai receber esse paciente? Aí eles dizem que vai ser matriciado.

Mas, se ele é diabético, ele vai voltar. Não vai ser aleatório. Vai ser matriciada. Eu tenho que dar satisfação. (E3, E4, E5).

A linha de cuidado e seu financiamento pela LC são mecanismos de estabelecer a governança e a integração da rede por parte da gestão federal. Todavia, a nova proposta do governo federal de matriciamento, gera mais controvérsias ao tratar do novo papel atribuído ao setor de clínicas satélites. Então as controvérsias sobre os custos são potencializadas. A proposta é inovadora em relação a aproximação dos serviços com a atenção básica e ao deslocamento de papéis das clínicas no matriciamento do tratamento conservador, mas “pouco rentável” para o setor privado.

As novas portarias do Ministério da Saúde criaram o incentivo financeiro para a linha de cuidado de matriciamento pelas clínicas e são elementos do contexto que buscam a mobilização das clínicas satélites para o matriciamento da atenção básica.

As novas controvérsias surgem relacionadas à proposta de mudança feita pela coordenação da política de nefrologia do Ministério da Saúde quanto ao mecanismo de remuneração do procedimento pela linha de cuidado. São paradigmas diferentes: a remuneração pelo procedimento de forma tradicional e a remuneração pela linha de cuidado.

A Linha de cuidado em DRC proposta pelo governo federal pretende ser um intermediário da proposta de organização de rede que parte da gestão federal pois busca transportar causa e efeito acoplado a uma linha de financiamento para o matriciamento; mas que ainda não foi aberta no âmbito estadual. Enquanto discussão para implantação da política, ela se torna um grande mediador. Ela já atua na clareza e organização dos papéis esperados pelas esferas de gestão. Mas não pelos serviços. A proposta de matriciamento trouxe bastantes controvérsias pois interfere sobre o papel das clínicas de diálise.

Para a Associação Brasileira De Clínicas de Diálise (ABCD) e a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) a nova proposta que trata da filosofia de redes é perfeita, mas não há viabilidade econômica. A complexidade do paciente exige muitos exames e um atendimento multidisciplinar cuja proposta financeira ministerial é baixa. E diante da defasagem já existente, não é aceita. Todavia, há atuantes que não concordam com a proposta, dentro do próprio governo federal:

A Dra. Rosa do HiperDia disse claramente. Orientem, não peguem para Alta complexidade o que é da Atenção Básica. Pois se não, vocês não vão dar conta nem o de vocês nem o que é da AB. Eu concordo, não tem como a gente conseguir... (E-chefe de serviço).

Como toda ação inovadora, ela anuncia mudança de papéis. Além do momento da problematização, há o momento do enredamento onde os atores concordam em assumir novos papéis (BILODEAU *et al.*, 2011; BILODEAU *et al.*, 2013). Até que o número de atores seja suficiente engajados, comprado a ideia e esse coletivo comece a mobilizar a rede novamente, e isso se torne um nó novamente, ainda há que se passar pelo Ponto de Passagem Obrigatório (PPO) sobre os custos já defasados. Para isso não há reajuste acoplado. Ela também propõem aumento de ações para as equipes de saúde da família em relação ao diagnóstico e cuidado de pacientes com DRC em estágio inicial, outro PPO.

O Matriciamento, portanto, pressupõe um deslocamento de papéis. O porta-voz da proposta é a coordenação de TRS do Ministério da Saúde. O porta voz dos profissionais é a SBN. Sobre as mudanças de papéis, a SBN regional, alinhada à nacional, posiciona-se da seguinte forma:

Há grande desconfiança por parte dos proprietários das clínicas em relação aos reais interesses da proposta do governo federal de matriciamento: “Talvez, ela tenha partido de um desenvolvedor de programas que vendeu a ideia para o ministério (E3). Outros dizem que o descarte do material foi para favorecer o mercado de produção das linhas, uma vez que o problema seria resolvido com a substituição do filtro e não das linhas como prevê a portaria:

“Isso é interesse do capital... o descarte deveria ser do filtro e não das linhas como está na portarias (dados de observação junto às chefias de serviço).

Vale ressaltar que se compararmos com o discurso contido no artigo da SBN de 1992, bem atual:

No Brasil, com a instabilidade política, que dificulta a continuidade das ações administrativas, traz insegurança a qualquer programa a médio e longo prazo...a dependência das políticas de governo tem nos feito passar por momentos difíceis e de apreensão...temos dificuldades de ofertar tudo podemos oferecer. A crise financeira-econômica que nos esmaga, diminui gradualmente nossas perspectivas de produção científica (SBN, 1992).

Por esse motivo, eles afirmam que essa briga é bastante antiga entre a SBN e o MS e sempre em relação ao financiamento:

Mas a briga é muito grande com a TRS. Sempre foi. Pelo subfinanciamento da saúde como todo e em especial por conta do nosso subfinanciamento. Hoje eu soube que um serviço de diálise fechou no RS. Quem é pequeno não aguenta e fecha conta, fecha serviço. No RS. Para os pequenos está insuportável. E quem vai sofrer são os pacientes que vão chegar... e os que estão que vão ter que SAIR para procurar outros, e pode ser que não existam vagas nesses outros e não atendam. E aí, vão morrer. A verdade é essa. (E-SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA)

O setor filantrópico parece mais interessado em aderir às novas propostas ministeriais, inclusive um novo papel. Inclusive, deixa um traço deste interesse envia ofício à secretaria. Ao setor filantrópico, ela passa a ser um reconhecimento e expansão de uma prática que já é feita pela instituição fora da SUS, que percebe agora a oportunidade de reembolso e expansão do papel na rede. O envio da proposta de adesão pelo RHP é uma inscrição, de um fato importante deste interesse.

O setor privado argumenta que o setor filantrópico possui mais interesse por que o custo deles é menor devido às isenções de impostos e linhas de financiamento de equipamentos com juros menores. E que eles já praticam ações que passariam a ser remuneradas doravante: “Sob a iniciativa privada pesam muitos impostos, diferente das isenções que têm os filantrópicos e as OSS. Eles tem desconto até sobre o financiamento de equipamentos. A iniciativa privada, não tem. Isso aumenta o custo, por que ainda tem que ter o lucro (E3)”. As demais controvérsias que surgiram em decorrência deste movimento, tratam da organização atual da rede e estão dispostas nos quadros abaixo. Referem-se à alimentação, confecção da fístula, paradigma da linha de cuidado, e o padrão da integralidade.

Por exemplo: o acesso vascular complexo? A unidade é responsável por esse tipo de acesso? O acesso simples. O acesso simples, geralmente é o acesso

eletivo, programado, onde a gente vai fazer a fístula completa. Agora quando o paciente se complexifica. Tem aquele acesso complexo de urgência. O paciente trombosou a fístula, e não tem mais onde eu botar com cateter simples, então o paciente tem que ir para um serviço de hemodinâmica, botar um cateter específico, sob visão, mais complexo. O que acontece? a gente pede na regulação uma senha para hemodinâmica para esse paciente, e agente manda esse paciente para emergência, quando chega na emergência, a regulação manda esse paciente pra gente e fica lá esse paciente que não sabe nem para onde ocorrer. Atenção integral? Nunca... é um sufoco. Paciente grave, que complexificou, passo o dia todo no telefone para conseguir uma vaga... na sua tese você vai dizer que não tem ...nada do que a gente queria... Grande verdade...somos dependente (de materiais importados).isso não seria a rede...o serviço... a rede é muito simples...depende de vontade política. Depende de organização de fluxo e capacitação da AB. Tem médico que não sabe identificar DRC inicial. Passa batido. Para a rede não, falta fluxo. Na rede do MS somos nós da AC que vamos fazer o matriciamento. Agora não foi definido se vai ser presencial, através de uma mídia, não ficou definido (SBN, Regional).

Quadro 17- Controvérsias relacionadas ao fornecimento de refeição durante as sessões.

Controvérsias	Experiência	Técnico	Científico
<p>-Fornecimento de refeição, o fornecimento de cobertor.</p>	<p>1-Os pacientes estragam os alimentos (Equipe de Saúde) É importante fornecer alimentos a uma população que sai muito cedo de casa e é muito carente (Associação dos usuários). 2-É importante fornecer alimentos que eles possam comer durante a sessão que eles são privados quando não estão dialisando (E-usuários).</p>	<p>1-Não há protocolo no mundo sobre fornecer alimento durante a sessão (chefe de serviço) 2.1- fornecimento de refeições faz parte de suporte nutricional ao PRC (associação de usuários)</p>	<p>Os pacientes tem direito pelo percurso casa-clínica e o tempo que levam nas sessões (TAVARES; COUTINHO, 2011).</p>

Fonte: elaborada pela autora

Quadro 18- Controvérsias quanto à disponibilidade de Nefrologistas na rede.

Controvérsias	Experiência	Técnico	Científico
Número de médicos por paciente nas clínicas- insuficiência de RH- para o parâmetro 1 para 35.	<ol style="list-style-type: none"> 1- Essa questão de insuficiência de nefrologistas no estado não é verdade. 2- Há déficit de nefrologistas na rede estadual 3- 3- O número de nefrologistas é pequeno no estado. Não dá para cumprir a portaria de 1 para 35 pacientes. 4- O que a gente observa aqui em muitos serviços em determinados turnos, passa esse número de paciente de 35... isso é um problema que vem se arrastando desde muito tempo porque o que falta nefrologista (E1). 5- 5-As unidades começaram a reclamar em relação ao custo e à disponibilidade de profissionais no mercado. Então houve toda uma discussão. Isso foi pro Ministério Público já se sabia que tava tendo no ministério um trabalho para o estabelecimento de novas normas. Aí o ministério público pediu uma reunião e estava presente representando as unidades de diálise, representando a secretaria de saúde representante da Vigilância Sanitária... 	<ul style="list-style-type: none"> • Pela portaria é um médico para cada 35 pacientes...A recomendação do Ministério Público que orientava Apevisa acatar um médico para cada 50 ...essa nova portaria que é a que está em vigor hoje a gente não sabia se ela vinha na proporcionalidade de um para 35 ou 1 para 50 (E2, E-Apevisa) • Se eu tivesse mais do que 35 eu teria que ter dois profissionais nas unidades começar a reclamar em relação ao custo em relação à disponibilidade de profissionais no mercado então ouviu toda uma discussão isso foi pro Ministério (E-gestor privado) • ...vamos fazer o seguinte vamos deixar isso não estabeleceu o número mas de qualquer maneira é um pra cinquenta vamos deixar funcionando assim até o final da consulta pública que o ministério tava fazendo (E-ministério público). 	Não há evidências científicas sobre a proporção 1 médico para 35 pacientes

Fonte: elaborada pela autora

Quadro 19- Controvérsias relacionadas à responsabilidade, ao momento e ao reembolso da confecção da fístula.

Controvérsias	Experiência	Técnico	Científico
<p>Fístula: estrutura e reembolso</p>	<p>-Há uma demanda reprimida. Não é o serviço de nefro. O problema é no Doppler...porque no setor não só tem paciente para fazer fistula... tem que fazer vários exames e têm pouco profissional e pouco equipamento para fazer com o Doppler. Há também a fila do centro cirúrgico.</p> <p>-E assim nós temos 600 pacientes com <i>clearance</i> abaixo de 30, e todos eles devem chegar um dia em diálise. Aí, depende das doenças de base de cada um. Mas temos as progressões. Nós temos só 15 fístulas feitas. Esse foi um levantamento que eu fiz no mês passado. Tem outros tantos precisando que ainda não consegui fazer... tem a Endócrino, a Cardiologia... mas o gargalo principal é o Doppler...uma fila de vaso no centro cirúrgico (E-Chefe de serviço hospitalar)</p> <p>-Olha, o diabético nós temos renal crônico, pacientes vão para fazer uma ultrassonografia com Doppler para poder olhar o tamanho dos vasos... que o Vaso tem todo esse preparo para que faça a fístula desse paciente (Chefe de clínica).</p>	<p>-Hoje ainda tem muita discordância na parte por exemplo do acesso venoso...acesso vasculares... A portaria preconiza que toda a unidade de diálise é responsável pelos acessos vasculares. Só que assim.... (Serviço privado).</p> <p>-A portaria preconiza que quem faz diálise é quem faz a fístula, mas aí eu pergunto: o paciente pode estar no Barão e que está em tratamento conservador na Barão não pode fazer a fístula, por que não recebe? Mas que quando ele entrar em diálise, a pessoa que estiver dialisando (a unidade de diálise) é quem recebe...só até hoje é uma coisa pela qual o pessoal ainda luta por isso... não é? porque não devia tá acoplado à diálise (E-ex-gestor).</p> <p>_Há fístulas que são mais complicadas, que muitos tem que ter uma termodinâmica e o que não é uma coisa que na Clínica Satélite tem acesso. A gente tem que lançar mão do estado para poder encaminhar para fazer o implante por hemodinâmica que é uma coisa muito difícil (E chefe de serviço privado).</p> <p>-A gente tinha o Hospital Pelópidas estava colocando o cateter... está sendo que preciso eu cantando pode ser colocado na unidade mas existem cateter que você precisa da hemodinâmica .. São os acessos completos. Então estava sendo feito no Pelópidas (E-gestor).</p> <p>-Era um ponto de conflito que obrigava as clínicas a contratar um cirurgião vascular, colocar na sua própria clínica um profissional especializado que tem um valor alto com salário e obrigação trabalhistas. E as clínicas não aceitaram a proposta com a forma de remuneração atual..</p>	<p>-O acesso vascular é uma coisa que você tem que fazer antes da entrada do paciente na diálise. Não é depois! Você tem que prevenir assim quando o <i>clearance</i> é de 10, 12 a gente já começa a fazer para poder... porque a fístula tem um tempo de maturação. Como é o procedimento que ai é... quem tá acompanhando não recebe! entendeu? Só recebe se tiver acoplado com a diálise ... aí isso também foi um ... até hoje acesso venoso é uma coisa muito...</p> <p>-Na verdade é um procedimento até de prevenção para você não ter que colocar o cateter, infectar, endocardite, ou outras comorbidades que você até gasta mais do que você manda fazer uma fístula precocemente e o paciente já entrar no sistema com isto (Chefe de filantrópico).</p>

Fonte: elaboração da autora

Quadro 20- Controvérsias sobre a mudança de parâmetro de financiamento do procedimento para a linha de cuidado.

Controvérsias	Experiência	Técnico	Científico
Remuneração pela linha de cuidado	<p>Gestor: O que tá por traz dessa, desse desenho, (que eu não sei se a gente vai conseguir implantar, porque é um momento muito conturbado esse que a gente tá vivendo também), por trás disso, ele tá (buscando) uma forma de modificar a concepção de remuneração. De sair de remunerar por procedimento para remunerar pelo todo da assistência ao paciente Que é pela linha de Cuidado.</p> <p>Prestar privado: Ai houve uma bela ideia do MS de criar nessa portaria da Linha de Cuidado de Atenção ao DRC. Agora, eu lhe dou um aumento máximo de 12% em todos os seus procedimento (o negócio tá defasado em 40%) mas eu tenho que ser obrigado a atender o mesmo número de pacientes na pré-dialise....</p>	<p>Técnico: Hoje, o estado, ele remunera assistência através de procedimento. Ou seja, o paciente que faz terapia renal substitutiva, ele faz normalmente três sessões de diálise por semana e, as unidades prestadoras de serviço são ressarcidas pelos procedimentos (E-Chefe de clínica satélite).</p>	

Fonte: elaboração da autora

Quadro 21- Controvérsias sobre a gestão da doença de base quando os usuários estão em TRS.

Controvérsias	Experiência	Técnico	Científico
Acompanhamento da doença de base	<p>A doença de base é o PSF (Gestor)</p> <p>Eu mesmo controlo com a máquina (usuário)</p> <p>A máquina controla (paciente)</p> <p>Eu peço ao médico daqui (usuário)</p> <p>O controle da diabetes é feito na máquina quando o paciente passa mal (E- associação de usuários).</p> <p>A gente dá uma olhada. O PSF faz? Eu não acredito (O-profissionais).</p>	Esses número de diabetes é alarmante por que vai passar a HAS. Hoje você tem uma população de pacientes renais crônicos e vai aumentar ainda muito mais (E1, E3, E5).	Nos países europeus, a primeira a causa é a diabetes. E a organização de serviços de diálise não intervém sobre a entrada de pacientes.

Fonte: elaboração da autora

As inovações no campo da saúde pública, não devem estar apenas voltados para os produtos de alto valor agregado, de acordo com a lógica mercantil prevalente (novos medicamentos, novos equipamentos), mas olhar para tecnologias como soluções para priorizar práticas de promoção da saúde, de prevenção. Esse foi o resultado de uma tese de mestrado defendida na UFBA. O autor, assume também um conceito de inovação no setor de saúde pública que combina com a proposta de Linha de Cuidado: “Uma mudança técnica ou uma nova forma de atuar no processo de trabalho relativo à promoção de saúde ou à prevenção de doenças que produz efeitos na situação epidemiológica de uma população...contribuindo simultaneamente para melhorias das condições de saúde e desenvolvimento econômico”. Hoje o cuidado de saúde é sinônimo de consumo de medicamentos, consumo de procedimentos, sendo quase todos utilizados no âmbito hospitalar (MAGALHÃES, 2015).

8.2 Convergências: necessidades para o alcance da integralidade

A grande convergência é sobre o itinerário hegemônico dos usuários. De uma forma geral, a atenção está estruturada a partir do itinerário: UPA-(Regulação)-Emergência dos hospitais: TRS aguda-(Regulação)-clínica satélite: TRS crônico-(Regulação)-Transplante.

Em relação à integralidade, também há uma grande convergência: não há integralidade sistêmica na atenção ao DRC em TRS com ND. Na perspectiva da TAR há nós, há laços (conexões, interações), mas estes nós estão mais consolidados e conectados em algumas interações do que em outras. Neste caso, na TRS, alta complexidade.

A descrição das necessidades do paciente sob a perspectiva do especialista é bem ilustrativa do que seria um atendimento à pessoa com nefropatia diabética com integralidade (Apêndice). Para eles, todos esses doentes deveriam ter um ambulatório referência para sua doença.

Todos concordam que há falhas. Apesar das pequenas controvérsias sobre onde é que a falha é mais grave a ponto de impedir o alcance da integralidade. Onde a rede é mais consolidada e onde ela é emergente? Para a maior parte dos entrevistados, a falha se encontra na atenção básica pois neste âmbito assistencial não se identifica sequer a DRC, nem se faz corretamente a gestão da doença de base por vários motivos, entre eles, a falta de recursos: quer sejam medicamentos e insumos.

Para outros, a atenção básica até que funciona, todavia, há problemas. No entanto, as falhas maiores dar-se-iam quanto ao acesso à atenção ambulatorial conservadora.

O consenso parece é que o sistema falha nas duas: tanto na atenção especializada (tratamento conservador) quanto nas ações de promoção da saúde e prevenção dos riscos à saúde na atenção básica. O quadro abaixo, revela os argumentos utilizados pelos entrevistados para justificar as afirmações.

De uma forma geral, todos reconhecem que a atenção básica não funciona bem. Nem na gestão do projeto da doença de base, nem tampouco na detecção precoce da DRC. Pior nesta última.

A atenção especializada para o tratamento conservador é bastante prejudicada, mas ainda consegue gerar uma certa linha de cuidado com a TRS quando acontece no âmbito hospitalar. Aqui, também o gargalo são os acessos aos exames.

Nos hospitais de ensino, é possível observar uma integralidade focalizada com a participação de outros profissionais não médicos como fisioterapia e terapia ocupacional, além dos tradicionais psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e nutricionistas durante a TRS. A fisioterapia vem atuando em nível ambulatorial na preparação da musculatura do antebraço para fístula (Dados de observação e entrevista com a chefia da clínica).

Para Coutinho e Tavares (2011), após pesquisa realizada junto aos usuários da TRS, perceberam problemas nas áreas dos benefícios junto ao inss, alimentação, transporte e atividades de trabalho, lazer e autocuidado, assim como encontramos nesta pesquisas. Para eles, a DRC é incapacitante em médio e longo prazos principalmente quando associada a diabetes, e leva às dificuldades ocupacionais. No estudo realizado por eles, apenas 8% dos usuários entrevistados tinha trabalho formal e 56% eram pensionistas ou aposentados, dados próximos de outros estudos como os que foram realizados no Rio Grande do Sul e encontraram apenas 12,8% dos pacientes em diálise em atividade remunerada.

Apesar de sugerirem a presença da Terapia Ocupacional, e terem encontrado o serviço deste profissional em algumas experiências, restringem a possibilidade de contribuição à ocupação dos pacientes durante as longas sessões. Todavia, essa visão, já bem importante, é limitada diante das necessidades apresentadas pelos pacientes e do papel deste profissional. Na rede estadual, o serviço direcionado à TRS acontece apenas no HC por intermédio do programa de residência multiprofissional. (Dados de observação). A atuação do terapeuta ocupacional ocorre para além da ocupação nas sessões e alcança os processos de reabilitação e autocuidado no trabalho, lazer e domicílio e projetos práticos de vida (CANIGLIA, 2005)

Nas clínicas satélites essa integralidade focalizada parcial com nutricionistas, assistente social e psicologia é sempre ameaçada, sendo pauta de negociação da SBN junto ao governo federal para redução de custos:

Os custos com o serviço dialítico aumentaram muito nos últimos anos por conta das novas exigências ministeriais no tocante a recursos humanos, estrutura, equipamentos e insumos. Houve a necessidade de adequação estrutural das unidades de diálise e de se incorporarem novas tecnologias, contidas em materiais e equipamentos não produzidos no País e indexados ao dólar, que vem em crescente valorização quando comparado ao real. Ultimamente, há que se preocupar também com o reajuste nas tarifas de energia e água, amplamente consumidos pelas unidades. No tocante a recursos humanos, houve o reajuste do salário mínimo sempre acima da inflação, os dissídios trabalhistas anuais e a obrigatoriedade de contratação de nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos, sem a devida compensação financeira dos seus procedimentos. (SOCIDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016).

Quadro 22- Argumentos dos atuantes humanos sobre os problemas na integralidade da rede

(Continua)

Atuantes humanos e interesses	Argumentos sobre o funcionamento		
	Saberes da Experiência	Saberes Científico	Valores
ABCDT e SBN	<p>A atenção básica funciona bem. Falta a atenção especializada. Você tem mão e tem corpo. Falta o braço desta rede. Muitas vezes o paciente passa mal. Vai para UPA.</p> <p>Aí (Diálise), eles encontram uma rede excelente em PE. Montada para atender o paciente que precisa fazer hemodiálise. Todos, não é exclusiva do paciente com Nefropatia Diabética. HGV, Procape, HMA, HPS, HAM, HDM, se percebeu que esses paciente estavam indo direto para UTI, ocupando leitos de UTI.</p>	Lá (UPA) se observa a elevação de ureia e creatinina e, então, eles são encaminhados para diálise.	<p>Se eles tivessem tido uma boa assistência (básica e especializada), jamais eles iriam parar numa UTI.</p> <p>Eles seria acompanhados no ambulatório, durante uns 6 anos, até que chegasse o momento, e eles seriam regulados do ambulatório, ou do Ermírio, para a diálise. Jamais iriam parar numa UPA, numa emergência, em estágio crítico.</p> <p>As clínicas não conseguem arcar com tantas exigências de profissionais a serem contratados sem a devida contrapartida financeira.</p>
Ministério Público	E isso (atenção à HAS e DM) continua a não ser realizado de uma forma satisfatória. A APS falha, a DCNT progride e o paciente vai cair numa TRS. Não vi nenhuma melhoria da rede nos últimos 15 anos. Para que modificasse essa entrada...não vi.	Uma das ações mais importantes seria atuar na atenção primária, em enfermidades como hipertensão e diabetes.	
Gestor de Filantrópico	Hoje os pacientes já chegam com DRC terminal.	Um estágio onde teve todo um momento onde o sistema de saúde poderia ter investido num tratamento e que não foi. O paciente já chega para fazer diálise. O papel do nefrologista? É fazer diálise. Isso não é legal.	Valores: E quando é que a gente vai sair disso? No dia que eu tiver um sistema lá atrás de saúde básica que consiga identificar o cara doente ... eu vou estar com o sistema todo preparado para chegar lá na frente ele ter acesso a tudo que ele precisa... mas não funciona muito bem assim eu pelo menos nunca vi desse jeito

Fonte: elaboração da autora

Quadro 22- Argumentos dos atuantes humanos sobre os problemas na integralidade da rede

(Continuação)

Atuantes humanos e interesses	Argumentos sobre o funcionamento		
	Saberes da Experiência	Saberes Científico	Valores
Profissional da assistência	<p>Experiência: O resultado da sua tese vai ser a seguinte: a atenção básica não funciona, não provê a medicação, não fornece o glicosímetro, não fornece a insulina, não trata a diabetes. Só aqui ele vê médico no sistema. Três vezes na semana. Então ele fica dialisando, aqui ele perde a visão... com uma taxa de mortalidade de 20% ao ano.</p> <p>Experiência e científica: Você não vê tanto paciente amputado sem prótese em outros serviços de outros estados como em São Paulo, por exemplo. Aqui parece um cenário de guerra (observação).</p>	<p>Ele passa mal com cansaço, dificuldade respiratório, edema de pulmão porque o rim parou, vai para a UPA. Caso não morra de infarto pelo edema de pulmão, ele fica dialisando na emergência ou na UTI até estabilizar e ser transferido para uma clínica satélite. Aqui (na clínica satélite) ele deixa de enxergar, talvez sofra uma amputação. (Observação).</p> <p>Esse usuário precisa de fisioterapia, terapia ocupacional...além do nutricionista, psicólogo, assistente social</p>	<p>Esses pacientes deviam estar com suas próteses em processo de reabilitação. Não temos rede de reabilitação.</p>
Gestão da SES	<p>Mas, essa rede ela não tá funcionando ainda. Então, a gente na realidade funciona como eu te falei no estágio anterior. Que é a partir do ambulatório dos hospitais especializadas, encaminhamento para diálise quando ele desenvolve insuficiência renal terminal, que é o estágio 5 e há indicação de iniciar o tratamento dialítico. (Egestão)</p> <p>Nós ainda não conseguimos ter uma regulação ambulatorial para esses pacientes estruturada. A regulação que funciona é a do programa de diálise de agudos (nas emergências) para o programa de diálise de crônicos.</p>		<p>Se essa rede conseguir ser implementada, a visão dela é que o paciente deve ser identificado como portador de doença renal na assistência primária. A partir de que ele tenha desenvolvido os estágio 4 e 5 da doença renal pré-dialítica, ele seria encaminhado para vários pontos de assistência, é... em preparação para o eventual início do tratamento dialítico.</p> <p>Valores: E, as unidades de diálise, que são as unidades que dão suporte à terapia renal substitutiva, poderiam ser credenciadas para acompanhamento desses pacientes.</p> <p>Esse seria o desenho, que é feito pelo Ministério, e que a gente tenta implementar aqui no estado</p>

Fonte: elaboração da autora

Quadro 22- Argumentos dos atuantes humanos sobre os problemas na integralidade da rede

(Conclusão)

Atuantes humanos e interesses	Argumentos sobre o funcionamento		
	Saberes da Experiência	Saberes Científico	Valores
Gestão municipal	<p>Assim, em nível de alta complexidade, tá até razoavelmente estruturada. A gente tem três hospitais hoje né: o Barão, HC e o IMIP, com 3 hospitais do SUS estruturados na atenção ao renal crônico. No início, o Barão só tinha hemodiálise, depois a abriu um ambulatório para atender ao renal crônico e fazer o conservador, para melhorar a porta de entrada.</p> <p>Agora a gente ainda tem uma porta de entrada muito fechada (conservador). Muito afunilada, né? porque a gente ainda pega o renal crônico no quadro já para diálise. É difícil, raro, você pegar um renal no início para você evitar a progressão para doença renal crônica terminal. Essa parte da rede que ainda tá muito desestruturada...</p>	<p>Científico e Valores: Na rede (o modelo) está bem estruturada. A própria sociedade de nefrologia já tem todos os esboços né? do acompanhamento. As fases da insuficiência renal, quando é que você manda para o nefrologista...</p>	<p>Valores-científicos: Por que todo paciente hipertenso e diabético deveria passar por volta do estágio 3-B (60ml pra baixo, deveria passar por um nefrologista. Aí muitas vezes a gente já pega no estágio 5 que é o de diálise mesmo. Então, uma pessoa que poderia ficar 2 3 4 anos sem diálise já entra direto pra diálise. Aí a gente tem muito muito isso. (E18)</p>
Usuários	<ul style="list-style-type: none"> • A unidade de saúde da família não funciona. Não recebo visita do agente nem remédio. • O maior problemas é na atenção básica • A atenção nas clínicas está um Caos. Mas a culpa não é deles. É do governo • Os donos das clínicas tem responsabilidade sim, porque só pensam no lucro às custas da nossa doença. • A equipe (Saúde da Família) é ótima. Mas eles não tem como fazer o trabalho deles. • A unidade de saúde da família funciona, sempre me acolhe. • Só uso a USF para pegar o medicamento. Mas, sempre falta. • A maior parte dos pacientes entrevistados descobriu a DRC e foram encaminhados para diálise pelas UPAS. Alguns, pelos ambulatórios • Eu não uso a atenção básica. Uso uma clínica popular. Só uso para buscar a insulina e as seringas. Mas, até isso tá faltando • Para conseguir vaga na AACD ou no Altino tem que ter algum conhecimento, ficar em cima...dar um jeito. Não pode ficar parado. Tem que correr atrás. 	<p>Por que nós deveríamos ter o tratamento conservador, como o próprio nome diz...para conservar.</p> <p>Existem muitas pessoas com problema renal que não foram diagnosticadas. Basta você andar aí pela praia e vai encontrar com 1 a cada 50.</p>	<p>Nós queremos ajudar os municípios a investir em promoção da saúde e no diagnóstico precoce</p> <p>Os pacientes precisam de uma Equipe de profissionais. Nós conseguimos psicólogo, assistente social e nutricionistas</p>

Fonte: elaborada pela autora

Para Medina (2017), em tese, o gestor utiliza prioriza em seu trabalho a lógica da eficiência, ou seja, o uso ótimo dos recursos com a menor despesa necessária; o profissional de saúde prioriza a lógica da excelência clínica, ou seja, procura utilizar os recursos mais adequados para o diagnóstico e o tratamento; e o interesse do usuário é ter sua situação resolvida satisfatoriamente com o menor sofrimento e gasto de tempo possível. Além desses interesses, há outros que não são tão explícitos e fazem parte do jogo: interesses econômicos e políticos. A TAR afirma que a natureza do programa pode ser compreendida por meio da identificação dos argumentos sociais, econômicos, políticos e técnicos que influenciam o percurso da rede e de suas inovações (BILODEAU; POTVIN, 2016).

Aprofundaremos esses dois principais problemas: o funcionamento da atenção básica e o tratamento conservador no âmbito da média complexidade.

8.2.1 O contexto ideal e o atual funcionamento da Atenção Básica

A implantação e a expansão da rede sociotécnica da atenção básica, e depois a qualificação da força de trabalho para atuação na estratégia saúde da família, são percebidos como atuantes da atenção integral ao paciente com doença renal crônica e com diabetes. A expansão do saúde da família é uma referência necessária para articular práticas de prevenção da DRC, desde a época do programa Hiperdia: a atenção se expandiu bastante nos anos 2000 (E-gestor municipal); com a atenção básica nós tivemos o Hiperdia que era muito importante no controle das principais doenças que provocam a DRC hoje em dia (E Chefe de serviço).

Vou simplificar: 90% das pessoas que entram em TRS, hemodiálise ou diálise peritoneal, elas tem como doenças de base, principalmente, a hipertensão e a diabetes. Muitas delas nem sabe que tem a doença. Falta trabalho de prevenção com essas pessoas... se as pessoas lá da ponta, do saúde da família tivesse uma educação sobre doenças secundárias que levam à insuficiência renal, e pudessem ter mecanismos de informar isso, a gente conseguiria retardar ou reverter algumas doenças renais...(EG) Essa parte da Busca Ativa do paciente que a gente não tem... não tem mesmo...nem por parte do setor público, nem por parte das Clínicas terceirizadas...e na rede, depois da implantação portaria, cada um possui sua responsabilidade (E18) .

Há um consenso nas falas dos entrevistados que reconhecem que a mudança da situação da atual atenção ao paciente deve começa por ela. O funcionamento ideal partiria daí.

Mas tudo vem com a rede básica. Você melhora a rede básica e todo esse caminho, ele é feito o com mais segurança na assistência ao paciente renal crônico diabético (E9), A gente sabe que a nefropatia diabética, o diabetes sozinho ou ele associado com hipertensão, são causas evitáveis de doença renal crônica. Se esses agravos forem bem controlados... Então daí a

importância da atenção básica (E-Gestor). Nós queremos ajudar mobilizar os municípios para fazerem seu papel no PSF (associação dos usuários).

As ações para o controle do diabetes, o diagnóstico e o estadiamento da DRC, o protocolo de encaminhamento ao especialista, a cogestão do paciente que faz TRS seria papel dos profissionais do saúde da família em conexão com a atenção especializada: A SBN já pactuou o protocolo (E17, E 8). Já há protocolos. Já há aplicativos. (E17; BRASIL, 2015; 2016). É um desejo de melhoria da formação:

Aí eu ia querer a equipe treinada a controlar o Diabetes, atividade física a questão da alimentação saudável, mas, também, o cuidado em perceber os primeiros sinais de que a doença tá afetando outros órgãos. (E17)

O que você precisa para você identificar um paciente portador de doença renal? Simples: o exame de função renal, sumário de urina; mais ou menos uma imagem... então não precisa de grande complexidade...estimar o grau de comprometimento da função renal... aí eu tenho uma função renal diminuída de 10% 30 40 50...o paciente então ir a unidade que funcionaria através do matriciamento... o paciente seria encaminhado para unidade de referência, ,onde ela vai te definir as linhas de tratamento, a unidade de referência vai mandar ele de volta para assistência básica onde aquela orientação deve ser seguida, já definido o tempo de voltar pra realização de novo acompanhamento.... Não precisa de uma grande tecnologia (E1).

Todavia, há um consenso na rede de que a estratégia não consegue todo o suporte da retaguarda de exames e ter êxito no diagnóstico da DRC. Também há bastante dificuldades em manter o controle das doenças de base: a hipertensão e a diabetes.

8.2.2 A necessidade de melhoria da formação dos profissionais na atenção básica

As intervenções para prevenção e promoção da saúde e atual modo de funcionamento da estratégia no estado, são algumas vezes prejudicadas por um perfil de profissionais inadequados. Esse fato inclui, além do PSF, o academia da cidade e os NASF.

O perfil dos profissionais precisa ser melhor formado:

Pois é. A gente tem ao longo dos anos a extensão da saúde da família que teve um bom lá atrás né, final de 95 de 2000. Mas, naquela época, você não tinha ainda os profissionais com perfil. Aí, ao longo dos anos, a gente foi percebendo e mudando isso. O perfil do médico generalista na atenção básica não era aquele perfil de médico de família, né? Eram focadas no especialidades, né? Não era incomum a gente chegar no município a gente encontrar um mastologista sendo médico de família, um radiologista sendo médico de família... (E-gestor).

Um outra coisa que acontece... você abre uma série de academias da saúde que não servem para nada. Você não ver atividade física. Pouco são os municípios que eu vejo funcionando com atividade física. Então, tem cidade

como Limoeiro que só funciona por o prefeito descobriu que é diabético. Se você chegar às 7:00 da manhã ele está lá e a academia funcionando. Quando não, a academia não funciona... No saúde da família, os médicos não cumprem a carga horária. Muitos prefeitos negociam redução de carga horária da enfermeira de 8 para 6 horas. (E-gestor)

Falta de conhecimento sobre a doença: Poderia ser feito a creatinina, que é um marcador. Mas não fazem. A creatinina é um marcador. Simples. Nem isso se faz. (E-profissional de clínica)

Ainda você vem hoje você volte daqui a um mês ou daqui a dois meses e a Hemoglobina na urina, a percepção de cilindros na urina o que pode já dar o alerta não é observada..., a falta também na prática do médico de família da equipe de família fazer esse tipo de atendimento: como é que tá a filtração dos rins desse paciente...Parece que isso é uma coisa que é exclusiva do especialista...e que não é. Você tem aplicativos que você pode fazer filtração renal rapidinho, calculando creatinina rapidinho ali você faz (E-gestor municipal)

Tanto gestores quanto usuários criticam a forma como alguns Agentes comunitários trabalham:

Os agentes comunitários de saúde estão sobrecarregados com outras atribuições e não se faz o papel verdadeiro da promoção da saúde no território que poderia ser orientando uma mudança de Cultura de alimentação desde a infância... (E-gestor)

A falta de suporte para o autocuidado apoiado no território é uma experiência consensual: A conversa no PSF era só a pressão, mas ninguém nunca fez exame. Eu era acompanhado. Recebia remédio. Mas quando a gente vê...não tem mais jeito (E-usuário).

Nós temos muito companheiros aqui. O medidor sanguíneo, nem agulha, nem as fitas. Eles não conseguem controlar porque eles não tem condições. Não tem agulhas, não tem fitas. O controle é aqui. Quando passam mal na máquina. O está baixa, ou está alta. Você vai no posto não tem remédio, a menina não está lá para medir...se antes da crise já não tinha, depois foi que lascou tudo. Hoje o paciente pode ser conscientizado para se cuidar. Mas o governo não está conscientizado de que precisa cuidar mais da gente (E-associação de usuários).

O posto tá péssimo. Falta remédio, a gente marca um exame para receber. Não recebe de volta. Tudo ruim. Eu tenho uma agente que é mesmo que não ter. Quer dizer, ela não tem culpa né? Eu pego insulina lá no posto. Insulina é difícil faltar. Tudo que é ruim da diabetes. (E-usuário)

A falta de acesso às consultas inclusive às consultas de odontologia nas unidades é ainda um problema: “[...a USF] não consegue aferir uma glicose porque não tem fita para medir” (U 33). “Aí tem Upinha. Você mora de um lado da rua e é atendido...mas se você morar do outro lado, não é. Já viu uma coisa dessa?” (U 24). “O problema só é esse...a situação para pegar remédio, que falta, não tem médico. No PSF tem que chegar lá cedo e muitas vezes não tem medicamento” (U-23).

Se for pegar uma ficha para dentista, tem que dormir lá. É muita gente, acaba logo. Acaba logo também para o clínico. Ai eu não vou. A gente com esse problema de visão, fazendo hemodiálise, depende de alguém para ir com você de madrugada para pegar ficha, (a pessoa que vai te acompanhar tem a responsabilidade de trabalho, de família...)

Visitar? Visitam não. Só visitam para negócio de Dengue, para saber como eu tô, não faz visita não. Tem posto, sou cadastrado, mas não faz não (U-32).

Uma questão a destacar é que até no caso da DRC, as questões de gênero aparecem. Tanto no PSF quanto no NASF, como revelam as falas abaixo:

Os NASF e academia da saúde que poderiam ter atividades voltadas para o homem, só atraindo mais mulheres, então deixa a população masculina fora. E ele continua com alimentação inadequada de quando trabalhava na roça (alimentação é muito pesada com excesso de carboidratos) (E 12).

O PSF não consegue alcançar o homem. (U-06).

As equipes de saúde da família não conseguem atender as pessoas que trabalham fora. Devia ter política na empresa. Eu tinha de plano de saúde da empresa e não usava. E agora, não tenho plano e preciso do SUS. (U-39).

As descontinuidade de equipes técnicas na condução dos programas diante das mudanças de governo implicam nas diretrizes políticas

O PSF era ótimo. As equipes visitavam. o atual governo extinguiu tudo. Estão abandonado. Por que não melhoraram os PSF. Mas, não. Constrói UPA. Por que não melhorou o Barão? O PAM de Areias? Mas, constrói o hospital das mulheres. Não tem lógica. Um governo não tem compromisso com as coisas boas que o outro deixou. Por isso, não melhora. Só existe a integração para inaugurar. (E-associação de usuários)

O PSF era ótimo. Você chegava, tinha atendimento e encaminhamento. Esse governo novo abafou. Não tem gaze, não tem remédio. Eles estão abandonados. Eu pegava meu remédio de infecção urinária lá. Agora, tenho que comprar. (U-13)

Numa análise sobre a política de atenção básica, Duarte (2014) também constatou que as mudanças de modelo sempre provocam grandes ruídos na rede, pois há problemas estruturais que precisam ser resolvidos no PSF: estrutura física, disponibilidade de medicamentos e ...as vezes essas mudanças é percebida pelos profissionais como “moda da gestão”.

Os usuários também sentem essas mudanças: um gestor não quer continuar o que o anterior fez de bom. Essas falas são recorrentes em estudos avaliativos. Geralmente eles advogam a existência de uma estrutura administrativa própria que sobreviva às mudanças de governo, implementando uma política de estado e não de governo, uma burocracia institucionalizada na administração pública, guardiã dos preceitos do sistema enquanto política de estado (ALVES, 2008; VIEIRA-DA-SILVA, 2004).

A falta de exames disponíveis para a atenção básica identificar DRC é um problema. Os municípios da região possuem dificuldades em prover exames considerados básicos para o diagnóstico da DRC pela atenção básica:

Dava para contar na mão o número de municípios que fazia a hemoglobina glicada e a microalbuminúria como exames de rotina. Até porque são exames mais especializados que, via de regra, o laboratório municipal simples não realiza (E-gestor).

As formas de lidar com estes entraves são as mais variadas, incluindo empréstimo de remédios, reuso de seringas, aquisição nas farmácias de bairro, uso do programa aqui tem farmácia popular, amizade nos serviços. O grupo de usuários que não reclama de acesso aos medicamentos, é o grupo que está no IMIP, pois eles conseguem até a insulina na farmácia de lá. Os demais, precisam da ABS para medicamento.

Num estudo realizado por Pena *et al.* (2012) com médicos do PSF no Ceará, constatou-se que são os médicos mais novos que solicitam os exames para detectar problemas de DRC; mas mesmo assim, poucos calculam a TFG para estabelecer o estágio da DRC e sugere a instituição do apoio matricial, visto que há disponibilidade de exames, que são de baixo custo. Inclusive eles referenciam pouco até mesmo para outros profissionais de saúde. O que faltaria, portanto, era apoio de um especialista na atenção básica para educação permanente sendo o apoio matricial uma estratégia de superar a lógica fragmentada do sistema em prol da integralidade. Eles seriam mediadores da articulação entre atenção básica e atenção de média complexidade.

Desde que a iniciativa *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (K/DOQI), criada em 2002 para estabelecer as diretrizes de cuidado às DRC, reconhece-se como bastante relevante e necessário para as pessoas e o sistema de saúde, prevenir a perda da função renal, protelar a progressão e amenizar disfunções e comorbidades. Ele chama a atenção para o caráter multidisciplinar da proposta.

Os dois estudos acima reconhecem que o PSF sozinho não dá conta de ação integral e precisa estar em rede. Precisa estar em rede e ser interdisciplinar depois do estágio 3 (BASTOS; BASTOS; TEIXEIRA, 2007).

Para Pereira *et al.*, 2016, que também encontrou alta prevalência de pacientes com risco de DRC em área de PSF de Goiânia (quase 30%), mesmo ainda diante de falta de evidências que comprovem a efetividade de intervenção precoce de prevenção nos estágios 1 a 3 de DRC na atenção básica, é importante fazer esse investimento pois tem potencialidade de ser custo efetivo para pacientes, suas famílias e o próprio sistema de saúde.

8.2.3 A relevância de ampliar a Promoção da Saúde

As ações de promoção da saúde de enfrentamento das DCNT, em que peso o atual modo de vida e de consumo da população do estado, ajudaria a mudar bastante a situação...é o que fica visível na fala desse gestor de gerência regional:

A gente não consegue resolver um problema como esse da TRS sem repensar a Promoção da Saúde na atenção básica. A população deixou de andar de cavalo de bicicleta e passou a andar de moto. O desenvolvimento econômico, o acesso aos programas sociais como Bolsa Família, bolsa escola fizeram com que as pessoas deixassem de subir no pé de cajá e pudessem comprar alimento industrializado rico em gordura, com excesso de conservantes... Então a gente tem uma população que você vê essas crianças gordinhas, obesas mas desnutridas, verminoses severas e crianças que têm anemias, problema de ferro, problema de cálcio porque a alimentação não é adequada...no futuro, as DCNT só aumentam.

A necessidade de desenvolvimento de ações de promoção da saúde renal no contexto nacional é incentivada com a instituição do **Dia mundial do rim**, a partir do ano de 2006 e a defesa da inclusão do papel da atenção básica. Essa ideia de inclusão da atenção básica foi adotada na reformulação da política estadual de nefrologia pelo comitê gestor de acompanhamento em 2009 como vimos no capítulo anterior. Todavia, apareceram poucos movimentos de mediação dessa integração: apenas capacitação das USF pelo HC num contexto no qual o convênio de capacitação celebrado entre o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Nefrologia são assinados para formação das equipes da Atenção Básica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2002). Essa fala é bem reveladora da falta de prevenção:

Devia ter campanha de prevenção mesmo. A gente não vê isso. Cai de bolo...vai tudo para máquina. Botaram o exército para pegar muriçoca e mosquito. Por que não fazem prevenção da doença dos rins? (E associação de usuários) Mas, sem prevenção, as clínicas ganham. Se eu tenho mil pacientes e eu vou prevenir. Eu detectei antes. As clínicas ganham dinheiro com a gente... (E- associação de usuários).

A questão de alimentos é bem importante durante todo o acompanhamento das pessoas com DRC. Ela também é uma questão de base, que faz parte dos condicionantes da DRC. **Essa é uma questão remete à transição nutricional.** Problemas de acesso à alimentação saudável e sobre a transição nutricional também apareceu como tema relevante na perspectiva do gestor estadual como na fala abaixo:

Além da alimentação processada. As pessoas não sabem mais comer frutas mas consomem os alimentos ricos em açúcar carboidrato gordura... e aí tem toda uma epidemia de obesidade, hipertensão, diabetes... que não recebe

atenção devida na atenção básica... é uma grande falha no sistema por parte da atenção básica...e isso repercute na DRC (E-gestor).

A promoção da saúde, além do cuidado integral e da vigilância em saúde, é o terceiro componente do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT (BRASIL, 2012). A discussão sobre transição nutricional foi incorporada ao plano e quem sabe possam surgir políticas nesse âmbito que servem não só às Doenças Renais Crônicas (DRC) mas às Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) de uma forma geral.

8.2.4 A necessidade de interação entre a atenção básica e média complexidade na DRC

Na rede municipal da capital, é o Centro de Referência Senador José Ermírio de Moraes, único no estado com estas características de suporte à rede na endocrinologia, oftalmologia e cardiologia na atenção aos hipertensos e diabéticos. Lá funcionam as referências em cardio, endócrino e oftalmologia para quem tem complicações de diabetes. É um centro único no estado com este perfil. Mas há também as policlínicas como referência para as demais necessidades dos pacientes com nefropatia. Isso fica claro no trecho abaixo do gestor:

Temos um grande polo que é o Ermírio de Moraes. **Ela é uma unidade de especialidade de Endocrinologia e de Cardiologia, que faz exatamente o acolhimento aos pacientes que não evoluem adequadamente na atenção primária.** Embora a gente tenha endócrino e cardio em outras em outros distritos, mas, no centro Ermírio de Moraes concentra aquele grupo de profissionais que têm maior 'expertise' e nos casos mais complexos. A gente pega o diabético e tem que ofertar cardio, oftalmo e a referência para a endocrinologia (E3). Mas **a ideia era trazer a nefro lá também** para o Ermírio de Moraes. Para ficar tudo concentrado ali. Tá? (E 17) **Inclusive, a gente tem uma equipe do programa Academia da cidade,** tem um trabalho voltado para esse paciente que é hipertenso e diabético com complicações. Então há um trabalho de atividade física, mas também com foco na alimentação saudável. **Então na verdade o serviço do Ermírio de Moraes agente considera o centro de excelência porque ele consegue unir todas as especialidades que são importantes para o paciente diabético com alguma complicação.** Ele regula para o PSF. A atenção básica regula esse paciente para ele. A gente tem outros locais onde tem cardio. A gente não tem um ambulatório específico de cardiologia para o paciente nefropata. Não, não tem. Mas, ele tem acesso a toda essa dinâmica (E17).

Quando o Centro Ermírio de Moraes foi criado em 1998, não foi projetado para abrigar a nefrologia. A capital conta apenas com um nefrologista na rede, que fazia seus atendimentos na Policlínica Albert Sabin, e tinha entrado na instituição como médica clínica. Caso este profissional fosse lotado lá, o que apenas um nefro seria capaz de fazer? Essa questão levou anos para ser resolvida e parece um consenso só foi possível agora. Até por que

membros da atual gestão municipal participaram da gestão estadual quando do desenho da rede de atenção ao DRC, possuindo grande conhecimento e sensibilização para com o assunto.

A capital tem um grande centro de hipertensão e diabetes mas não tem nefrologista, você acredita? não tem nefrologista! Como é que um centro especializado para DM e HAS não tem nefrologista? (E3). Desde 2001 nós temos falado com a gestão municipal para colocar nefrologista no Ermírio. Como não tem, a gente se compromete com um fluxo informal de encaminhamentos para os ambulatórios estaduais. (E4). Nefrologia, ela tava para ser lotado lá no Ermírio. Eu não sei se já conseguiu. Ela era de outra Policlínica. E aí, nessa clínica ele será referência inclusive para nefropatia. A gente, infelizmente, só existe uma nefrologista no município (E-Gestor).

As mudanças ocorridas na capital como a implantação da nova coordenação de DCNT pode ser considerado um potencial evento crítico. Como consequências seguem: novos protocolos sobre a HAS e DM para ESF envolvendo SBMF, o novo processo de regulação ambulatorial do CEM com a ABS, as proposta de Matriciamento da nefro com clínicos por distrito, o uso do Telessaúde para teleconsulta. As inscrições são: as portarias de nomeação, as portaria de lotação. É um embrião de práticas inovadoras que tem o objetivo de reconfigurar a rede, a partir de deslocamento de papéis do CEM:

A ideia com a implantação da Coordenação doença crônica é exatamente essa. Nossa nefrologista matricia pelo menos um clínico a cada dois distritos que fosse uma referência para o tratamento conservador, que não necessariamente precisa ser nefrologista. Mas você precisa entender... um treinamento e matriciamento dos clínicos. Pelo menos, inicialmente um a cada dois distritos. A gente hoje tem oito distritos. Então 4 clínicos matriciados por essa nefro. Então, exatamente por conta da oferta de profissionais, muito pequena a gente tem que fazer esse matriciamento complexo. Nunca conseguimos dar andamento a isso lá pelo Estado...quem sabe, pelo município. Fazer também um sistema de teleconsultoria que a gente tá avançando muito aqui em Recife A questão da Teleconsultoria... para que a gente pudesse entrar na rede (E-gestão municipal).

Mudança de coordenação também foi considerado evento crítico em outros estudos como o realizado por Figueiró *et al.* (2016).

O matriciamento também é referido como algo adequado na organização do cuidado e suporte à atenção básica (CAMPOS; DOMITI, 2007).

O uso das tecnologias de informação como telessaúde e também como suporte aos sistema e informação no âmbito da nefrologia também já vem surgindo na literatura (SANTOS *et al.*, 2009). Para alguns dos usuários, se o sistema de saúde fosse único mesmo, nessa era da informática, era só apertar um botão e deveria aparecer todos os exames que o pacientes fez na rede (U 39). De acordo com a gestão: já há aplicativos que ajudam a realizar

o cálculo da taxa de filtração glomerular, falta capacitar o profissional (E-gestor municipal). E de fato, o Ministério da Saúde em conjunto com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ao lançar os protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada em DRC já oferta este aplicativo (BRASIL, 2016).

A mudança do papel do Ermírio na rede e o empoderamento da atenção básica, produzem contradições nas falas dos usuários. Sobretudo em relação ao acesso a assistência. O discurso abaixo é um exemplo prático do que acontece:

Antigamente eu mesmo marcava o médico no Ermírio. O médico mesmo agenda à mão, na agenda dele. Agora, não. Eu tenho que pegar o encaminhamento do médico do Ermírio, levar para a unidade de saúde da família. Esperar 4 ou 5 meses para eles marcarem. Piorou muito. O processo de marcação é muito lento e complicado. A consulta no Ermírio não tem hora marcada. Você dá o encaminhamento do médico do Ermírio para o PSF. Dá entrada no encaminhamento na USF. Depois você tem que ir cedo, para pegar uma ficha para marcar o médico. Eles é que marcam. No Ermírio eu marcava e já agendava. Não demorava. Eu fazia exame no Ermírio. Agora é no posto de saúde. Para mim essa mudança foi péssima, horrível. Ela (a agente de saúde) disse que avisa. Mas ninguém vai. Aí a gente chega no posto (se pegar uma ficha de manhã pois só tem pra 20 pessoas). Como eu faço hemodiálise na segunda, quarta e sexta, eu só posso ir no posto terça ou quinta. E tenho que chegar de madrugada para pegar ficha que só são 20. Aí eu mando minha menina. O médico mesmo marcava a volta. Ele pega um caderno. Você não se preocupava. E não era no computador. Era na caneta. E na era do computador... Antes eu tinha um acompanhamento. Passava os exames de sangue que eram feitos só quando estivesse perto da consulta. Eu gostava de lá. Você vem tal hora. Era o dia e a hora. Marcava no cartão e marcava no papel. Dava o papel do exame. A menina dizia, vem quando estiver perto...Hoje é outra dificuldade. Tem unidade de saúde onde eu moro. Faço exame de sangue. Recebo medicamentos. Eles é que marcam agora para mandar para o Ermírio. Mas na verdade é uma contramão (U-23).

Para Latour (2005), o discurso é a própria realidade e ao que parece ano discurso apresentado pelo usuário, a mediação da rede que até então era exercida por ele e pelo profissional, o levou à condição passiva e atribuiu ao binômio regulação-USF o papel de mediação que não media, mas transporta apenas informação da regra do acesso, sem viabilizá-lo com a efetividade que o usuário tinha. Ele não era só um usuário. Era um mediador que passou, de fato, a condição de mero usuário. Para Bonet *et al.* (2009), já que o usuário faz parte do sistema, ele é outro mediador tanto quanto outro atuante o é.

E esse empoderamento em relação ao autocuidado parece ser uma diretriz importante para a atenção ao PRC em todo o mundo (ESCOVAL *et al.* 2010; CANCER CARE ONTARIO, 2014) e também no país quando cria um página para dar suporte ao autocuidado pelo paciente em relação às doenças crônicas (BRASIL, 2014e).

Quadro 23- Evento Crítico Potencial Implantação da coordenação de UTI-Nefro na SMS da Capital.

Evento Crítico Criação	Implantação da coordenação de UTI-Nefro na SMS da Capital
Contexto	Equipe da SMS com experiência anterior Revisão do papel do Ermírio Revisão da política municipal de regulação Informatização de grande parte do PSF
Ação	Inserção da linha de cuidado ao portador de Doença Renal Crônica na Política de atenção às doenças crônicas não transmissíveis
Atuantes-Atores e interesses	Nova coordenação da política municipal de atenção às DNT Programa de Telessaúde; Experiência prévia da Equipe da SMS na SES Existência de uma nefrologista na rede
Não humano	Concepção de matriciamento Novo cargo na ABS Centro Ermírio de Moraes Nova política municipal de regulação
Mediador	Coordenador municipal da DCNT
Inscrições	Publicação da nomeação do novo coordenador
Conexões	Atenção básica-Atenção especializada Atenção básica-tratamento conservador Gestão- atenção
Resultado das Interações	Sobrecarga da ESF Dificuldade de acesso dos ex-usuários ao Ermírio Transferência da nefrologista para o Ermírio Redefinição do papel da nefrologista- matriciamento para clínicos nos distritos Deslocamento de atribuição de 02 clínicos por distrito para atuação no matriciamento das USF em nefrologia
Consequencias	Regulação do acesso ao Ermírio a partir da ABS Sobrecarga das Equipes Desempoderamento da relação paciente DRC-Enfropatia diabética e o Ermírio Necessidade de capacitação das USF
Controvérsias	Papel de um nefrologista no Centro Ermírio de Moraes Papel das ESF na regulação do acesso dos PRC ao Ermírio
Inovações	Matriciamento por Distrito Regulação do acesso Ermírio Tele Nefro

Fonte: elaboração da autora.

A mudança de coordenação pode ser um evento crítico quando ela consegue ser estratégia para agregar interesses e produzir mudanças no funcionamento da rede sociotécnica (FIGUEIRÓ *et al.* 2016). Por enquanto, esse processo provoca mudanças de forma muito incipiente, mas por já deslocar atores e introduzir novos conceitos e valores, como o matriciamento, já pode ser considerado um Evento Crítico.

De fato, o acesso às especialidades para suporte à atenção básica é um problema na rede. É uma fala preponderante junto aos usuários:

...Eu vou para o médico particular porque para conseguir uma ficha tenho que sair de madrugada” (E-usuário). Para você conseguir um endócrino, que é o médico que cuida da diabetes, só no plano de saúde... (E-usuário); Você faz exame no PSF e não recebe o resultado (E-usuário); Quando a gente é internado, consegue fazer todos os exames; quando não, tem que marcar no HC e isso é um problema. Tem que ir de madrugada para conseguir. Só esse o problema...(E-usuário).

Essa indisponibilidade de recursos somado repercute no acesso, e certamente, fragmenta a linha de cuidado, fragmentando rede (MALTA; MERHY, 2010).

Essas demandas são incorporadas pelo Controle Social na rede de atenção ao DRC com nefropatia diabética. Ela acontece em várias instâncias: na vigilância, por meio da associação de usuários e do ministério público; no hospital do estado por meio conselho de usuários no serviço; na assistência farmacêutica, junto ao comitê de usuário das gerências portas abertas, junto ao governo e meios de comunicação por meio da associação de usuários.

A associação de usuários está sendo reestruturada depois que fechou devido à morte do presidente anterior. Apesar de não existir legalmente, já tem legitimidade e representatividade. Possui uma comunidade no *facebook* sob a denominação: “Eu te amo do fundo dos meus rins”. Há também um blog com esse nome, um contato de *Whatzap*, e vídeos no *youtube*. Ela está recebendo apoio da Aliança Nacional que auxilia em sua estruturação e processos de negociação. Ainda não possui assento nos Conselhos de Saúde. Eles mantêm uma interação com associação de usuários de TRS do Barão de Lucena. A Aliança nacional mantém uma grande aproximação com a SBN e fazem duras críticas ao governo:

As macas enferrujadas. Não é falta de dinheiro. O governo federal não deixa de mandar. Poltrona, péssima. A manutenção das cadeiras de roda. Não tem. Falta energia. O Sistema pára. O governo anterior ainda vinha aqui. Mas, esse, é de gabinete. Não sabe de nada. Não é só deixar o secretário engravatado. Ele devia fiscalizar e observar. Tá faltando compromisso humano (E-Associação de usuários).

No diálogo entre as instâncias de controle social, é possível perceber um grande alinhamento entre suas agendas: capacitação da atenção básica, sensibilização dos gestores municipais, manutenção da qualidade, melhoria do transporte (seja o social, o conduz ou o TFD), a sensibilização da população para doação de órgãos; apoio ao pleito de reajuste do valor da tabela de procedimentos. Há particularidades tendo em vista a posição que cada entidade atua na rede. A associação do Barão preocupa-se com a conservação das macas e cadeiras, além da qualidade dos materiais; já associação estadual preocupa-se com a agenda a migração de vagas nas clínicas satélites do convênio com o SUS para os planos de saúde devido a queda de confiança dos empresários na regularidade do pagamento. A associação nacional, com o fechamento de alguns serviços.

É possível observar um grande alinhamento das associações nacional e estadual dos usuários com as associações de clínicas de diálise e da sociedade brasileira de nefrologia. Há uma convergência de interesses quanto à necessidade de reajuste da tabela. Na hora de reduzir refeições dos pacientes em prol da manutenção do quantitativo de vagas, eles apoiam.

Foi da interação da associação de usuários com a rede nacional que houve ganhos em relação à participação de outros profissionais na rede a exemplo do assistente social e psicólogo e em relação ao transporte sanitário.

8.2.5 O Transporte sanitário: um problema chave para os usuários

Queda na qualidade da assistência da TRS nas clínicas satélites, dificuldade de acessar outras clínicas como oftalmologia e cardiologia, dificuldade em acessar exames, dificuldades em acessar os medicamentos na ABS, problemas na regularidade da entrega dos medicamentos pelo programa estadual farmácia itinerante, e o transporte sanitário, são os principais problemas apresentados pelos usuários e referendados pelo controle social:

A gente precisa fiscalizar esse dinheiro. As poltronas da gente todas quebradas. Já fizemos MP, Ouvidoria, Auditoria e não melhora nova. Como bota uma ouvidoria do governo que é o próprio governo? Devia ser o povo. Só que quando você chega, é uma funcionária do estado!!! (E – associação de usuários)

Para frequentar os serviços de TRS, os usuários necessitam de transporte. Esse transporte sanitário é um grande problema. **Essa é uma questão recorrente nas entrevistas:** “Outras coisas é o transporte. O governo compra umas kombis velhas. Caindo aos pedaços. Por que não adquire ônibus decente, com ar condicionado?” (E-associação de usuários). “Meu dinheiro é pouco. Eu recebo R\$ 600,00 porque tenho dois empréstimos. São 72 meses de dois empréstimos. Aí recebo R\$ 600 e R\$ 500 vai embora no carro. E você não vive a vida...” (U 29). “Eu recebo auxílio da secretaria municipal de saúde” (U 33). “Eu não uso não, por que tenho que acordar de madrugada para pegar o carro, ficar esperando minha sessão que é de 11:00 horas e voltar 17:00 horas para casa. Perco do dia todo. E ainda vou entregar paciente em todo o lugar dessa cidade. Os motoristas daqui não sabem levar os pacientes como a gente não. Balançam muito, correm muito...eu já saio fraco da sessão...capaz de vomitar no transporte.” (U29). “Eu sou da terça, quinta e sábado e o carro do distrito não funciona no sábado” (U10). “Eu prefiro vir de ônibus mesmo. Ainda posso. Até quando eu puder” (U9).

A questão do transporte foi um dos temas colocados pelos usuários no estudo de Tavares e Coutinho. Eles encontraram relatos de experiências onde secretarias de saúde em

Minas Gerais, por meio dos consórcios, adquiriram micro-ônibus como forma de dar conforto e garantir o acesso dos pacientes.

Outros estudos que incorporaram o olhar do usuário identificaram as mesmas necessidades e consideram o Benefício, alimentação e transporte como essenciais ao tratamento (COUTINHO; TAVARES, 2011)

8.2.6 Problemas na interação do tratamento conservador da atenção especializada ambulatorial

Vimos que é a atenção básica precisa de apoio da atenção especializada no caso da DRC. Em Pernambuco, esta atenção ambulatorial em nefrologia ocorre, sobretudo, nos hospitais de ensino da rede: os universitários (Hospital das Clínicas, Oswaldo Cruz, o IMIP) e o Barão de Lucena.

O segmento gestão considerada que os especialistas em nefrologia das UPAS-E não estão inseridos no fluxo da rede: “Os nefrologistas das UPA E ainda estão sub-utilizados no sistema (Entrevista 1)”. Eles são os locais de referência para rede básica e demais serviços.

O paciente da UPAE, que tem um maior nível de conhecimento, pensa assim. Eu tenho doença renal, minha doença vai progredir, vou precisar de diálise e vão me mandar para onde? Para emergência do HR? Quero não. Quero um ambulatório que eu possa fazer meu seguimento. Ele não confia na rede por que não tem fluxo. Eu não quero não. Vou tentar uma vaga no HBL, no IMIP. A Grande maioria (E- gestor).

E essa é experiência relatada na média complexidade

Aqui eu não tenho o que reclamar. Quando você piora, eles internam aí você consegue fazer todos os exames aqui. Quando não, você tem que ir para o HC. Aí não consegue ficha. É só esse o problema. Eu vou procurar o médico particular por que no hospital eu tenho que sair de madrugada. E eu não tenho condições disso. Podendo ou não, tem que fazer particular. Para você conseguir um endocrinologista na rede, que é o médico que trata da diabetes, só no plano de saúde...

Um dos maiores gargalos é o tratamento em oftalmologia. Reclamação de todos entrevistados. Em termos de cirurgia, os exames, quando conseguem ser feitos, perdem não são feitos de forma sincrônica e atrapalha todo o projeto:

Na Clinope, tem um exame que tem quase 1.000 pessoas na fila minha filha. Antes a prefeitura comprava mais ficha, hoje são 50 por mês... Vaga para o exame? Tem não. Venha em março. Daqui para março você ligue... Então, eu acabei pagando no Maria Lucinda porque o Altino demorou muito (U 44). Os exames demoram muito. Quando a gente consegue fazer o último, o primeiro já não serve mais. E eu fico preocupado porque eu sou sozinho. Se eu perder minha visão? O que vai acontecer comigo? Eu ia fazer (a

ultrassonografia) por R\$ 220,00 porque cada dia que passa a gente vai perdendo mais a visão. Consegui a ultrassonografia (U-22).

Aí quando você chega lá, Ah!!! o senhor demorou muito com os exames...perdeu o olho...não tem mais o que fazer...agora vamos cuidar do outro... Aí marcaram uma cirurgia de retina...depois de muito lutar, consegui marcar. No dia, o médico não foi (U34).

Cirurgia oftalmológica e perda de visão são as maiores preocupações dos PRC entrevistados:

Preciso operar com urgência. Lá no Altino Ventura. Depois que a gente volta para ele com os exames, a gente tem que esperar ele ligar para marcar a cirurgia, Só que ele não liga. Ai a gente perde os exames e tem que fazer tudo de novo. Já faz o quê? 10 anos que eu tô correndo atrás desses exames.10 anos já. Perdendo minha visão porque é muito demorado para eles atenderem, também por que a demanda é muita. Eu até ajudei a construção do novo hospital de olhos. Eles ligaram pra gente pedindo ajuda e eu ajudei. Mas até agora a dificuldade é a mesma (U-27 anos- mora sozinho).

O problema do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, e também os exames laboratoriais ou de imagem, acontece durante o tratamento conservador. As falas dos usuários e revelam uma grande dificuldade de acessar aos exames necessários ao tratamento conservador.

Porque não é brincadeira não. Eu moro em Marcos Freire. Vim para cá. Eu saio de casa 4:00 h da manhã, arriscando a minha vida. Quando eu chego aqui fico numa fila até 8:00h. Aí dizem que não tem exame, que não tem isso, que tá faltando isso...É uma falta de respeito pelos doentes. A saúde é muito escassez. O Brasil para ir para frente tem que mudar muitas coisas. Às vezes nem é o profissional... as pessoas ficam revoltadas com os funcionários mas a culpa não é deles. É dos governantes que deixa a gente nessa situação... (U 17)

Precisa melhorar. Principalmente marcação de consulta, de exame clínico. É muito complicado. Esse paciente tem distúrbio ósseo, anemia, problemas cardíacos. Esse exames são os mesmos. (SBN regional)

A dificuldade em realizar os exames também é um problema para o segmento na TRS. Para alguns usuários, faz-se necessária a influência política para acessá-los. O acesso política não é uma experiência do universo de entrevistados. São situações singulares que revelam a persistência de falhas no acesso. Uma forma de driblar a escassez: “Eu já trabalhei aqui e todos me conhecem” (U 25). “Minha sogra trabalhou aqui e arranhou a consulta” (U 27). “A situação é difícil. Você tem que conhecer alguém” (U4):

Na Assembleia. Minha esposa trabalhava lá. Aí eu, através do pessoal que eu tenho amizade, mesmo depois que ela saiu de lá da Assembleia, eu ainda faço os exames Eu tenho um primo que é deputado, e tem outros que são amigos também. De toda forma, a gente tem como chegar no gabinete pede aquela autorização e você vai e faz os seus exames necessários (U-18).

No caso do Hospital das Clínicas, mesmo com a inovação do ambulatório feito por endocrinologista, a intervenção esbarra nos exames e na integração com outras clínicas na média complexidade.

De uma forma geral, o aumento das DCNT, o envelhecimento da população, a transição nutricional provocam o impacto sobre o serviço de saúde, aumentando demanda. Reduzir desigualdades em saúde é promover o acesso aos serviços de saúde para quem não consegue pagar (BARROS *et al.*, 2011).

Fernandes *et al.* (2012) olhando para o estado do Mato Grosso, constataram a necessidade de construir uma rede de atenção à DRC; a ampliação da assistência farmacêutica e melhoria das estratégias distribuição, e a criação de um registro único de preço como estratégia de negociação. Aumentar a capacidade instalada-SADT para apoio à USF; bem como a necessidade de ampliar a capacidade instalada.

Soares (2015) ao avaliar a RAS-DCNT em Recife, também apontou a necessidade de um olhar especial para assistência farmacêutica no âmbito do atenção básica, atenção especializada, SADT e transporte sanitário.

Embora a desmedicalização possa ser considerada como ação no âmbito da promotora da saúde (SANTOS, 2015); ela deve ser programada e ter reconhecido o seu valor para enfrentamento das DCNT. A assistência farmacêutica para DCNT tem sua importância. Melhorar a aquisição e a dispensação de medicamentos evitaria a negociação atomizada que diminui o poder de negociação dos governos com o monopólio. Nesse quesito, o que podemos perceber é cada um contra todos: Estado contra municípios; e estes contra o governo federal... desse modo, o enfrentamento da negociação junto a mercado monopolizado fica bem prejudicado.

A fila para exames na atenção básica e no tratamento conservador; a necessidade de adquirir medicamentos básicos para controle da diabetes, revelam a dificuldade de acesso e desassistência neste âmbito. Déficit na oferta de SADT e na distribuição gratuita de medicamentos já são bastante debatidos em outros estudos. O fato do governo comprar quase 25% dos seguros privados, o incentivo a aquisição de planos de saúde pelos familiares ou pelos empregadores privados e a seleção de clientela pelos planos de saúde, impelem o gasto privado e contribuem para fragilização do SUS (COSTA, 2017).

Essa rede de atenção ao DRC em TRS é um exemplo onde o setor privado predominou. Na atenção básica, os PRC não conseguem acessar todos os exames e nem medicamentos. A parcela que possui o plano de saúde durante a época produtiva na qual a

empresa paga o seguro, utiliza pouco o serviço. Quando caem doentes ou se aposentam migram para o SUS. Então, acabam fazendo o desembolso direto para aquisição de medicamentos ou de exames e complementam seu cuidado na hemodiálise. Para implementar a diretriz de integrar TRS e ABS na atenção ao DRC é pedir que seja integrados serviços de natureza bem diferentes, público-privado (FERNANDES, 2013). Essa relação tem suas especificidades na TRS pois o setor privado é dominante. E na atenção básica, as clínicas populares, os planos individuais ou empresariais tem um peso grande, ficando a Saúde da Família, focalizada a grupos vulneráveis, e mesmo constituindo esse grupo de vulneráveis, há dificuldades de acesso.

Essa análise pode ser estendida às características atuais do sistema de saúde brasileiro (COSTA, 2017). Deve-se aos contornos que o sistema assumiu pois hoje reconhecem que o SF virou política focalizada, o planos de saúde lançam mão da estratégia de seleção dos riscos o que impele a população para desembolso direto; deixando muitos de fora da assistência ainda.

8.3 Crise econômica e política: desafios gerados para organização da rede

A Teoria Ator-Rede é um mapa que pode levar o pesquisador a encontrar temas chave que emergem da interação com o contexto, sem, necessariamente, definir categorias a priori. De acordo com Latour (2001), os atores estão o tempo todo o contexto. E esse contexto se revelará. Desse modo, fica os entrevistados trazem claro fortemente o aspecto econômico. Esse aspecto tem relação direta às características do setor privado na constituição desta rede.

As controvérsias que emergem durante todo o período na rede dizem respeito muito fortemente ao custo dos procedimentos e o reembolso do governo pela tabela de preços pagos pelo SUS. Mas, o contexto de crise agrava: Do ponto de vista do prestador, essa TRS, que era interessante como business, como remuneração, não é mais. Prestar o serviço para o SUS era uma atividade lucrativa, dava um certo lucro para o empresário que montava sua clínica. (E6) Dizem que é um cartel (E18).

8.3.1 Os interesses do mercado circulantes em toda a rede

A racionalidade da rede é mais gerencial do que integral para o serviço público. Os interesses do mercado na saúde recortam todo o texto de gestores e usuários em cada nó da

rede. São falas relativas tanto às indústrias de equipamentos e medicamentos, quanto da saúde suplementar e das clínicas privadas.

A proposta de implantação da assistência integral em rede, cuja estratégia se ancora na linha de cuidado e no plano nacional de enfrentamento das doenças crônicas, é todo marcado pela discussão em torno do custo, da viabilidade financeira e da lucratividade da proposta apresentada pelo ministério. Esse discurso sobre questões de mercado e de lucro são traços que também já existiam antes das novas resoluções ministeriais, em quase todos os outros nós da rede.

O quadro a seguir ilustra os argumentos e revela os interesses sobre o lucro da parte mais estrutura da rede.

Quadro 24- Nós conceituais e as referências sobre questões econômicas: custo, negociação, inflação, despesas, equidade.

(Continua)

Diálise peritoneal	<p>Não há sala para a chamada diálise ambulatorial peritoneal contínua, que é um tratamento mais barato, que o paciente pode até fazer em sua casa. Não é um bom negócio. .. a diálise peritoneal substitutiva cada dia tá mais difícil... por quê? Porque a diálise peritoneal as empresas não estão também aceitando pacientes (Val) as empresas estão se desinteressando já estão comunicando que estão parando de fornecer material para diálise peritoneal ...são 13 anos sem reajustes... alegam que 70% do que ele recebe do SuS é consumido com frete... Mais uma vez aquele paciente que foi sacrificado lá no começo para falta de atenção da Rede</p>
TRS Agudos	<p>É enorme a logística que nós fazemos. Mas nós mantemos hoje, pra manter isso funcionando: 17 médicos, três enfermeiros e, sobrevivendo, 43 técnicos enfermagem; mais dois carros para logística. Lembrar que um fica em Vitória, outro fica em Cabo. Outro fica em Paulista e outro fica no Recife ali no Curado. É daqui, ele vai pra um desses hospitais. Ele vai pra um desses... quando eles são internado se ele foi internado em que hospital depende da central de leitos (E Chefe de serviço privado).</p>
Transplante	<p>Não sei se a gente consegue suportar isso aí ...por que do ponto de vista financeiro...saúde tem preço sim e o custo é alto para o sistema...nos Estados Unidos o sistema mantém um doente para receber medicação cara durante três anos... depois quem quiser compra se não comprar morre...no Brasil não... você financia este doente na hora que ele entra até o dia que ele morra... Então a gente tem um sistema que é lindo maravilhoso não sei se ele vai conseguir manter que ele é lindo maravilhoso ele é (E10)</p> <p>Qualquer coisa na medicina só funciona se você profissionais atender o mercado não adianta você tentar falando isso se você tem mercado e sei que você paga as pessoas.no transplante de repente as pessoas conseguiram se profissionalizar e viver disso (E10).</p>
Medicamentos para o controle da diabetes e TRS	<p>... o fornecedor disse que só faz a entrega do medicamento mediante o pagamento total da dívida...a gente deve 4 milhões e meio...pagamos 3 dos 7 milhões que devíamos ano passado...e o cara disse que não vai fornecer enquanto não houver pagamento total ...ele tem um faturamento de 500 milhões de reais por ano só com Ministério da Saúde...mora na Inglaterra... é um ação extremamente capitalista...o cara não tem preocupação com paciente... tem preocupação com o bolso dele, com a saúde financeira da empresa dele...</p> <p>Faltou também a atribuição do município na questão da aquisição da insulina... que tem o mesmo efeito dos outros tipos de insulina... só que tanto quando chega o estado ... a Lantus só tem um revendedor no Brasil</p> <p>Há grupos de medicação que são atribuições do município adquirir ou do Estado ou do governo federal. Muitas dessas medicações tem uma descontinuidade sim por conta do monopólio que existe dentro da do mercado do comércio da assistência e devido a processos na justiça que obrigam o estado a comprar um medicamento para uma finalidade que atribuição do município.</p> <p>...muitas dessas medicações tem uma descontinuidade sim por conta do monopólio que existe dentro da do mercado do comércio da assistência farmacêutica</p>

Quadro 24- Nós conceituais e as referências sobre questões econômicas: custo, negociação, inflação, despesas, equidade**(Continuação)**

Política de medicamentos	<p>Hoje nós só temos um fornecedor nacional na Argentina, da glargena... é que monopoliza todo processo Industrial...e há uma forte demanda por essa insulina, quando existem estudos mostrando que as insulinas fornecidas pelo Ministério da Saúde, que custam R\$ 2,00, a NPH regular tem melhor efeito mas tem menor aceitação por parte dos usuários. Por quê? Porque tem que furar duas ou três vezes por dia, e essa você fura uma vez por dia, é a que tem uma canetinha e a outra não. Então isso aí tem gerado um problema para gente esse excesso de judicialização em cima de insumos diabéticos. Agora tá chegando a insulina nova... que ela está prometendo uma dose a cada 48 horas. Aí a gente sabe que vai haver demanda judicial. É esse rolo compressor da demanda judicial. Como é que nós vamos ficar? A insulina é função dos Municípios. Está na atenção básica. Agora as medicações especiais, como a Lantus, é obrigação Estadual(EGestor)</p>
Gestão	<p>Entendeu porque a gente tava querendo diminuir o número de pacientes renais nas emergências dos hospitais? É até pra gente ter uma economia... porque, se você ver, hoje, o pagamento da hemodiálise ambulatorial é recurso vindo direto do ministério, destinado para pagamento até TRS hospitalar do programa de diálise do Agudo e ela tem o complemento de tesouro estadual. Então, tá em recursos do Estado. Então, quanto menos a gente tiver nas emergências dos nossos hospitais menos recursos a gente vai gastar... então essa foi uma das preocupações também, de tá fazendo uma economia para o estado. A gente ia crescer, mas a gente ia crescer, e a gente cresceu, com um valor menor. E aí a gente conseguiu captar. Para mim, esse foi o evento marcante nesses três últimos anos. Com certeza houve um crescimento grande pois os interesses são convergentes (EGestão)</p> <p>Pernambuco, ele não tem como dar reajuste... o valor do tratamento é estipulado pelo Ministério da Saúde, não é pelo estado.. Mesmo que ele pudesse eu não sei se ele teria pernas pra isso... nesse momento de crise econômica que o estado tá...essa recomposição financeira ela pode ser feita a partir do que foi aprovado de fato... e se ‘vocês’ quiserem participar desse dessa rede... vão ter esse aumento aí... o que a gente vê é que ele não querem isso aí por que isso aí não resolve o Problema deles (1)</p> <p>Estado não paga, atrasa, não paga... fica 34 meses sem pagar... não tem uma regularidades no pagamento... a 389 ela é uma portaria muito complexa não é ela transferiu as responsabilidades da prevenção para as unidades de diálise ...</p> <p>Paradoxalmente o próprio sistema que deixa de investir na ABS supostamente menos oneroso, mais barato, sem custo tão elevado, passa a utilizar a TRS não só em número mais elevado, mas também numa modalidade muito mais onerosa para o sistema que é a TRS prestada dentro dos serviços de urgência e da UTI (E5).</p> <p>Vamos juntar tudo isso em poucas frases. O Governo federal concede verbas que são aplicadas pelos Municípios e pelos Estados. Eles próprios fiscalizam, ou fingem fiscalizar, a aplicação do dinheiro.</p>
Proposta de Linha de Cuidado e Matriciamento	<p>Com o advento da nova portaria e com a crise econômica e com a crise de financiamento do sistema único de saúde nos últimos anos uma insatisfação muito grande dos prestadores, achando que não estavam sendo tão bom mais economicamente, financeiramente prestar esse serviço para o SUS, porque estava se atribuindo novas responsabilidades pra os prestadores, exigindo contratação de pessoal, infraestrutura dentro das próprias clínicas, em paralelo com o congelamento da tabela de remuneração dos procedimentos. E aí...Há demanda...crescente de pacientes</p>

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 24- Nós conceituais e as referências sobre questões econômicas: custo, negociação, inflação, despesas, equidade.**(Conclusão)**

Custo para o setor privado diante das novas regras do ministério	<p>Aumentando o preço da diálise, eu vou aumentar o preço da diálise passando esse custo e resolvendo esse problema pra cá. A conta era R\$ 60 por R\$200 consultas se eu tivesse 100 pacientes na diálise. Não. Ninguém, ninguém aceitou. R\$ 60 por consulta, de três em três meses ... como é que você vai pagar carteira assinada pra médico, assistente social, nutricionista e enfermeira e pagar exames laboratoriais, métodos gráficos em radiologia, se precisar fazer isso, vai fazer fístula arteriovenosa.O dinheiro que ele vai dar pra isso...desista... só que o modelo tem um custo maior não acho ninguém que aceite(E5)</p> <p>Isso não começou. Eu tenho o maior interesse. Tenho dois consultórios só para atender esse tipo de paciente previsto na portaria. No SUS eu estou fazendo um serviço maior do que esse privado para atender os pacientes do SUS. (Gestor do privado)</p> <p>Além desses profissionais, exames. Esse exames são os mesmos. Esse paciente tem distúrbio ósseo, anemia, problemas cardíacos. Ninguém aderiu. Antes disso acontecer, tem que fazer o protocolo. Quem vai começar esse paciente? (SBN regional)</p>
Saúde suplementar e tratamento privado	<p>Por que todas as pessoas usam a farmácia... seja quem ganha R\$ 700 ou r\$ 14000. Tem gente que vai de motorista buscar medicação...o motorista é o procurador...quem deveria pagar era o plano de saúde...quando chegam essas novas medicações, como esses novos tipos de insulina, elas são várias vezes mais caras e são as pessoas que ganham mais que colocam processos na justiça... vamos cobrar aos planos de saúde dessas pessoas... Era para o plano de saúde tá pagando essa medicamento. Hoje quem tá pagando é o sistema público de saúde. Não tem como o sistema público de saúde sustentar . Por que você tem aqui uma ação civil pública solicitando que estado adquira. Então o Estado gasta uma média de 3 a 4 milhões de reais ao ano só com a insulina, demandas apresentadas pelos usuários, não pelos municípios</p> <p>Por que todos são atendidos, até aqueles que possuem planos de saúde ou que deixaram os planos de saúde por não poderem mais pagar (E regulação).</p> <p>Eu era acompanhada na clínica pelo plano de saúde, mas eu não quis ficar lá. Preferi ser atendida aqui no Barão onde trabalhei por mais de 30 anos. Eu tenho plano de saúde, mas ele não cobre a TRS. Eu era atendido pelo plano de saúde, mas não pude mais pagar. Era muito caro. Eu nunca tive plano de saúde, eu usava as clínicas populares. Então quando eu precisei da hemodiálise o médico da clínica me encaminhou para o Pelópidas e eu comecei a hemodiálise Eu pagava consulta ao nefrologista daqui do português. Quando precisei da Hemodiálise, entrei no SUS. Eu era atendido no ambulatório beneficente do Português, quando precisei da hemodiálise vim para o SUS. Eu era atendido pelo IPSEP nas questões de saúde. Então quando precisei da diálise vim para o IMIP..</p>
Transporte municipal	<p>Então esse ajudou a tirar o paciente da fila, reduzir o sofrimento, reduzir custos para os municípios de transporte especial... conseguiu minimizar Rodei para conseguir um carro aqui. Tenho dois empréstimos e venho de táxi. (U16).</p>
Incorporação de Novas Tecnologias disponíveis no mercado	<p>O que é viável para o sistema, esses pacientes não têm interesse de usar essa tecnologia, pela quantidade de furos. A lantus é só uma vez. E vai ter uma outra, nova, que vai entrar no mercado, que é uma furada a cada 48 Horas... aí eles não fazem pedidos de ressarcimento aos planos de saúde porque eles não têm esse departamento ainda. Quando chegam essas novas medicações, como esses novos tipos de insulina, elas são várias vezes mais caras. Não tem como o sistema de saúde sustentar essa demanda que é muito alta e cara. (E-gestor); A urupurum está de qualidade péssima. A tecnologia avançou e não chega. A gente toma uma injeção para tratar a anemia que queima. A bixinha arde. Parece pimenta. Já existe as que não queimam. (E-usuários)</p>

Fonte: elaborado pela autora.

O quadro 24 revela que entre os interesses políticos, ideológicos e econômicos, estes últimos determinam o entrelaçar, as fortalezas e as fragilidades da conexão.

A diálise peritoneal reduz a oferta, por falta de interesse das empresas sobre o lucro; as clínicas satélites contratadas para TRS reduzem a oferta de alimentação, de profissionais, de frequência nos exames e a modernização dos equipamentos diante da redução da margem de lucro; os fornecedores endurecem na negociação pela falta de pagamentos pelo gestor estadual e não mantêm a regularidade no fornecimento; os gestores estaduais defende que deve ser de responsabilidade dos municípios junto ao judiciário responder por novos medicamentos relacionados à doença de base; o matriciamento proposto pelo governo federal e apoiado pelo estadual, não recebe adesão por parte das clínicas, devido ao reembolso; os usuários se queixam da falta de acesso aos medicamentos de primeira linha; da mesma forma, não conseguem manter o pagamento dos planos de saúde; os usuários não SUS também recorrem à farmácia do estado para reduzir despesa de medicamentos excepcionais, muitas vezes não ofertados pelos planos de saúde; o estado não consegue regular a produção de medicamentos monopolizada por algumas empresas. É um imbricado público-privado.

Há quatro formas de acessar um serviço de saúde: pelo sistema público, por um plano de saúde, por um regime próprio de previdência, por compra direta de um serviço. Os sistemas de saúde, os planos de saúde privados, empresariais ou governamentais; os planos de saúde dos regimes públicos de previdência são estratégias de reduzir os gastos catastróficos em saúde que impediriam uma pessoa prover em determinada fase da vida levando à falência até os mais abastados (FARIAS; MELAMED, 2003). Essas formas todas foram identificadas nesta rede.

Para muitos usuários a situação nas clínicas não está boa, os textos revelam preocupação dos chefes desses serviços, com a queda na qualidade. Não só sobre as instalações físicas, mas sobre a implantação dos protocolos e regras. Muitos dos usuários até preferem estar vinculado à diálise hospitalar. Para eles, ocorre uma situação que implica em redução da qualidade:

Mas como a crise pegou todo mundo... existem clínicas, por exemplo, que não tem ar condicionado. Você imaginou passar 4 horas sentado numa cadeira sem ar? Ou quando tem ar, sem um cobertor ou sem nada? Está lá sentado ou deitado no ambiente fechado, porque o ambiente tem que tá fechado! E o ar condicionado não tá funcionando direito... É risco tanto para o paciente quanto para a equipe que tá trabalhando. Decaiu muito. Caiu muito a qualidade. Apesar de hoje nós termos equipamentos, máquinas muito boas no mercado, dialisadores capilares biocompatíveis, uma água puríssima no Estado de Pernambuco, segura pela vigilância sanitária, mas

nós ficamos ainda muito preocupados em relação a essa qualidade. Caiu bastante. Eu atribuo a queda da qualidade principalmente ao custeio, ao financeiro, São três anos que não se tem um aumento na tabela de procedimentos do SUS (E-Associação)

Desse serviço, que eu tô me tratando? ...tenho que achar bom...não posso falar...se fosse falar...do atendimento. É muito negócio. Nos últimos 5 anos ...caiu muito o negócio. A qualidade. Não tem aquele atendimento mais não. Antes dava mais atenção à pessoa. Nem vou falar nisso aqui...os políticos tão tudo roubando. Às vezes tem que conhecer alguém. E correr atrás (E-usuários).

Eu fico muito preocupado porque o meu tratamento pode ir por água abaixo. Eu preciso de uma qualidade diálise. Eu preciso ter um aporte nutricional. Muito clínicas cortaram aporte nutricional. Não servem um lanche no meio da diálise. Eles não fazem mais isso muitas clínicas, porque tiveram que enxugar o seu orçamento. Não investem mais em equipamentos. Quando investem, fazem com muita dificuldade, se endividando. Isso é terrível para o paciente porque vai drenando a sobrevida do paciente. O problema que nós estamos atravessando é muito grave, é muito complexo. Nós tememos demais uma nova tragédia. Não queremos ser apocalíptico...isso é o que nós estamos vivendo. (E-associação de usuários)

As associações dos usuários acompanham de perto essa situação e revelam mensagens de insatisfação com as regras contidas nas portaria ministeriais que permitem determinadas situações (como o reuso do capilar) devido aos custos do procedimento:

Aquele do dialisador capilar... o fabricante diz que só pode ser usado uma vez. Depois, aquilo é lixo biológico...no Brasil, ele pode ser usado até 20 vezes no mesmo paciente. E isso é antigo! Mas as clínicas fazem isso amparadas **por uma ação de portaria governamental que** permite... infelizmente! E isso, a médio e a longo prazo, isso vai drenando a qualidade de vida do paciente e levando o paciente a óbito (E-associação de usuários).

Outro exemplo são os exames como o de histocompatibilidade. Tem que ser feito a cada seis meses, aliás a cada três meses. E só é feito uma vez...tudo isso é para poupar custos. Então é muito preocupante o que vem acontecendo aqui em Pernambuco e no Brasil como todo.... Tudo é cotado em dólar: os insumos são e dólar... enfim, aquelas que prestam serviços ao SUS estão passando por dificuldades enormes. Nós que fazemos parte do sistema, que estamos acompanhando no dia a dia, eu que já fiz hemodiálise no passado...via como era a qualidade da diálise no passado e como caiu atendimento e a qualidade do atendimento (E-associação de usuários).

Mas não é que as clínicas fizeram isso... por conveniência... eles fizeram isso porque elas tem que tirar de algum lugar. Porque eu estou trabalhando no vermelho. Tem clínicas que devem aí... tem dono de clínica que pede dinheiro emprestado... tá devendo a banco para poder financiar e continuar o atendimento. E tem muita clínica fechando já no Brasil. Que já se descredenciou. Eles não atendem mais pelo SUS... atendem só pelos planos de saúde (E-associação de usuários).

E essa fala de crise também vem da parte do setor que oferta os serviços:

Por aí, os serviços estão superlotados e segundo os gestores, mal remunerados porque já faz muito tempo que eles não tem aumento. E tem que aumentar. O preço das coisas aumentaram ..eles estão sem conseguir arcar com os custos, eles dizem... serviços completamente lotado...há muito mais pacientes entrando do que saindo da diálise... serviço de diálise fechando aqui em outros lugares do Brasil... (E Chefe de serviço público)
 Nós precisamos de máquinas novas e não podemos comprar. Nosso modelo já está defasado. Nosso custo é muito alto. Tudo importado. Em dólar. O dólar aumenta, a inflação aumenta. Nessa crise, eu estou demitindo até médicos. (Gestor de Clínica privada)

Todas as clínicas que prestam atividade ao SUS, remuneradas através do Ministério, estão em situação de penúria financeira, num estágio pré-falimentar. Envolvidas em empréstimos bancários para tentar se manter ativas e em atendimento”, denuncia. O médico reconhece a queda da qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes, mas ressalta que os esforços empregados vêm conseguindo manter o nível das diálises propriamente ditas. Mas ele faz uma alerta quanto ao futuro da hemodiálise no país. “Os pacientes estão sendo atendidos hoje, mas considerando a perspectiva de não conseguirmos ter condições de solvência financeira para manter o atendimento, vejo isso como uma tragédia anunciada. Acredito que teremos uma redução de vagas do SUS ou fechamento de clínicas por falência - falta de capacidade de honrar compromissos financeiros com fornecedores, profissionais, tributos e etc. Toda a cadeia produtiva inserida no processo está por um fio.” (ISHICAMI, 2016).

Além da subsistência da diálise, o MS cria novas portarias, com mais exigências mais não tem contrapartida financeira. Hoje é a luta pela sobrevivência, em manter o que se tem. Lógico que você tem que crescer, renovar os equipamentos, investir em educação continuada, mas nada disso a gente tá pedindo porque não tem recurso; em paralelo a isso a gente tem buscado um melhor atenção ao paciente em diálise. Muita coisa não depende da unidade de diálise, depende da vontade política de estruturar a rede (SBN-Regional).

Ainda de acordo com os usuários, o material utilizado nos hospitais públicos é de péssima qualidade e prejudica o tratamento.

O governo está mandando material de terceira e quinta categorias. A diálise nossa não é perfeita. Não filtra porque as agulhas não aguentam. Só mantém um fluxo de 200 enquanto ele devia ficar entre 300 e 400. Para máquina funcionar bem, substituir o que o nosso rim fazia, ela tem que ter uma linha boa, uma agulha boa, um filtro bom! Entendeu? Se não... Todos esses equipamentos são de 5ª categoria. Filtros, mangueiras de baixo custo e péssima qualidade. Antes era material bom. Não sei por que está acontecendo isso. A urupurum está de qualidade péssima. A tecnologia avançou e não chega. A gente toma uma injeção para tratar a anemia que queima. A bixinha arde. Parece pimenta. Já existe as que não queimam. Mas o governo manda essa para a gente sofrer ainda mais. Manda os compradores comprarem o cateter de péssima qualidade. Daqui há pouco tem que trocar. Nós não somos objeto. Somos seres humanos. Lá na frente você vai lucrar,

por que talvez alguns saiam das máquinas. Os filtros são peba e trocamos 5,6 vezes. Cara, para saúde não tem preço não (E-associação de usuários).

O discurso acima chama a atenção para a necessidade dos usuários acessarem medicamentos de primeira linha que evitem os efeitos colaterais. O reuso diminuído, que deveria ser percebido pela associação como algo bom, que já aconteceu no serviço público, acaba sendo interpretado como algo ruim. Isso demonstra uma necessidade de maiores esclarecimentos.

A necessidade de ampliar a lista de medicamentos para o transplante também já havia sido apontada em outros estudos (PÊGO-FERNANDES; GARCIA, 2010).

O contexto de crise política financeira afetou bastante o sistema e a vida dos usuários e suas famílias. É uma fala de consenso entre gestores estaduais, prestadores privados, profissionais, associação de profissionais, associação de usuário e os próprios usuários. Esta conjuntura, interfere na expansão da rede e sobre a qualidade do protocolo tratamento.

A maior parte dos pacientes que se dizem satisfeitos se referem à relação com equipe, em ter mantas, cobertores e a refeição. Para os que ainda não possuem benefício da previdência, fazer a diálise no segundo turno, é um forma de ter acesso ao almoço.

A crise financeira também leva os usuários a reduzir gastos, e entre esses, os planos de saúde. Muitos possuíam plano de saúde não podem mais pagar, e que migraram para a diálise do SUS: Eu passei 15 anos na Multirim. Eu tinha plano de Saúde e não pude mais pagar. Então em vim para cá (U4).

Também está tendo esse problema: as pessoas perderem o poder aquisitivo. A renda de muitas pessoas é muito baixa... e elas são quase que obrigadas a pagar um plano de saúde para poder ter uma vaga garantida em uma clínica particular porque não pode parar de fazer o tratamento (E-associação de usuários). Tive plano de saúde quando era novo e não usava. Hoje não posso pagar. Faço hemodiálise pelo SUS (U33).

Independente da crise, as dificuldades em arcar com os valores dos planos de saúde em idades mais avançadas levam aos cidadãos no final da vida, a migrarem para o SUS (COSTA, 2017). Eles possuem planos de saúde enquanto estão vinculados às empresas. Na velhice, aposentam-se, e não conseguem pagar.

Emerge então, a preocupação com a redução da qualidade da diálise diante da necessidade de reduzir os custos e isso ser pago com a vida deles. O estudo de sobrevivência dos pacientes em Pernambuco revelou que 21,6% dos pacientes crônicos em diálise chegaram a óbito por alguma causa relacionada à DRC e 50% dos óbitos ocorreram com menos de um ano de seguimento (FORMIGA, 2015). Eles passam em média 3 anos dialisando.

Muitos deles, nessa fase, preferem a TRS hospitalar às clínicas satélites.

Eu gosto do Barão. Eu fui para Carpina. Fui transferida para lá. Uma clínica muito bonita. Cheguei em Carpina, ela disse assim: Você veio fazer o que aqui? Eu respondi, fazer hemodiálise. Vim do Barão. Ai ela falou: como você deixa um canto como o Barão para vir para cá? Trouxe lençol para forrar? Eu disse, não. Trouxe lençol para se cobrir? Eu também disse não. Trouxe papel higiênico? Não...Trouxe bolacha, água? ...Doutora, não é ignorância não... Mas, eu só vim fazer hemodiálise, não foi morar não...eu já tava com raiva mesmo...aí eu voltei para o Barão (paciente do Barão)

Como refere Medina (2017), há interesses mais influentes que os tradicionais do gestor, usuário e profissional: incluindo a relação público-privada. É sobre os interesses do mercado, que trataremos a seguir.

8.3.2 Subfinanciamento para o sistema e impacto sobre atenção ao DRC

A questão da crise econômica, financeira e política do país incide sobre a crise de subfinanciamento que é crônica no SUS. A controvérsia que surge sempre é que o problema do SUS é de gestão e não de financiamento. Mas vários estudos já demonstraram que para um sistema universal, o gasto público com o sistema de saúde é muito pequeno e não chega a 5% do PIB. Por isso, já revela que a universalidade e integralidade da atenção na saúde não é a prioridade da política econômica brasileira (MATOS, 2006).

Essa crise é uma crise do capitalismo mundial. Em curso desde os anos de 1970, vive marcada pela queda das taxas de lucro que leva o capital a disputar cada vez mais os recursos do fundo público (CISLAGHI; TEIXEIRA; SOUZA, 2011).

No caso da saúde pública no Brasil, ela tem beneficiado fortemente o mercado privado quando o Estado faz o pagamento dos procedimentos realizado à rede contratada; sendo um dos seus maiores compradores. Questões como o subfinanciamento, o mito de que o privado é mais eficiente que o público, geram novos modelos de gestão, como a contratação e serviços das clínicas de diálise finalísticos para atuarem nas emergências. Outra questão também de apoio ao setor privado são as isenções fiscais sobretudo na área trabalhista como no caso das filantrópicas. O fato de contratar esses serviços também encontra sustentação na questão do limite com gasto de pessoal estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (CISLAGHI; TEIXEIRA; SOUZA, 2011; SANTOS, 2015)

A crise referida nos textos revela uma grande controvérsia de base em relação ao estado que escolhe o próprio sistema de saúde: o estado provedor da assistência, vinculado ao modelo de bem estar social, assentado sobre a concepção de seguridade social conforme inscrito na Constituição Federal sob a denominação de Sistema Único de Saúde; e o estado

mínimo (regulador) que coloca a saúde como um produto que pode ser objeto de negociação no mercado capaz de atrair investimentos privados para comercialização de produtos sendo o papel do estado garantir esse direito seja qual forma for.

A rede sociotécnica em questão ancora a prática da TRS sobre uma rede privada com fins lucrativos, a prática do transplante sobre uma rede privada sem fins lucrativos, uma atenção básica onde se misturam unidades básicas, clínicas populares e planos de saúde.

Portanto, revela-se a segmentação do mercado da assistência à saúde que também é de todo o sistema do Brasil (MIKKELSEN-LOPEZ; WYSS; DON de SAVIGNY, 2011; SANTOS, 2015). Onde o modelo privatizado tornou-se dominante (PAIM *et al.*, 2011).

De acordo com HSIAO (2000), existem vários mercados na saúde e é importante olhar para essa relação público-privada. O papel do estado nesta rede é um papel extremamente regulador e pouco provedor.

Partindo deste rede como capturada pelos interesses econômicos do capital, vale a pena lembrar que esse produto “Saúde” difere das características de outros produtos que são comercializados no mercado: o consumo é imediato, sem possibilidade de devolução, sem estoque de serviços...sujeito às externalidades (interesse por ofertar o que dá lucro), à seleção de clientela mais rentável...o que exige grande poder regulação do poder público para não deixar de fora os cidadãos (FARIAS; MELAMED, 2003; JESSOP, 1995; VIANA; ELIAS, 2007).

A restrição da oferta da diálise peritoneal por falta de interesse do produtor, é um exemplo de externalidade, onde empresas ou pessoas impõem custos ou benefícios a outros e quando não há interesse privado em fornecê-las cessam o fornecimento.

O fato dos usuários de planos de saúde recorrerem à farmácia do estado e a dificuldade do estado em receber o ressarcimento do plano de saúde revelam um subsídio indireto do governo junto ao setor privado. A produção de medicamentos no Brasil é apenas de medicamentos básicos, sendo altamente dependente de importações, e sendo uma área altamente estratégica de fortalecimento econômico nacional se o Brasil investisse (VIANA; ELIAS, 2007).

De fato, o movimento (que se iniciou desde a década de 90) faz com que o estado provedor ou estado guardião do direito (regulador) dê início a um estado de coordenador de parcerias (MAJONE, 2006). Com isso, surge o termo governança modificado de capacidade de governo para uma característica relacional que envolve modos de coordenação de um conjunto de atores do governo (coordenação hierárquica) e do mercado (não-hierárquicas) que

juntos agem para alcançar objetivos sociais específicos, sendo a regulação, um modo de governança (JESSOP, 1995).

Desde 2011, com a proposta de regulamentação da Emenda Constitucional 29, a discussão sobre o subfinanciamento do SUS foi fortalecida. Estudos da auditoria cidadã da dívida revelaram que a maior parte do orçamento federal está comprometida com o pagamento de juros e amortizações em vez de destinar os recursos necessário à efetivação da seguridade social. No campo da seguridade social, a previdência social absorvia um percentual protegido. O mecanismo da Desvinculação das receitas da união, os recursos para financiar as forças armadas parecem não ter sido suficientes para destinar os recursos da seguridade social ao pagamento da dívida interna. Tudo isso explica o porquê do atual governo estar investindo tanto na reforma da previdência (CISLAGHI; TEIXERIA; SOUZA, 2011; VIANA; ELIAS, 2007).

Para Santos (2015), o estado brasileiro financia menos que o previsto, financia o setor privado com subsídios fiscais desde 1960, trabalhadores do setor público com seguro privado e auxílio saúde; contratando quase 75% dos privados contratados; utilizando 92% das unidades de SADT para realizar seus exames. As renúncias incluem as isenções concedidas às instituições sem fins lucrativos, as deduções do imposto de renda concedidas às pessoas físicas e jurídicas devido a gastos com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde e a desoneração tributária de determinados medicamentos. Também envolve desoneração da folha de salários, base exclusiva do financiamento da Previdência Social, desonerações sobre as principais contribuições sociais que beneficiam ao setor privado tais como COFINS, desonerações sobre o PIS PASEP e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL). Um processo de desoneração de recursos da Seguridade Social (PIOLA *et al.*, 2013).

Para Viana e Elias (2007), isso só revela o enfraquecimento do estado que passou sua capacidade de investimento aos fundos de investimento. Hoje, as instituições financeiras compõe uma nova força interessada em explorar o setor saúde como mercado. Esse fato explica um cenário onde os fundos de investimento passam a atuar.

A UnitedHeath compra a AMIL; o Bradesco Seguro é uma das principais operadoras líderes do mercado; o HAPVida; a Rede hospitalar D'OR é recebe investimentos de Fundos de Cingapura; a HAPVIDA operadora nacional com interesse em comprar a Intermédica. O HAPVIDA não contratualiza com o SUS mas é um atuante da rede no estado (AMORIM, 2015).

A financeirização da economia, onde se negocia em cima da compra da dívida pública dos países da capacidade de liquidez dela na globalização atual (CHICOSKI, 2016) também

se reflete na saúde (VIANA; ELIAS, 2007). Um mercado onde agentes especuladores e arbitadores mobilizam atuantes fazendo previsões de mercado futuro e tentam obter vantagens com os juros altos do Brasil (que foi construído historicamente por uma visão de política monetária).

Para Chicoski (2016), a operação dos bancos consiste em tomar empréstimo no exterior a juros menores, aplicar no Brasil, e simultaneamente comprar dólar no mercado futuro para garantir o passivo externo. Especular sobre o mercado futuro tem impacto sobre a taxa cupom cambial (dólares no mercado) e sobre a decisão de elevar ou manter a taxa de juros. A cada elevação dessa taxa, transfere-se renda de toda sociedade, via pagamento de impostos, para os credores da dívida pública: uma minoria. A aplicação das reservas dos controladores do dinheiro comprando e vendendo ações, moedas ou títulos das dívidas depende da confiança dos especuladores no governo e eles acabam tendo o potencial de deixar um país inteiro à mercê de suas necessidades de investimento. Nesse ambiente de certeza, os agentes produtivos nacionais se veem numa situação de instabilidade sem conseguir prever o cenário futuro para expandir suas ações.

O impacto sobre uma rede dependente de importações de materiais, equipamentos e medicamentos como a rede de TRS faz pressão sobre o governo.

Imersos nesse jogo financeiro, os países que equilibram redistribuição de renda por meio da educação primária e seguridade social; regulam as atividades do mercado para reduzir falhas de mercado como as externalidades (caso da diálise peritoneal) e o abuso de poder de monopólios (como o da produção de medicamentos); acabam dando prioridade à tentativa de estabilização econômica (crescimento econômico e emprego, utilizando como instrumento a política fiscal e monetária, mercado de trabalho e política industrial (MAJONE, 2006). E esse movimento revela um distanciamento entre crescimento econômico e desenvolvimento social (VIANA; ELIAS, 2007).

O presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde fala sobre o assunto e deixa claro que existiriam medidas mais assertivas:

Considerando a tendência de crescimento natural das despesas com saúde devido ao crescimento e envelhecimento da população, entre outros fatores, o correto deveria ser a revisão da carga tributária, tornando-a progressiva por meio da incidência de impostos sobre patrimônio, lucros e dividendos (OCKÉ-REIS, 2017).

Mas, para atrair mais investimentos, o atual governo investe em reformas que retiram direitos sociais dos trabalhadores, inclusive com a proposta de reforma da CLT. Além disso, a aprovação da PEC55, Emenda Constitucional (EC) 95, limitou os gastos primários, que inclui

a saúde, a partir de 2018, por 20 anos, corrigidos apenas pela inflação do ano anterior (BRASIL, 2017). Nem nos cenários mais pessimistas traçado por Piola *et al.* (2013) se previa um congelamento do teto como este para o setor saúde. Os recursos do pré-sal que poderiam ser destinados à educação e à saúde não mais serão.

Estas políticas de austeridade assentam-se numa concepção de estado mínimo e tripé econômico: taxa de juros com superávit, meta da inflação e câmbio flutuante (CHICOSKI, 2016; NASSIF, 2016). Mas para Costa (2015) diante dessa tamanha desregulamentação pela qual passa a seguridade social; medidas de corte como essa não irão gerar o desenvolvimento econômico esperado.

Tudo isso revela que mais uma vez o impacto negativo da instabilidade política e macroeconômica sobre o desenvolvimento de sistemas de saúde (VIEIRA, 2016). Crise econômica levaria a um regovernamentalização onde o estado passa a mediar a acumulação do capital, sendo que nessa relação, entre o capital e trabalhador, esse último sempre sairia penalizado em detrimento da acumulação com redução de direitos e redução de acesso aos serviços (CISLAGHI; TEIXEIRA; SOUZA, 2011).

Um exemplo disso é que diante da crise o governo acaba concedendo o reajuste ao setor de TRS mas ao mesmo tempo propõe a redução do programa Farmácia Popular que colaborava no controle da doença de base como o diabetes como no fragmento abaixo:

O Brasil tem avançado bastante nos investimentos em saúde, mas ainda destinamos menos de 9% do Produto Interno Bruto (PIB) para este fim. Ele elogiou algumas iniciativas governamentais como o programa Saúde Não Tem Preço. Mas diz que estas e outras iniciativas ainda esbarram na falta de capilaridade para que os resultados sejam ainda mais eficientes: “O programa do governo de acesso a medicamentos veio em boa hora e ajuda em muito portadores de doenças crônicas como o diabetes. Mas ainda há muito caminho pela frente no que diz respeito à capilaridade do sistema. Mas não podemos deixar de elogiar iniciativas do ministério, sobretudo ao diabetes tipo 2” (RIBEIRO, 2012).

As verbas da Saúde destinadas ao programa Farmácia Popular e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) só vão durar até agosto. A informação foi divulgada ontem pelo ministro da Saúde em exercício, Agenor Álvares da Silva, ao jornal “Estado de S. Paulo”. Segundo o ministro, a dificuldade de pagamento se deve à redução de R\$ 5,5 bilhões no orçamento previsto para o Ministério da Saúde este ano. O ministro afirmou que a falta de dinheiro afetaria o Aqui Tem Farmácia Popular, resultado do programa inicial, que consiste na venda subsidiada de remédios para várias doenças à população. Hoje, o Farmácia Popular fornece medicamentos gratuitos para hipertensão, diabetes e asma, além de outros, com 90% de desconto, para tratar outras doenças (MINISTRO, 2016).

Enquanto que evidências demonstram que mesmo diante desses programas, o gasto privado ainda é altamente relevante no orçamento familiar principalmente entre as pessoas de

menor renda. A pesquisa analisou a realização de gastos individuais com medicamentos para o tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) em indivíduos da população brasileira com 40 anos ou mais, com base na Pesquisa do Orçamento Familiar (POF 2008-2009). O autor sugere ampliar a lista de medicamentos contemplados nos programas implementados, incluindo fármacos de primeira linha, para acesso gratuito (BARRETO *et al.*, 2015).

As relações público-privadas da saúde estariam dentro de um sistema de governança. A questão da Governança adquire vários sentidos e envolve- financiamento, tecnologia médica, informações, RH e esfera de serviços, sendo diferente de gestão do governo (SANTOS; GIOVANELA, 2014).

Governança são modos de coordenação onde governo é mais hierárquico e mercado, não hierárquico. Seria reconhecer a pluralidade da interdisciplinaridade de objetivos das organizações autônomas, cada uma com o controle importante de recursos, necessitam coordenar as ações para produzirem juntas efeitos nos quais elas se beneficiam mutuamente” (JESSOP, 2001).

Para lidar com esse novo cenário, as propostas de regionalização de redes tomam força, mas começam a não ser suficientes para lidar com os efeitos da financeirização. A privatização das práticas de atenção e até mesmo de gestão no âmbito da regionalização conferiria cada vez mais autonomia aos agentes da rede (BUTTARD, 2008). Sem governança, sem coordenação, dificulta uma integração condição para a integralidade.

Em que pesem todas estas definições, parece que os efeitos benéficos restringem-se aos interesses pela perpetuação do lucro das organizações privadas para que estas continuem prestando o atendimento na TRS e ampliem o escopo de práticas de matriciamento para a atenção básica.

Talvez diante dessa rede dos interesses de pacientes, famílias, fornecedores, planos de saúde, acionistas, instituições financeiras, funcionários, executivos, familiares e governos seja importante antever fatos e mapear novos agenciamentos que vão fazer os nós deste rede tais como títulos, ações, *royalties*, patentes como já apontava Latour (2005). Aproximar o discurso do setor saúde com o da área econômica parece ser inevitável.

A área social passa a ser foco da atuação da acumulação financeira e a reforma sanitária, que também era uma reforma de estado neoliberal para estado de bem-estar social (SANTOS, 2015), sofre um duro golpe e os pacientes renais crônicos que já vivenciam tantos desafios, terão mais outros tantos a enfrentar.

Onde estariam os processo de construção compartilhada, onde diversos setores se tronariam parceiros? Tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo de atividades para exercício do diálogo, vínculo, co-gestão, co-responsabilidades?

Esse texto, escrito por Cislighi, Teixeira e Souza (2013) sintetiza bem:

...(observamos) uma ampliação do espaço para investimentos lucrativos do capital; e um também progressivo subfinanciamento das políticas sociais públicas, reduzindo a aplicação do fundo público em seus orçamentos. Com isso, o fundo público passou a ser direcionado para políticas que beneficiam o capital como o pagamento da dívida pública, cujos títulos estão na mão do grande capital como bancos e fundos de pensão. O Estado passou assim a ser uma espécie de “Robin Hood às avessas”, que tira a renda dos trabalhadores para repassá-la aos grandes capitalistas.

Estamos imersos numa rede de saberes e poderes que construímos e quando colocados a serviço do capital constituem desejos que nunca podem ser satisfeitos num fluxo contínuo de consumo (CAMPOS, 2004). Continuar investindo em autonomia hoje significa aumentar a capacidade de análise da inteligência coletiva (TEIXEIRA, 2005) visando a compreensão deste jogo de interesses que deixam a intersetorialidade tão cara para a promoção da saúde e a integralidade, tão cara para todos, cada vez mais distante.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

9.1 Sobre a trajetória da RAS-DRC no estado de PE

A RAS-DRC no estado brota do programa de TRS para crônicos como um efeito da introdução da inovação da nefrologia no contexto estadual. Esta inovação alcançou boa repercussão e aceitação pelos potenciais usuários.

A produção de conhecimento sobre a fístula arteriovenosa foi o disparador no contexto internacional de fato. Mas o processo de aprendizagem (transferência de conhecimento) aos médicos brasileiros, foi introduzido no sudeste, e, posteriormente, no nordeste, via programas de formação e intercâmbio. Ele foi o disciplinador mediador da expansão no cenário nacional.

Esta rede é reflexo da fase de autonomização da tecnologia desenvolvida fora do país quando os atuantes (humanos e não humanos) que se torna uma referência para implantação da novidade aqui. Novos médicos foram atraídos pelas técnicas e são convencidos a utilizá-la. Neste período eles já possuem apoio de outros atores da situação que veem na inovação uma forma de alcançar seus objetivos. Neste caso, a indústria de equipamentos hospitalares e também a de medicamentos com objetivo de lucro. A inovação consegue aliados no setores públicos brasileiros e também do mercado de medicamentos e equipamentos internacionais. Integram-se assim interesses de melhoria da assistência pelo setor público com interesses dos médicos por uma nova técnica e um novo mercado, e o interesse do mercado pelos dois objetivos também.

A implantação e disseminação dos conhecimentos e habilidades sobre a técnica ocorreu inicialmente no meio intrahospitalar mas o projeto se expandiu por meio do atendimento ambulatorial extra hospitalar constituindo em centros de diálise, ou clínicas satélites, configurando um mercado próprio de clínicas satélites apoiados pelo governo federal desde o INAMPS. O setor estadual passa a entrar no cenário pós implantação do SUS em processos regulatórios e muito restritamente em ofertas da prática.

Outro projeto emerge na área hospitalar. Este é mais robusto, seguindo na tentativa de implantar uma linha de cuidado global associada a outros procedimentos como o transplante e o tratamento conservador ambulatorial especializado em DRC. Esse projeto é mais parecido com as propostas do SUS e com o princípio da integralidade. Ele é mais completo e deu origem a uma rede nova: a rede estadual de transplantes. Complexificou-se ao interagir com o sistema de formação no nível da pós-graduação: residências, mestrados, doutorados. Inovou

com a criação de um ambulatório em nefropatia diabética e como incubadora de práticas multidisciplinares. Esse é um projeto que traz um maior compromisso com a integralidade. Todavia, uma integralidade ainda focalizada.

A criação do rodízio das residências na atenção básica, e também o rodízio da clínica médica na nefrologia colaboram com o incentivo de ampliar essa integralidade numa perspectiva mais sistêmica, mediada pelos próprios profissionais, atuantes vivos. Esta reconfiguração ocorre sob o pretexto de fortalecer as ações de controle das causas de base na DRC, como a hipertensão e a diabetes na atenção básica. O reconhecimento dessa necessidade parte da SBN envolvida com os movimentos internacionais de promoção da saúde renal. Junto à Comissão Nacional de Residência médica que já discute a formação em Rede, propõe alterações nas diretrizes do programa e adere à formação em rede. Como consequência, é possível reconhecer que os ambulatórios conservadores tendem a criar uma integração com atenção básica, por intermédio do programa de residência e dos ambulatórios de nefropatia diabética. Há ainda um movimento de interação com a ABS, seja pelas mediações dos atuantes pesquisas, formação ou residência. A residência em longo prazo contribui para formação mais completa do clínico e do médico de família. É o embrião da integralidade sistêmica.

Da interação da rede de clínicas com o sistema de abastecimento d'água ocorre o evento da microcystina. É um evento que reverbera em todas as conexões da rede: nacionais e internacionais e dialoga com impacto dos atuantes ambientais sobre a saúde. No estado, ele dá origem à criação do “Programa de Vigilância da qualidade da água e também ao programa da qualidade da assistência”. Cria-se, por isso, um setor organizacional que age nos dois programas cujo objetivo é tornar o estado reconhecido nacionalmente como um dos locais mais seguros para TRS, tentando superar a imagem negativa deixada pelo evento.

Da interação da rede de clínicas satélites com a expansão da rede de urgência e emergência e dos leitos de UTI nos hospitais é criado o “Programa de diálise de agudos nas emergências e UTI. Como vimos, ele teve sua institucionalização em 2007 e colabora com a criação de um setor organizacional denominado de “coordenação do programa de UTI e Nefro” em 2009. A atuação dessa coordenação é favorecida com a indução das diretrizes federal quando incentiva a criação de redes de atenção ao PRC. Do ponto de vista da gestão do processo, esse programa ocorre com ações de terceirização e insere no cenário dos hospitais públicos, a aquisição de serviços privados. Os argumentos para essa ação estão, sobretudo, justificados para enfrentar as questões relativas à gestão do trabalho (celeridade na

reposição e custos) diante dos limites impostos pela LRF e também pela provisão de estrutura de equipamentos sem todos os entraves burocráticos de aquisição. O contexto que ela quer modificar é a ocupação de leitos de UTI e de vagas na emergência pelos pacientes que necessitam de diálise. Essa demanda é em grande parte de pacientes renais crônicos que não tiveram muitas vezes a sua doença de base diagnosticada como a hipertensão e diabetes. Não tiveram o comprometimento renal diagnosticado. Revela falhas tanto na atenção básica quanto no tratamento conservador. A expansão das UPAS é um atuante que capta esses pacientes no sistema, que antes, muitas vezes morriam. Essa cenário demonstra que as unidades básicas, ambulatorios, UPAS, Hospitais são importantes para organização da linha de cuidado na DRC.

Da criação do programa de agudos surge o “fortalecimento do setor de regulação do acesso às vagas de atendimento para hemodiálise”. Da interação entre a regulação, a vigilância e a coordenação, com indução federal, configura-se a Gestão tríplice estadual da rede de atenção ao DRC cuja principal ação foi a “Reformulação da Política estadual de atenção à pessoa com nefropatia diabética” em 2011. Esta reformulação culmina com a Modelização da rede em 2013. A gestão tríplice (regulação, vigilância e coordenação) perdura até os dias de hoje, faltando para uma estabilidade maior da participação de um setor da atenção básica. Um assento sobre quatro pés seria bem mais estruturante que três.

A modelização da rede, em interação com as novas resoluções federais, incentiva a elaboração do Plano estadual de implantação da rede de atenção ao DRC em 2015, numa tentativa de articular a rede modelizada pactuada com as novas diretrizes federais. Atuam fortemente o conceito da linha de cuidado ao DRC no âmbito da rede nacional de DCNT.

Essa integração, dar-se-ia com o deslocamento do papel das clínicas satélites e isso dá origem a muitas controvérsias. Esta efervescência, após ter sido levada ao MPPE, exige um processo de mediação pela Avaliação. Como vimos, a avaliação da Linha de cuidado culmina com o fortalecimento das conexões entre as clínicas satélites de TRS e as UPAS, e não com a ABS. O discurso de responsabilização da rede pelo cuidado é capturado pelo setor privado como estratégia de reduzir os custos pois extingue a manutenção dos plantões de emergência oferecidos pelas clínicas até então, reduzindo custo. Essa “briga” entre a ABCDT, SBN, MS e ANVISA é muito antiga, sempre atrelada às controvérsias (entre as exigências normativas e o custo, ou seja, com a possibilidade de operacionalizar as ações com o valor da tabela).

A proposição de adesão à essa nova configuração flui na instituição filantrópica transplantadora do RHP pois foi a primeira manifestar oficialmente o interesse pela adesão à

proposta de matriciamento, enquanto que as clínicas satélites se movimentam pela não adesão.

De uma forma geral, o quarto período é caracterizado pela concepção dominante de que a atenção integral ao paciente renal crônico (com nefropatia diabética também) deveria articular os componentes criados até então e acontecer em Rede que integraria Atenção Básica e as ações de Promoção da Saúde no cômputo das demais DCNT.

O momento atual é bastante controverso e agravado pela crise política e econômica pela qual passa o país. A tensão foi atenuado pelo reajuste concedido pelo governo federal no final de 2016 e que passou a vigorar esse ano de 2017.

9.2 A constituição dos eventos críticos

Para os usuários, assim como já apontado em outros estudos, a rede tem a necessidade de fortalecer a atenção especializada por meio não só da oferta de vagas quanto da oferta de exames de apoio ao diagnóstico e ao tratamento. Precisa melhorar a assistência farmacêutica principalmente para controle da doença de base, melhorar o transporte sanitário, alimentação e o processo de benefícios junto à TRS.

Passar a ser atendido pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) em situações de emergência deixou os pacientes inseguros. Sugere-se ainda mecanismos de comunicação das informações, sobretudo uma melhoria de interação com o serviço de apoio diagnóstico e terapêutico na ABS, durante o tratamento conservador e na preparação para ingressar na fila do transplante.

No âmbito da gestão da rede, atuam também como não humanos, sobretudo, os conceitos de acesso, regulação, regionalização, territorialização, as diretrizes de atenção à DRC, o financiamento e as referências à Crise como diminuição da margem de lucro, custo-efetividade do transplante, dívidas, empréstimos e eficiência.

O incentivo financeiro estadual é um intermediário para sustentação do programa das emergências. Já o incentivo do governo federal exige um grande deslocamento do papel das clínicas satélites e ao ser implantado e se torna mediador da implantação da nova proposta. Mas a proposição não alcança o efeito esperado pelo governo vez que esbarra no objetivo de reduzir as perdas da margem de lucro das clínicas satélites, até por que elas consideram que já

havia defasagem da tabela SUS anterior para os procedimentos. A proposta não é considerada lucrativa pelo setor privado.

O atraso do repasse do reembolso pela Secretaria estadual deixa os empresários inseguros, endividados e sem confiança de novos investimentos em termos de abertura de novos serviços. O cenário econômico, para manter a oferta de vagas para o sistema, dificulta a adesão à proposta e é utilizado como ponto de negociação para revisão da tabela.

Para o setor privado, do ponto de vista filosófico, a ideia é perfeita. Do ponto de vista prático, ela não é viável financeiramente, sendo insuficiente para ampliar o papel do setor em ações de matriciamento para com a rede básica. A principal questão é em relação ao exames no decorrer do seguimento dos usuários durante o tratamento conservador.

Os investidores ficam receosos devido ao aumento do dólar, da inflação o que reflete sobre o custo dos insumos, quase todos importados. Tanto a implantação de novos serviços, quanto a adesão à proposta de Linha de cuidado sofreram o efeito desta crise. Por isso, a atuação do estado, então, ficou restrita à regulação dos pacientes do programa de agudos para o de crônicos; à territorialização dos pacientes e à negociação para expansão de vagas no setor privado.

Rotinizaram-se as ações práticas dos componentes anteriormente criados favorecendo a regionalização e expansão do atendimento na rede privada conveniada das clínicas satélites. Nesse momento também vale ressaltar que houve renovação do maquinário no HBL fortalecendo a área no setor público, mas não se configura num processo de expansão da TRS via Estado.

O alinhamento das proposições entre os governos federal, estadual e municipal sobre Linha de cuidado e matriciamento une as instâncias de gestão SUS em torno do projeto, e em torno da implantação da rede.

Além do acúmulo das controvérsias econômicas, as controvérsias oriundas das novas resoluções do governo federal dizem respeito, sobretudo, aos novos papéis e obrigações decorrentes das novas exigências. O interesse da iniciativa privada é pelo lucro e pela recuperação da margem de lucro na TRS perdida com a crise. Também como vimos, o cenário de redução da margem de lucro das atividades de mercado faz parte da crise de acumulação do capitalismo que atinge não só o Brasil.

Como saída para essa crise, o governo aposta na atração de investidores internacionais, e neste caso, uma clínica satélite já se aproximou para melhorar processos de acreditação e das reformas que desonerem o custo das ações para os empresários do setor. Não podendo

arbitrar sobre os valores de insumos farmacêuticos e maquinários, o governo lança propostas de reformas que reduzem custos com recursos humanos e promovem o repasse da despesa em parte para o desembolso direto dos pacientes e suas famílias.

Surgem as propostas de redução de programas como o da Farmácia popular, importante porta de acesso para controle de das doenças de base da DRC, sem, no entanto, oferecimento de propostas de fortalecimento da capacidade compradora dos estados. As propostas de práticas integrativas para promoção da saúde são lançadas sem o devido lastro financeiro. Ao mesmo tempo, os empresários do setor reduzem despesa com alimentação e hotelaria nas clínicas satélites. Proposta de desvinculação do valor do benefício ao salário mínimo produzirão, provavelmente, impacto negativo sobre a situação de vulnerabilidade na qual já se encontra essa população.

É possível perceber a disputa que existe do setor privado para com os filantrópicos: o primeiro percebe mais vantagem do governo para o setor filantrópico na oferta da TRS devido às isenções fiscais, sobretudo em relação à folha de pagamentos e aquisição de equipamentos.

Ao que parece, apesar da disputa TRS e transplante, uma modalidade de tratamento não substituirá a outra, tendo em vista que a prática da doação depende da decisão dos doadores e de uma estrutura para aumentar a oferta da técnica. O Hospital Português parece apontar por investir nesta prática. Há ainda aqueles pacientes que tem medo, ou não tem mais indicação devido aos problemas cardiovasculares ou outras doenças que os acometem no percurso do seguimento do tratamento dialítico. Nos Estados Unidos, eles trabalham no projeto do rim artificial interno o que têm atraído o interesse dos usuários da TRS no Brasil.

Os atuantes humanos são mediadores também. São eles: os usuários, suas famílias, os pacientes, os funcionários dos serviços, o motorista do transporte, a equipe médica e de enfermagem dos serviços, os demais profissionais entre eles os assistentes sociais, os psicólogos, os nutricionistas. Ainda aparecem fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais em menor escala. Geriatrias, Endocrinologistas, Cardiologistas, Oftalmologistas, Cirurgiões, Vasculares, se destacam na área médica como especialidades diretamente relacionadas, além do clínico e do médico de saúde da família na atenção básica. Políticos, Gestores, Lideranças de usuários, Chefes de serviço, Ministério Público, Fornecedores, funcionários de serviços, técnicos de equipamentos, equipe da vigilância e auditores completam os principais mediadores humanos.

As entrevistas também revelam o papel da família: o da mulher no acompanhamento dos maridos em TRS, e o dos filhos para o cuidado com as mulheres com nefropatia diabética.

Há problemas de gênero que começam desde a atenção básica. Os homens, mesmo quando cadastrados pelo PSF, não conseguem ser alcançados. Há relatos dos gestores que os programas como o academia da saúde também propõem mais atividades voltadas para o público feminino. A solução dada pelos usuários seria o investimento em práticas dentro de programas voltados para a saúde do trabalhador nas empresas.

Apesar de não existirem, a priori, como categoria de análise, os eventos críticos potenciais encontrados, sinalizam a potencialidade das ações e da mobilização produzirem efeitos. Eles diferem dos eventos críticos por não terem produzidos efeitos. Mas há potencialidade. Um ponto importante de resolução de controvérsias que necessita de investimentos para que haja interesses.

9.3 Sobre os interesses na rede

Sobre os interesses atuais na rede, eles estão bem esclarecidos e definem a identidade e os papéis nesse período. Podemos reconhecer que o Ministério Público de Pernambuco – MPPE, assume uma identidade de zelar pela aplicação dos recursos públicos, mas, sobretudo em garantir o direito de assistência aos usuários com qualidade. Há uma preocupação em não se tornar a instância executiva formuladora mas de mediar os conflitos entre gestor, provedor e usuários. Age como instância mediadora de tantas controvérsias entre os atuantes da rede. É um atuante mediador institucional que abre os intermediários (**legislações**).

A associação nacional de pacientes com DRC tem o intuito tanto de empoderar as associações estaduais quanto de investir no incentivo à prevenção no âmbito municipal.

Os Hospitais de referência assumem a defesa de ofertar toda a linha de cuidado, bem como a diálise interna, colaboração profissional- interconsulta- com paciente de alta complexidade. Preparam as fístulas desde o ambulatório.

As instituições filantrópicas tem interesse pelo transplante e pelo matriciamento. O setor filantrópico, a partir de 2007, reforça esse projeto de linha de cuidado global:

As instituições privadas estão com grande preocupação em não reduzir tanto a margem de lucro, continuar com a qualidade do tratamento. Inclusive, algumas estão investindo em mecanismos de acreditação, construindo novos espaços físicos e esperam mudanças na política governamental para recomeçar a empreender. Enquanto isso, tentam reduzir custos para não diminuírem mais a margem de lucro. O lucro é um interesse legítimo

do mercado e um atuante não humano forte. Donos de clínicas estão o tempo todo calculando a diversidade do tratamento e os custos.

Percebe-se que serviços em hospitais de ensino como HC, IMIP e RHP são grandes laboratórios de práticas inovadoras e de integração com a atenção básica por meio dos programas de residência. Estes desempenham um papel de mediador da coordenação da rede, porém a cobertura da população que está sob este cuidado é pequena.

Para conseguir dar conta dessa população, os serviços estratificam a frequência dos pacientes às consultas a partir do estadiamento da doença na TFG (protocolos). O setor de nefrologia dos serviços estudados, quase sempre desempenha o papel de tratamento conservador, formador, de interconsulta e de diálise para pacientes que estão internados em outras clínicas do hospital. Observam-se poucas práticas de prevenção de agravos e de promoção da saúde no âmbito da TRS. Em alguns serviços, há atendimento voltado para as famílias. Aliás, o apoio da família é apontado pelos profissionais como crucial no cuidado, sendo também comum essa orientação de envolvimento das famílias e suporte às mesmas nos trabalhos publicados na literatura.

Os profissionais de saúde se preocupam com a qualidade dos materiais fornecidos, a regularidade da medicação trazida pelo programa de farmácia itinerante para uma boa qualidade da diálise e não perda do enxerto. Eles não acreditam muito na gestão da doença de base pela ESF e muitos deles acabam acompanhando a doença de base na TRS.

A interação com outras clínicas afins, por causa das demandas dos pacientes por cuidados na visão, vasculares como o pé diabético, o acompanhamento com a cardiologia, e o encaminhamento para o transporte e para o INSS ou para a prótese, fica numa divisão de papéis com os profissionais de assistência social. O serviço social desempenha um papel bastante importante na referência para realização de consultas com outras especialidades.

A atuação da equipe de enfermagem é intensa no serviço. Em alguns deles existem salas multiprofissionais. Na maioria, há uma grande divisão entre equipe médica e de enfermagem. A nutrição tem um papel preponderante na orientação dietética, mas esbarra em grupos de pacientes que passam por dificuldades financeiras.

A liderança da coordenação do cuidado fica perdida e poderia ser melhor conduzida se os projetos terapêuticos fossem interdisciplinares. Mas, a prática é multidisciplinar. Os psicólogos tem bastante trabalho ao acompanhar os problemas de ordem emocional nas clínicas e pouco utilizam de outros recursos da rede para auxiliar no acompanhamento destes pacientes. A demanda não é totalmente atendida.

A Sociedade Brasileira de Nefrologia possui uma forte bandeira de prevenção das DRC, mas uma forte atuação na produção de dados para o fortalecimento das negociações com o poder executivo e no convencimento do legislativo e judiciário, fortalecendo a profissão. Em conjunto com o Ministério da Saúde, apoiam a construção das diretrizes da DRC para ABS. Não se coloca a favor da proposta ministerial de matriciamento, sem antes sanar o problema do reajuste do valor do procedimento. Ela defende os interesses econômicos da categoria e vincula a adesão a esse fator. A ABCDT defende a necessidade reajuste da tabela para que os serviços não fechem e os usuários possam ser atendidos. Elas porta-vozes do interesse das clínicas privadas.

As associações ABCDT e ABTO possuem papéis diferentes. A primeira, preocupa-se em defender os interesses do mercado privado de TRS na relação com o governo. A agenda principal era reajuste na tabela para evitar o fechamento dos serviços e morte dos usuários. A segunda, também, mas na área de transplante, advogando que essa estratégia é mais rentável que a TRS para o sistema, em que pese, todo o custo com medicamentos que o governo vai arcar para que o enxerto não seja perdido.

A Gestão estadual assume a regulação das linhas de cuidado e coordena a rede estadual na formulação de um política de nefrologia. Interessa-se pela regulação dos crônicos, aquisição e oferta de medicamentos especiais, e enfrenta com bastante críticas os processos de judicialização.

O plano estadual de saúde consegue priorizar de forma tímida a atenção básica estando muito mais envolvido no processo de regulação do preço cobrado pelas clínicas no mercado para manter o programa de diálise nas UTI e emergências e com a estruturação da rede de urgência e de especialidades por meio das UPAS e UPAE (Unidades de Atendimento Especializado). Em termos de proposições técnicas para implantação da rede há um alinhamento com o governo federal. O estado passou a fortalecer suas estruturas de gestão com ênfase na regulação do acesso, centrado na relação com o setor privado e filantrópicos pois são eles os maiores prestadores de serviço.

De uma forma geral, quem acaba fazendo a coordenação do trajeto dos usuários é a regulação pois é ela que tem a chave do acesso às linhas de cuidado. Nessa coordenação há um vácuo na regulação ambulatorial, e esse é um dos principais problemas para o seguimento do paciente no tratamento conservador. O número de vagas no ambulatório de DRC é pequeno para demanda de pacientes. Em muitos deles não há mais vagas para pacientes novos e não há um redirecionamento para as UPAE por exemplo.

O Ministério da Saúde interessa-se em implantar o matriciamento na rede-linha de cuidado com o intuito de fortalecer o tratamento conservador e o apoio à atenção básica. É reconhecido pela rede como principal financiador e mantenedor da rede por meio do repasse de volume financeiro, sendo a instância federal, lócus bastante privilegiado de negociação das diretrizes da organização do sistema.

A Gestão municipal investe no uso dos recursos disponíveis em nefrologia por meio de estratégias de Matriciamento, Telessaúde e da boa relação com a regulação estadual;

A tentativa do município em estabelecer uma regulação que empodere a atenção básica, falha por desemperar a relação médico-paciente do Centro Médico Ermírio de Moraes o que dificulta o acesso dos pacientes com doença renal crônica a depender do perfil das equipes de saúde da família. A desestruturação do PSF recai sobre a TRS ambulatorial e a rede de urgência estadual. Mas falhas na operacionalização do PSF precisam ser superadas para que elas ampliem o seu papel.

Os interesses do mercado no âmbito farmacêutico são muito fortes para os municípios lidarem isoladamente e eles jogam para o estado. Fica uma tensão SES e SMS, enquanto que estratégias de parceria solidária, via CIB, para enfrentar esses interesses não ocorre e acabam sendo judicializadas. Os gestores, ao invés de se unirem, competem entre si e se fragilizam na negociação junto às empresas.

A indústria de medicamentos, preocupada em oferecer novos fármacos sem tantos efeitos colaterais, vê na proposta de redução do sofrimento com efeitos colaterais ou procedimentos invasivos (ardência, número de furos por dia) uma forma de atrair a opinião pública. São os denominados fármacos de primeira linha. Isso gera controvérsias na rede pois os usuários esperam que tal evolução seja incorporada pelo sistema. Todavia, isto tem um aumento de custo que diante do subfinanciamento, acentua uma crise vivida no setor já há muito tempo.

Podemos perceber que a estrutura de financiamento pré-SUS permanece em pé e a tentativa de estruturar a rede com o pilar da governança em Rede ainda não foi capaz de mudar essa configuração. É um jogo de responsabilidades onde o usuário é o mais vulnerável, apesar de também mediar os processos de autocuidado.

Considerando as conexões e interesses, a rede é consolidada no que se refere à TRS-DRC e ao transplante; e é emergente no que se refere à atenção ambulatorial e a atenção básica às DRC.

9.4 Sobre a integralidade

O setor de pesquisas aposta em inovação e transferência de conhecimento em todos os níveis, inclusive atenção básica por meio do programa de residência. Nas clínicas satélites há poucas práticas de pesquisa, pois a dinâmica é muito de produção de procedimentos em série, bem rotinizados. O número de pacientes a ser atendido por turno é alto e é essa sua principal missão na rede atualmente: realizar procedimentos.

Há práticas novas nascendo das controvérsias introduzidas pela nova portaria do governo federal e também pelas pesquisas. Esse é o caso da participação da fisioterapia e outros profissionais de saúde como a terapia ocupacional. Mas ainda são experiências singulares, inovadoras em serviços hospitalares que possuem práticas de pesquisa e ensino. Muitos chefes de clínica tem interesse na realização de pesquisas pois assumem um papel duplo na rede, vinculados ao setor público e também ao privado. Então há um grupo de formadores na rede, de produtores de conhecimento e se interessam por agregar novas tecnologias aos pacientes.

Não há consenso de que seja papel das clínicas satélites fazer também o conservador e matricular a ABS.

O discurso de quem está à frente das associações dos usuários é um discurso bastante politizado, qualificado em relação à qualidade do tratamento e aos impactos da crise financeira sobre a rede.

A demanda dos usuários por transporte, alimentação, média complexidade, acesso aos exames, e integração com as clínicas de oftalmologia, ficam sem coordenação pois a ABS está preocupada em dar conta da gestão da doença de base de outros usuários que não possuem acesso aos serviços médicos três vezes na semana. Acaba sendo um alívio saber que o paciente está sendo cuidado na TRS. Só que a coordenação de um projeto terapêutico que articule clínica de reabilitação, oftalmologia, cardiologia- só acontece com o apoio da regulação para inserir esse paciente nas linhas de cuidado. Eu aposto no fortalecimento da integração regulação AB. Estão acertando no caminho. E isso requer um sistema informatizado novo na SES e a informatização das Unidades Básicas. Hoje o sistema da TRS impede. Ele é antigo para as demandas.

Na visão dos usuários, integralidade passa pela falta transporte, falta referência para reabilitação visual e reabilitação física; dificuldade de acesso aos exames da cardiologia; controle precário da diabetes. Deste modo, os hospitais assumem mais a gestão da doença de

base. Por outro lado, as equipes do PSF não estão preparadas para fazer o diagnóstico. Os programas novos de residência vão quebrando lentamente este Tabu.

A grande queixa também dos usuários é por tratar da questão do transporte. Muitos usuários se contentam com o benefício com medo de pedir a aposentadoria e perder os dois. Para conseguir, muitos deles recorrem a advogados especializados, sendo insuficiente o encaminhamento do serviço social ao INSS. É uma grande luta desses usuários e suas famílias pela sobrevivência.

Para a gestão, a ideia de integralidade surge vinculada à ideia de Rede e, sobretudo, com o atuante conceitual da governança no último período. Apostam na atuação em parceria público-privada. Estado assumindo o seu papel de liderar processos, de governar para além da gestão do sistema.

Embriões da integralidade em Rede nascem quando da implantação dos programas de residência em rede a partir de 2006 com as diretrizes nacionais do pró-residência e posteriormente com a mudança de concepção da CNRMS a partir de 2010 com o Decreto de Redes e a possibilidade de residência em Rede. O projeto de atenção integral via matriciamento

Um quarto projeto surge que coopera com a ideia da integralidade: a nova proposta de financiamento pela Linha de cuidado com matriciamento pelos Centros de Diálise. Essa proposta atrai quem já está inserido no projeto de linha de cuidado global sem a devida compensação da tabela como é o caso dos filantrópicos. A proposição não encontra solo fértil na rede privada por questões de interesse do setor sobre o lucro e ainda mais sofre o contexto de crise política e financeira pela qual passa o país.

A integralidade é muito cara para ser coordenada pelo setor privado, devendo ser responsabilidade do setor público. A discussão de organizar o sistema em rede, é uma discussão sobre a integralidade. Mecanismos de regulação e educação permanente como o matriciamento e os programas de residência são nós potenciais de integralidade. Para a atenção ao DRC em nefropatia diabética ela é muito mais do que investir na linha de cuidado da DRC é favorecer o híbrido regulação e atenção básica. Regulação não como barreira de acesso mas como mecanismo de empoderamento da atenção básica.

Sobre a rede podemos afirmar: não alcançamos a integralidade sistêmica, não é usuário centrada; a lógica preponderante é procedimento centrada. É consolidada com vínculos sólidos na alta complexidade pelo grande processo de regulação e conexões,

emergente na atenção especializada pelo tamanho e conexão com a TRS hospitalar; e incipiente na atenção básica pelas dificuldades de integração com os demais serviços.

9.5 Sobre a TAR e o método

Sobre o uso da teoria, ela foi adequada para tomar o objeto complexo da rede sociotécnica de atenção ao DRC apreensível e compreensível.

De fato, podemos afirmar que uma intervenção complexa, inovadora, como reconhecemos ser uma rede de atenção em saúde ou uma linha de cuidado, pode ser vista como um sistema social organizado de ação nos quais atuantes, humanos e não humanos, interagem em distanciamentos, aproximações, transmissões, mediações de controvérsias, problematizações, mobilizações, engajamento, acordos (consensos provisórios). Estas interações produzem marcas no espaço social ao longo do tempo: eventos e inscrições. Há eventos críticos que são inovações como aqueles que criam programas, instâncias organizacionais, novos protocolos e diretrizes. Outros, não. Servem para expandir as ações daquele núcleo conceitual e disseminar teoria e prática.

Um intermediário pode se transformar num mediador. Quase sempre há mais mediadores que intermediários. As diretrizes de um programa de residência sob a perspectiva contextual é um intermediário. Uma inscrição do acordo sobre a formação de profissionais para a área. Mas, quando eu abro esse programa para a implantação, ele passa a ser um mediador por que provoca alterações múltiplas nas práticas formativa e até de conexão das redes. Ele não é um simples transportador de causa e efeito.

O exemplo que Latour apresenta sobre um data show funcionando num auditório é bem ilustrador. Ele é um intermediário, atuante não humano, transmitindo causa e efeito. Caso ele quebre, e a apresentação tenha que parar, a equipe de manutenção chegará e alterará o contexto da aula naquele auditório. Então ele passou a ser um mediador híbrido que provocou a alteração da relação humana e não humano com as práticas daquele espaço. A mediação é mesmo multicausal. A intermediação é causa-efeito.

A aplicação da TAR a este objeto nos leva a ratificar o pressuposto de que toda inovação é um evento crítico. Mas, nem todo evento crítico é uma inovação, apesar de que para ser caracterizado como tal, necessitaria de ter modificados práticas, papéis. Uma inovação ela modifica função.

Quando um evento crítico é de expansão (como o aumento de clínicas no território para o programa de diálise), ele altera a extensão da rede. Mas, não mudou práticas, nem

papéis. O evento pode ser de sustentabilidade (como o aumento da tabela de procedimentos do transplante renal em 30%). Ele fortalece a ação.

Quando o evento crítico é de criação, ele é uma inovação. Um evento crítico que parte mais do contexto é mais difícil ser inovação. Por exemplo, um aspecto epidemiológico. Mas, quando é solução para resolução de uma controvérsia advinda da interação de rede sociotécnica com o as redes de contexto, é uma inovação. Um exemplo é o programa de diálise de agudo. Ele altera papéis na rede. Ele precisa mobilizar uma massa de aliados.

O matriciamento pelas clínicas de diálise é uma proposta inovadora pois pretende modificar o papel estabelecido para as clínicas.

Outro exemplo de mudanças de papéis foi o que ocorreu com a coordenação estadual de transplantes após a implantação das OPOS. Organizaram-se papéis e responsabilidades entre Cidotths e equipes transplantadoras.

Foi possível reconhecer que as intervenções são sistemas organizados de ação coletiva que compõem híbridos humanos e não humanos que interagem com o contexto produzem consequências

Apesar da TAR querer libertar a pesquisa, e a produção de conhecimento das análises apenas políticas, quando se trata de sistemas de saúde, o próprio contexto resgata da rede busca discussão. De fato é uma teoria que deixa os atores livres do enquadramento prévio do pesquisador e eles trazem o contexto o tempo todo. A TAR é uma luz que pode ser colocada sobre uma intervenção complexa. Considerar que para ela os atores são livres, leva a também entender o pesquisador, como ator, livre para introduzir repertórios conceituais que permitam discutir, sobretudo, as novidades do contexto. Ela permite conectar diálogos teóricos.

Sobre o método, podemos dizer que utilizar o referencial da hermenêutica dialética permitindo o diálogo entre os atores e a teoria, foi apropriado à TAR. Todavia, é importante, em outro momento, destacar o que é hegemônico em cada grupo, o que é particular e o singular. As interpretações e as contradições aconteceram mais relacionadas ao discurso hegemônico dos usuários, gestores, chefes de serviço e controle social externo e que se adequou bem aos princípios da TAR.

A TAR lida com: interação, criação, Expande a ação, Sustenta a ação, inova a ação, implanta a ação, adapta a ação, reconfigura a ação; com o texto (contexto), conteúdo do texto, com linguagem, comunica a ação, inscrição- inscreve a ação de consenso; conecta a ação; flutua as ações; retroações; circulações; ligações, integração, alteração, modificação,

informação, divulgação, valores, interesses, aproximações, poder de mobilizar recursos, institucionalizações.

9.6 Propostas de melhoria para rede

Sobre as propostas de melhoria, podemos sugerir:

- a) Apoio aos programas de residência que em longo prazo contribuem para formação mais completa do clínico e do médico de família. É o embrião da integralidade sistêmica mesmo diante de capacidade limitada de modificar sistema tendo em vista a pouca capilaridade, tamanho do alcance.
- b) Investir no tratamento conservador- da atenção básica ao ambulatório e ofertar condições para este tratamento conservador utilizando protocolos que orientem a frequência do atendimento de acordo com os protocolos já elaborados pela rede (condição clínica, risco e frequência de acompanhamento).
- c) Apoiar o projeto dos filantrópico que é um projeto de linha de cuidado mais global e matricial do que o das clínicas satélites.
- d) Não repassar o custo de medicamentos e alimentação, transporte para os usuários. Ofertar algo para substituir a provisão do programa de farmácia popular cuja retirada nesse momento vai prejudicar a saúde das pessoas.
- e) Diagnóstico precoce do problema pela ABS. Trabalhar os protocolos e prover os exames básicos como a creatinina. Dar suporte laboratorial para o PSF. Estratificar os pacientes por risco e estabelecer projetos a partir desses diferenciais;
- f) Investir na promoção da saúde das DCNT e operacionalizar políticas que permitam uma alimentação saudável e a prática de atividades físicas como as que acontecem no programa do Ermírio de Moraes. Fortalecer as práticas de promoção da saúde no território como as integrativas, as de horta comunitária... tornar essas práticas transversais ao sistema.
- g) Garantir medicamentos básico e evitar o gasto catastrófico das famílias com a doença. SES e SMS e Governo Federal devem ser aliados na negociação com a indústria de medicamentos e os fornecedores.
- h) Dar suporte às práticas do tratamento conservador que muitas vezes é liderado pelos residentes. Os custos para prover isso via rede privada serão bastantes altos.

- i) Detectar pacientes com maior risco de vulnerabilidade- os que moram só, o que tem diabetes tipo 1, e prevenir os danos sobre a produção de incapacidades, reduzindo o risco da perda de visão que fatalmente repercutirá sobre a autonomia.
- j) Dar suporte às famílias durante o processo.
- k) Inserir os pacientes nos dispositivos do território. Integrar Academia da Saúde e PSF.
- l) Reintroduzir a promoção da saúde de forma transversal às ações de saúde e às práticas governamentais;
- m) Manter o diálogo com a equipe econômica do governo introduzindo a ideia de que a saúde também contribui com o PIB do país, considerando que quem manda mesmo é o setor político econômico.
- n) Apoiar os pressupostos da Reforma Sanitária que de fato apontam para um processo de Reforma de Estado protegendo os usuários para a viabilização dos seus direitos.
- o) Discutir no modelo a opção dos usuários que optam pela palição, ausente no modelo brasileiro.
- p) Renegociar a melhoria da alimentação uma vez que houve o reajuste da tabela de procedimentos.
- q) Melhorar o transporte sanitário e investir em sistemas de informação que favoreçam a comunicação na rede como o prontuário eletrônico.
- r) Investir em processos mediados pela avaliação participativa, incluindo usuários o que permite discutir as controvérsias, ponto de passagem obrigatório para o surgimento de acordos e inovação. Avaliação como dispositivo reflexiva com amplo grau de abertura, favorecendo a inteligência coletiva.
- s) Fortalecer a gestão da clínica para acesso aos exames, com classificação de risco para gerenciar a fila de espera.
- t) Negociar com os ambulatórios dos hospitais com linha de TRS a regulação ambulatorial de uma parte das consultas
- u) Investir mais no autocuidado apoiado e definir a responsabilidade sobre a gestão da clínica de base da DRC
- v) Pensar num componente de palição e de práticas integrativas e promoção da saúde nos serviços de TRS
- w) Estudos quantitativos sobre os usuários em TRS

- x) Uma regionalização de fato que articule APS, negociações centralizadas vendo economia de escala e escopo. Uma maior solidariedade entre gestores para negociação com o mercado.
- y) Incentivo à participação dos usuários em outros centros de cuidado- equipamentos da rede social e de saúde.
- z) Híbrido assistência a partir da APS com EPS (matriciamento, residência) e regulação.
- aa) Assumir a integralidade como uma atribuição pública, pois ela é inviável ao mercado por ser bastante onerosa e dificilmente lucrativa
- bb) Definir a coordenação da gestão da doença de base junto ao paciente em TRS.

REFERÊNCIAS

- ABENSUR, H. Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica. **Brazilian Journal of Nephrology**, São Paulo, v. 26, n. 3 supl. 1, 2004. Disponível em: <<http://www.jbn.org.br/details/1182/pt-BR/diretrizes-brasileiras-de-doenca-renal-cronica>>. Acesso em: 17 out. 2016.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução n. 11 de 13 de março de 2014. Dispõe sobre os Regimentos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 50, mar. 2014b. Seção 1, p. 40.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução nº 154 de 15 de junho de 2004**. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta9/resolucao_rdc_n154_2004_regulamento_servicos_dialise.pdf>. Acesso em 10 out. 2016
- ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A.L. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 28–38, dez. 2015.
- ALMEIDA, F. A. *et al.* Agregação familiar da doença renal crônica secundária à hipertensão arterial ou diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 471–478, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200471&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 out. 2016.
- ALMEIDA, M.C. Método complexo e desafios da pesquisa. In.: ALMEIDA, M. C.; CARVALHO, E. A. **Cultura e pensamento complexo**. Natal: EDFRN, 2009. p. 97–111.
- ALVES, C. K. A. **Institucionalização da avaliação na Atenção Básica: análise do programa em uma gestão estadual**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.
- AMORIM, L. Compra da Amil saiu cara para a United Health. **Revista Exame**, Rio de Janeiro, 7 out. 2015. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/revista-exame/compra-da-amil-saiu-cara-para-a-united-health>>. Acesso em: 10 out. 2016.
- ANTRAS-FERRY *et al.* Les problématiques et les apports de l'évaluation d'un réseau de santé. **Annales de cardiologie et d'angéologie**, Paris, v. 55, p.3-5, 2006.
- ARRUDA, C. *et al.* Health care networks under the light of the complexity theory. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169–173, 2015. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150023>>. Acesso em: 10 out. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS CENTROS DE DIÁLISE E TRANSPLANTE. **Ministério da Saúde anuncia reajuste para a sessão de hemodiálise**. Disponível em:

<<http://www.abcdt.org.br/ministerio-da-saude-anuncia-reajuste-para-sessao-de-hemodialise/>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

AVIGNON, A. *et al.* Maladies chroniques non transmissibles: la solution est-elle numérique ? Partie 1. Chronicité et complexité. **Medecine des Maladies Metaboliques**, Paris, v. 9, n. 2, p. 227–232, mar. 2015.

AYRES. J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 540-560, set. 2005.

BARRETO, M. N. S. de C. *et al.* Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 413-424, jun. 2015.

BARROS, M. B. de A. *et al.* Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n. 9, p. 3755-3768, set. 2011.

BASTOS, R.; BASTOS, G. TEIXEIRA. M. T. B. A DRC na Atenção Primária à Saúde na sua detecção precoce. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 10, n.1, p.46-55, jun. 2007.

BILODEAU, A. *et al.* Outil diagnostique de l'action en partenariat. **Revue canadienne de santé publique**, Ottawa, v. 102, n. 4, p. 298–302, 2011.

BILODEAU, A; BEAUCHEMIN, J.; BOURQUE, D.,L'analyse des interventions complexes en santé publique : le cas de la prévention des ITSS à Montréal. **Revue canadienne de santé publique**, Ottawa, v. 104, n.2, p. 177–182, apr. 2013.

BILODEAU, A; LAPIERRE, S.; MARCHAND, Y. **Le partenariat**: comment ça marche? Mieux s'outiller por réussir. Régie Régionale de la Santé et des services soicaux de Montréal-Center. Direction de santé publique.Quebec, 2003. Disponível em: <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs57374>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

BISSET; S.; POTVIN, L. Expanding our conceptualization of program implementation: lessons from the genealogy o a school-based nutrition program. **Health Education Research**, Oxford, v. 22, n. 5, p. 737-746, 2007.

BOELTER, M. C. *et al.* Fatores de risco para retinopatia diabética. **Arquivos Brasileiro de Oftalmologia**, Rio de janeiro, v. 66, p. 239-247, 2003.

BONET, O. *et al.* Situação-centrada, rede e itinerário terapêutico: o trabalho dos mediadores. In: PINHEIRO, R.; SILVA-JÚNIOR; A.G; MATTOS, R. A. (Org.). **Integralidade e Saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IM, UERJ: ABRASCO, 2008. p. 241-250.

BORGES, P. R. R.; BEDENDO, J.; FERNANDES, C. A. M. Perfil epidemiológico dos óbitos em terapia renal substitutiva e custo do tratamento. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 472-477, 2013.

BORGES, T. T. *et al.* Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 25, n. 7, p. 1511–1520, jul. 2009.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Ed. da Unicamp, 2011. p.41-62.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria nº 98 de 06 de janeiro de 2017**. Altera valores de procedimentos de Terapia Renal Substitutiva na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS). Retificada em 31.01.2017. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/sas/12628-portaria-n-98-sas-ms-de-6-de-janeiro-de-2017>>. Acesso em: 2 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração Brasileira para a Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://socios.cardiol.br/noticias/2011/pdf/declaracao.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, 2014a. 37 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC e nas linhas de cuidado prioritárias no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Endocrinologia e nefrologia**. Protocolos de encaminhamentos da atenção básica para a atenção especializada. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016. v. 1, 26 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Governo eleva em até 60% repasse a hospitais para gastos com transplantes de órgãos**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2012/04/governo-eleva-em-ate-60-repasse-a-hospitais-para-gastos-com-transplantes-de-orgaos>>. Acesso em: 10 out. 2016. Brasília, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2012a.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento às DCNT**. Brasília, 2013 c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 10 de out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.168 de 15 de junho de 2004**. Brasília, 2014. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.752 de 23 de setembro de 2005**. Brasília, 2005. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para

Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1752_23_09_2005.html>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 252 de 19 de fevereiro de 2013**. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Brasília, 2013b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 38, de 3 de março de 1994**. Brasília, 4 mar. 1994. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/terrs/SAS_P38_94ter_r_s.doc>. Acesso em: 11 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 389 de 13 de março de 2014**. Brasília, 2014c. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Brasília, 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. 2010a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 432 de 06 de junho de 2006**. Define as diretrizes de organização das Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia [Revogada em 2013]. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0185_13_03_2014.html>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 432 de 6 de junho de 2006**. Revogada pela portaria nº 185 de 13 de mar de 2014. Brasília, 2014. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2640/legislacao>. Acesso em: 15 jun. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 510 de 27 de novembro de 2010**. Altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, o valor dos procedimentos. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0510_27_11_2010.html>. Acesso em: 12 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 82 de 3 de janeiro de 2000**. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes junto ao Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://linus.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/nefrologia/alta-complexidade-em-nefrologia/portaria-no-82-de-3-de-janeiro-de-2000.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 845 de 2 de maio de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0845_02_05_2012.html>. Acesso em: 21 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Qualidia. **Linhas de Cuidado na Perspectiva de Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2014e. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/16_11_2011_10.31.24.2b3a3162d230f9d2d436e2b0e12d879f.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Governamental nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Brasília, 2011a. Regulamenta a Lei nº 8080/90 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dão outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 12 nov. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 2.268 de 30 de junho de 1997**. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. Brasília, 1997. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/d2268.htm>. Acesso em: 11 dez. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, set. 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 12 abr. 2008.

BRITTO, R. **Transcurso do Dia Mundial do Rim**. Disponível em: <[BUTTARD, A. L'évaluation du réseau en santé. **Politiques et Management Public**, Paris, v. 26, p. 87–110, 2011. Disponível em: <<http://pmp.revues.org/1666>>. Acesso em: 15 nov. 2016.](http://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/TextoHTML.asp?etapa=3&nuSessao=030.1.55.O&nuQuarto=55&nuOrador=2&nuInsercao=0&dtHorarioQuarto=15:58&sgFaseSessao=GE%20%20%20%20%20%20%20%20&Data=12/03/2015&txApelido=ROBERTO%20BRITTO&txEtapa=Com%20reda%C3%A7%C3%A3o%20final.>. Acesso em: 11 nov. 2016.</p>
</div>
<div data-bbox=)

BUTTARD, A. La gouvernance du réseau en santé : une régulation duale. **Journal d'économie médicale**, Paris, v. 26, n.5, p. 283-296, 2008.

CALLON, M. **Éléments pour une sociologie de la traduction**. L'année sociologique, 36, 169-208. 1986. Disponível em: <https://yannickprimel.files.wordpress.com/2014/07/mcallon_la-domestication-des-coquilles-saint-jacques-et-des-marins-pc3aacheurs-dans-la-baie-de-saint-brieuc_1986.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2016.

CALLON, M. Rede Como forma emergente e como modalidade de coordenação: o caso das interações estratégicas entre firmas industriais e laboratórios acadêmicos. In: CALLON, M. et al. **Rede e coordenação**. Paris: Economica. 1999.1232007000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 out. 2016

CÂMARA NETO, H. **A “tragédia da hemodiálise” 12 anos depois: poderia ela ser evitada?** 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

CAMARGO Jr., K. R. As Muitas Vozes da Integralidade. In.: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2006. 184p.

CAMILLIS, P. K.; BUSSULAR, C. Z.; ANTONELLO, C. S. A agência dos Não-Humanos a partir da Teoria Ator- Rede: Contribuições para as pesquisas em administração. **Organizações e Sociedade**, Salvador, v. 23, n. 76, 2016.

- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- CANCER CARE ONTARIO. **Ontario Renal Plan II: 2015-2019. Together we will**. Ontario, 2015.
- CANÍGLIA, M. **Terapia Ocupacional**, um enfoque disciplinar. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2005.
- CARDOSO, O. O.; FOSSÁ, M. I. T. Comunicação Organizacional- Confronto entre Luhmann e Habermas- Conjecturas Necessárias. In: ENCONTRO DA ANPAD, 32., Rio de Janeiro, 2008. **Anais**. Rio de Janeiro: Anpad, 2008.
- CARVALHO, T. A Gestão do Cuidado em Rede em um Ambulatório de Saúde Renal Avanços e Desafios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais**. Belo Horizonte: abrasco. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/013.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.
- CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em Saúde. p. 117-130. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p.46-68.
- CESSE, E Â P. **Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.
- CHERCHIGLIA, M. L. et al. Gênese de uma política pública de ações de alto custo e complexidade: As Terapias Renais Substitutivas no Brasil. **Revista da Associação Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 16, p. S83-S89, 2006.
- CHICOSKI, D. Aspectos da financeirização da economia brasileira. Pontífice Universidade Católica de São Paulo- PUC. **Revista Pesquisa & Debate**, São Paulo. v. 27, n. 1, p. 156- 173, mar. 2016.
- CINQ-MARS, M.; FORTIN, M. Perspectives Épistémologiques et cadre conceptuel pour l'évaluation de l'implantation d'une action concertée. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, Montréal, v. 14, n.2, p 57-83, 1999.
- CISLAGHI, J. F.; TEIXEIRA, S. O.; SOUZA, T. O Financiamento do SUS: principais dilemas. In: CIRCUITO DE DEBATES ACADÊMICOS, 1., 2011, [Brasília]. **Anais...** Brasília: Ipea, 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2014.
- COELHO, A. B. **Análise de uma política pública de saúde: Gestão Integrada da Doença**. 2014. Tese (Doutorado) - Instituto de Higiene e Medicina Tropical Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2014.

COELHO, A. B. **Gestão Integrada da Doença Crônica**. Lisboa, 2010.

COELHO, V. S. P. Interesses e Instituições na Política de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 13, n. 37, p. 115–128, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091998000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 nov. 2014.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Ed.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 563-613.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília, 2015.

CORESH, J. et al. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third national health and nutrition examination survey. **American Journal of Kidney Diseases**, New York, v. 41, n. 1, p. 1–12, 2003. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S027263860350004X>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

COSSON, I. O. et al. Perfil dos pacientes em Terapia Renal Substitutiva em Unidade de Nefrologia. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 8, supl. 2. p. 3693-3699, out. 2014.

COSTA, N. R. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1065–1074, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401065&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 10 abr. 2017.

COSTA, P. B. da; VASCONCELOS, K. F. S.; TASSITANO, R. M. Qualidade de vida : pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru , PE. **Fisioterapia e movimento**, Curitiba, v. 23, n. 3, 1, p. 461–467, set. 2010.

COSTA; M.C.S. Intersubjetividade e historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 10, p. 372-382, jun. 2002.

COUTINHO, N. P. S.; TAVARES, M. C. H. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 232–239, 2011.

CRESSWELL, K.; WORTH, A.; SHEIKH, A. Implementing and adopting electronic health record systems: How actor-network theory can support evaluation. **Clinical Governance: An International Journal**, London, v. 16, n. 4, p. 320–336, 2011.

CRUZ, C.F; CUNHA, G.O.D; SOUZA, S.R.P. Custo do tratamento dos pacientes com insuficiência renal crônica em estágio terminal no município de são paulo, no período de 2008 a 2012. **Science in Health**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 6–11, abr. 2014.

DAGENAIS, C et al. Knowledge Transfer on Complex Social Interventions in Public Health: a Scoping Study. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 8, n. 12, dec. 2013.

<<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0080233>>. Acesso em: 20 nov. 2016. [DetalheLicitacao.aspx?idLicitacao=4978](http://www.detalhelicitacao.aspx?idLicitacao=4978)>. Acesso em 10 out. 2016.1

DUARTE, P. O. **Análise da Política de Atenção Básica de Saúde em Âmbito Municipal: o caso de Recife**, 2001 a 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação das DCNT no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 126-134, 2011.

ESCOVAL, Ana et al. Gestão integrada da doença : uma abordagem experimental de gestão em saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 9, p. 105–116, 2010. Disponível em: <<https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-09-2009.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

FARIAS, L. O.; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 585–598, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2016.

FERNANDES DA SILVA, S. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011.

FERNANDES; B. Perfil epidemiológico dos óbitos em terapia renal substitutiva e custo do tratamento. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 472–477, 2013.

FIGUEIRÓ, A. C. et al. A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health : the critical event card. **International Journal of Public Health**, Swiss, 2016.

FIGUEIRÓ, A.C. et al. **Avaliação da gestão do Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública-Teias. 2010-2012: Relatório Final**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, 2015.

FORMIGA, N. F. B. **Análise de sobrevida e das covariáveis a ela associada de pacientes em diálise do estado de Pernambuco no período de 2008 a 2012**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

FRÁGUAS, G. **O enfrentamento da nefropatia diabética na ótica da família: uma abordagem na perspectiva do Modelo Calgary de Avaliação na Família**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FRÁGUAS, G.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: demanda e recursos. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 271–277, 2008.

FRIMAT, L. et al. Insuficiência renal crônica: conhecimentos e percepção por médicos generalistas. **Nefrologie et Thérapeutique**, Avignon, v. 2, p.127-135, 2006.

FUGI, C. D. C **Desafios da Integralidade no Cuidado em Hemodiálise**: a ótica da equipe de saúde e dos usuários. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Toxina causou a tragédia da hemodiálise. Algas encontradas na água usada em Caruaru liberaram substância que acabou provocando hepatite. **O Globo**, Rio de Janeiro, 12 abr. 1996. Disponível em: <<http://wwbv.fapesp.br/namidia/noticia/20945/toxina-causou-tragedia-hemodialise>>. Acesso em: 10 out. 2016.

GERSCHMAN, S. Políticas de saúde comparadas União Européia/Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 13, p. 1441–1451, 2008. Disponível em: <gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 12 nov. 2016.

GOMES, R. **Análise e interpretação de dados: integração dos sentidos**. Aula ministrada na Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=jjFDKkzoLxY>>. Acesso em: 3 ago. 2016.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: Abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 185-222.

GREGÓRIO, M. C. Ponto de Vista Histórico: Centros de Nefrologia das regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste do Brasil a 94. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.18, n. 2, p. 94-106, 1996.

HALÉVY, M. A complexidade. In: HALÉVY, M. A. **A era do conhecimento**: princípios e reflexões sobre a revolução noética no século XXI. São Paulo: Unesp, 2010. p. 38-47.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema “sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

HARTZ, Z.; POTVIN, L.; BODSTEIN, R.. Avaliação em Promoção da Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Avaliação em promoção da saúde**: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS). Brasília, 2014. p. 153-170.

HAWE, P.; SHIELL, A.; RILEY, T. Theorising interventions as events in systems. **American Journal Community Psychology**, New York, v. 43, p. 267-276, 2009.

HEMODIÁLISE do Barão de Lucena é reativado. **JOnline**, Recife, 21 set. 2000. Disponível em:<http://www2.uol.com.br/JC/_2000/2109/cd2109h.htm>. Acesso em: 21 set. 2016.

HSIAO, W. **What should macroeconomists know about healthcare policy?** A Primer. Working Paper. Havard: International Monetary Fund, 2000.

IINSTITUTO MATERNO INFANTIL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA. Unidade de Clínica Médica Comemora dois anos de existência. **Informativo do IMIP**, Recife, ano 29, n. 355, abr.2006. Disponível em: <http://www.imip.org.br/site/ARQUIVOS_ANEXO/Informativo%20Abril%202006;11;20061227.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

JACOB, S. Réflexions autor d'une typologie des dispositif intitutionnels d'évaluation. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, Ottawa, v. 20, n.2, p. 49-68, 2005.

JESSOP, B. The regulation approach, governance and post-Fordism: alternative perspectives on economic and political change? **Economy and Society**, cidade, v. 3, n. 24, p. 307 – 333, 1995. Disponível em: <URL:<http://dx.doi.org/10.1080/03085149500000013>>. Acesso em: 2 fev. 2102.

JESSOP, B. The rise of governance and the risks of failure: the case of economic development. **International Social Science Journal**, Oxford, v. 50, n. 155, p. 29-45, 1998.

JOCHIMSEN, E. M. et al. Liver failure and death after exposure to microcystins at a hemodialysis center in Brazil. **New England Journal Medical**, Boston, v. 338, n. 13, p. 873–878, 1998.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing Health Quality: the case for tracers. **The New England Journal of Medicine**, London, v. 288, n. 4, p 189-193, 1973.

KUSCHINIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LA FOUADATION CANIDENNE DU REIN. **Rappor d'impact**. Montréal, 2014.

LARA. G. M. **Nefropatia diabética**: aspectos laboratoriais da determinação da albuminúria. 2006. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

LATOUR, B. **A esperança de Pandora**. Bauru: EDUSC, 2001.

LATOUR, B. On actor-network theory. A few clarifications plus more than a few complications. **Philosophia**, Amsterdã, v. 3, n. 25, p. 47-64, 1990. Disponível em: <<http://faculty.georgetown.edu/irvinem/theory/Latour-clarifications.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

LATOUR, B. **Reagregando o Social**. Salvador: Edufba, 2005. 400 p.

LAURIN, I. et al. Intersectoral Mobilization in Child Development: An Outcome Assessment of the Survey of the School Readiness of Montreal Children. **Social Sciences**, Bejin, v. 4, n. 4, p. 1316–1334, 2015. Disponível em: <<http://www.mdpi.com/2076-0760/4/4/1316>>. Acesso em: 2 maio 2016.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (Portugal). **Projecto de definição de um**

modelo de acompanhamento da atividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde: Relatório III - Estudo sobre o Grau de Integração de Organizações de Saúde (EGIOS). Lisboa, Lisboa, 2010.

MAGALHÃES, P. R. **O que é inovação em Saúde Pública?** 2015. Dissertação (Mestrado Saúde Pública). – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/18302>>. Acesso em: 10 out. 2016.

MAJONE, G. Do estado positivo ao estado regulador: causas e consequências da mudança no modo de governança. In: _____. **Regulação Econômica e Democracia: O Debate Europeu.** São Paulo: Singular, 2006. Material para uso didático na disciplina Governança em Saúde do IAM-Fiocruz.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Brasília, v. 18, supl. 2, p. 3–16, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600003&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 10 out. 2015.

MALTA, D. C.; SILVA-JUNIOR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p.151-164, mar. 2013.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 4, n. 34, p. 593-605, set. 2010.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.23, n.4, p. 599-608, dez. 2014

MARTINS, P. H. Usuários, redes de mediadores e associações públicas híbridas da saúde. In.: PINHEIRO, R.; SILVA Jr., A. G. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora.** Rio de Janeiro: Cepesc, 2010. p. 115-142.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 4. ed. Rio de Janeiro: IMS, UerJ, Abrasco, 2006. p. 39-64.

MEDINA, M. G. **O contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde:** resultados da avaliação de dois estudos de caso. 2006. Tese (Doutorado) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MENDES, E V. **O Cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, E V. **Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <[MIKKELSEN-LOPEZ, I.; WYSS, K.; DE SAVIGNY, D. An approach to addressing governance from a health system framework perspective. **BMC International Health and Human Rights**, London, v. 11, n. 1, p. 13, 2011. Disponível em: <<http://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-698X-11-13>>. Acesso em: 4 abr. 2015.](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjmsc_M0J_XAhVE6SYKHdQQD-EQFggxMAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.informacaoemsaude.rj.gov.br%2Fdocman%2Fatencao-a-saude%2F8043-revisao-bibliografica-sobre-asras%2Ffile.html&usq=AOvVaw2R8ZZIDKYNILWY8fi4DSff.>. Acesso em 11 jun. 2016.</p>
</div>
<div data-bbox=)

MINAYO, M. C. de S. et. al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R (Org). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. fiocruz, 2005. p. 71-104.

MINISTRO da saúde declara que Samu e Farmácia Popular podem acabar no mês de agosto em todo Brasil. 9 maio 2016. Disponível em <<http://www.blogdoleosantos.com.br/2016/05/09/ministro-da-saude-declara-que-samu-e-farmacia-popular-podem-acabar-no-mes-de-agosto-em-todo-brasil/>>. Acesso em: 4 fev. 2017.

MOL, A. Actor-network theory: sensitive nad enduring tensions. **Kolner Zeitschrit für Soziologie und Sozialpsychologie**, Berlim, v. 50, n. 1, p. 253-269, 2010.

MORAES, M. A ciência como rede de atores: ressonâncias filosóficas. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n.2, p. 321-33, ago. 2004.

MORIN. E. Os desafios da complexidade. In: MORIN, E. **A religação dos Saberes**. São Paulo: Bertrand-Brasil, 2001.

NASSIF, A. As armadilhas do tripé da política macroeconômica brasileira. **Revista de Economia e Política**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 426-443, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572015000300426&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2016.

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro população e perfil sanitário**. [S. l: s. n.], 2013. v. 2.

OCKÉ-REIS, O. C. Sistemas comparados de saúde: uma análise preliminar. In: ENCONTRO DE ECONOMIA DA SAÚDE, 8., 2007, São Paulo. **Anais**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde, 2007. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/mesa_07_-_carlos_octavio_sistcompsaude.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 112p.

OLIVEIRA, S. R. A. **Sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família**: o caso de um município Baiano. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

OULAHIANE, A. et al. Gestion du diabète en cas d'insuffisance rénale chronique. **Néphrologie & Thérapeutique**, Avignon, v. 8, n. 3, p. 135–140, 2012. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1769725511005451>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

PAPALÉO, M. M. M. **Caracterização dos pacientes portadores de insuficiência renal atendidos nas emergências do hospital geral**. 2013. Monografia (Especialização em Enfermagem em nefrologia) - Centro de Consultoria Educacional, Faculdade de Boa Viagem, Recife, 2013.

PAWSON, R.; TILLEY, N. **Realist Evaluation**. 2004. Disponível em: <http://www.dmeforpeace.org/sites/default/files/RE_chapter.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

PÊGO-FERNANDES, P. M.; GARCIA, V. D. Estado atual do transplante no Brasil. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 128, n. 1, p. 3–4, 2010.

PENA, F. A. P. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 3135-3144, 2012.

PEREIRA, E. R. et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos na Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 1, n. 38, p.22-30, 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado e Pernambuco. **Rede de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica em TRS no Estado de Pernambuco**. Recife, 2013b. Apresentação institucional.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/PE nº 2453, 7 de novembro de 2013**. Recife, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_2453_aprova_rede_de_atencao_ao_portador_de_doenca_renal_cronicaem_trs.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife, 2011a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Balanco de Gestão -2011b**. Recife, 2011b.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Balanco de Gestão -2012**. Recife, 2012.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Balanco de Gestão**. Recife, 2013c.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Diretoria de Regulação. **Protocolo de encaminhamento do portador de doença renal crônica**. Recife, 2010.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Permanente de Licitação. **Edital de Credenciamento...** Recife, 2014a. Disponível em: <

<http://www.licitacoes.pe.gov.br/web/DetalheLicitacao.aspx?idLicitacao=4978>>. Acesso em 10 out. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano de atenção ao doente renal crônico no estado de Pernambuco**. Recife, 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 783 de 23 de julho de 2001. Estabelece o Regulamento Técnico para funcionamento dos Serviços de Diálise no Estado de Pernambuco. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Poder Executivo, Recife, 24 jul. 2001. Seção Saúde, p. 10.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Reformulação da política de atenção ao portador de Doença Renal Crônica no estado de Pernambuco**. Recife, 2010.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Relatório de Gestão 2011-2014**. Recife, 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. Diretoria geral de Assistência Integral à Saúde. **Revisão da política estadual de atenção ao portador de doença renal crônica**. Recife, 2011c.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. Diretoria Geral de Monitoramento e Avaliação do SUS. Gerência de Informações Assistenciais. **Características gerais das unidades habilitadas para realização de hemodiálise. Pernambuco, maio e junho/2012**. Recife, ago. 2012. Apresentação institucional realizada pela Gerência de Informações Assistenciais

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. **Evolução da TRS em PE 2008-2012**. Recife, 2012.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Assistência Integral à Saúde. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. **Plano estadual da rede de cuidado ao paciente portador de doença renal crônica**. Recife, 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Terapia renal Substitutiva em PE**. Recife, 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Terapia renal Substitutiva em PE**. (Apresentação institucional). Recife, 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Terapia renal substitutiva: intercorrências clínicas. **Fluxo de acesso**. Protocolo pactuado em agosto 2014. Recife, 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. **Perfil das unidades habilitadas para realização de hemodiálise**. Pernambuco, maio e junho/2012. Recife, 2012. Apresentação institucional.

PIMENTEL, F. C.; FORMIGA, N. F. B.; SÁ, A. L. H. **A Evolução da Terapia Renal Substitutiva TRS no Estado de Pernambuco nos anos de 2008 e 2012**. Trabalho

apresentado no Congresso Nacional de Auditoria em Saúde e Qualidade e Gestão em Águas de Lindóia, 2013.

PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A G; MATTOS, R. A. **Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS, UERJ: Abrasco, 2010.

PIOLA, S. F. et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. v. 4. p. 19-70.

POTVIN, L.; GERDRON, S. Programação e Avaliação em Saúde. In: SEMINÁRIO AVANÇADO: PROGRAMA DE AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2006, Recife. [**Apostila**]. Recife: Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira; Montreal: Agence Canadienne de Développement International, 2006. 36 p.

POTVIN, L.; SHERRI, E.; BISSET. Mais Metodologia do que métodos. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012**. Brasília, 2014. p. 153-170

POURIA, S. et al.; Fatal microcystin intoxication in haemodialysis unit in Caruaru, Brazil. **Lancet**, London,. v. 4, n. 352, p. 21-26, jul. 1998.

PRIGOGINE, I. **Ciência Razão e Paixão**. Tradução de Edgar de Assis Carvalho e Maria Célia de Almeida. 2. ed. rev. e amp. São Paulo: Livraria da Física, 2009. 112 p.

REAL HOSPITAL PORTUGUÊS. **Unidade de Nefrologia**. Disponível em: <<http://rhp.com.br/unidades-atendimento/unidade-de-nefrologia>>. Acesso em: 10 out. 2016.

RECIFE. Prefeitura da Cidade. **Saúde do recife comemora aniversário do Centro Médico Ermírio de Moraes**. Recife, 25 set. 2012. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/25/09/2012/saude-do-recife-comemora-aniversario-do-centro-medico-ermirio-de-moraes>>. Acesso em: 10 out. 2016.

REZENDE, R. et al. Perfil epidemiológico dos óbitos em terapia renal substitutiva e custo do tratamento. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 472-477, 2013.

RIBEIRO, 2012. **Paciente com diabetes no Brasil gasta R\$ 5,9 mil por ano com tratamento**. (Entrevista de Balduino TSCHIEDEL- presidente da Sociedade Brasileira de Diabetes). Disponível em: <<http://economia.ig.com.br/2012-11-16/paciente-com-diabetes-no-brasil-gasta-r-59-mil-por-ano-com-tratamento.html>>. Acesso em 10 dez 2016.

RICHARD, J. L.; SCHULDINER, S. Épidémiologie du pied diabétique. **La revue de médecine interne**, Paris, v. 29, p. 222-230, nov. 2008.

ROCHA, H. A nefrologia no Brasil. **Nefrologia: Jornal Brasileiro da Sociedade Brasileira de Nefrologia**, São Paulo, v. 12, supl. 3, p. 18-34, 1992.

ROUSSEL, R. Histoire naturelle de la néphropathie diabétique. **Médecine des Maladies Métaboliques**, Paris, v. 5, p. S8–S13, 2011. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1957255711700530>>. Acesso em: 4 mar. 2014.

RUSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **New England Journal Medicine**, Massachusetts, v. 294, n. 11, p. 582-588, mar. 1976. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/MED/942758>>. Acesso em: 4 mar. 2014.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Análise de custo-efetividade em relação às terapias renais substitutivas: como pensar estudos em relação a essas intervenções no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1279–1290, 2008.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n.4, p.622-631, 2014.

SANTOS, I. S. Implicações do capital nacional e estrangeiro para o SUS. In: SEMINÁRIO DE ECONOMIA DA SAUDE, 2015, São Paulo. **Anais**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde. Rio de Janeiro, 2015. Regulação do K nos serviços de saúde no Brasil.

SANTOS, M. V. et al. Tecnologia da informação em Nefrologia. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 31, n. 3, 2009, p. 212-219.

SAYES, E. Actor-Network Theory and methodology: Just what does it mean to say that nonhumans have agency? **Social Studies of Science**, Ontário, v. 44, n. 1, p. 134–149, dec. 2014. Disponível em: <<http://sss.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0306312713511867>>. Acesso em: 21 dez. 2016.

SCHIMIDT, M.I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, p. 61-74, 2011. Edição especial. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2016.

SCHRAMM, F. R. **Pensamento Complexo e Saúde Pública**. Rio de Janeiro, [2013?]. Texto didático da disponibilizado pelo autor na disciplina Filosofia das Ciências do Curso de Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães.

SESSO, 9999R. C. et al. Brazilian Chronic Dialysis Census 2014. **Jornal brasileiro de nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 54–61, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.jbn.org.br/details/1830/pt-BR/inquerito-brasileiro-de-dialise-cronica-2014>>. Acesso em: 27 ago. 2016

SILVA, L. M. (Org.). **Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005b. p. 207-253.

SILVA, B. et al. Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 32-36, jun. 2016.

SILVA, F. S. Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. In: SILVA, F. S. (Org.) **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Campinas, SP: Idisa; Brasília: Conasems, 2008. 202 p.

SILVA, M. S. **Trajetória Assistencial de um Evento Sentinela: Avaliação da atenção integral ao usuário diabético no SUS a partir da retinopatia diabética grave**. 2015. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

SIVIERO, P.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. **Doença renal crônica: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira**. Belo Horizonte: UFMG: Cedeplar, 2013. 17 p. Texto para discussão.

SNYDER, J. J.; FOLEY, R. N.; COLLINS, A. J. Prevalence of CKD in the United States: A Sensitivity Analysis Using the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004. **American Journal of Kidney Diseases**, New York, v. 53, n. 2, p. 218–228, 2009.

SOARES, R. A. F. S. **Avaliação da implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com DCNT no Distrito Sanitário do Município do Recife- Pernambuco**. 2015. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **SBN Informa**. São Paulo, abr., 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **SBN Informa**. São Paulo, 2017.

SPÍNOLA C. G.; OLIVEIRA, L. A.; SCHUENGUE, C. M. O. L. O impacto da Portaria 2.042 nos serviços de TRS. **Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, Manhauçu, v. 3, n.1, p. 137-147, 2008. Disponível em: <[http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS3\(1\)137a147.pdf](http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS3(1)137a147.pdf)>. Acesso em 10 mai. 2017.

SZUSTER, D. A.C. et al. Sobrevida de pacientes em diálise no SUS no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 415-424, mar. 2012.

TASCA, R. (Coord). **Atenção saúde coordenada pela APS: construindo as Redes de Atenção no SUS: contribuições para o debate**. NavegadorSUS. Brasília, 2011. 113 p. (Série técnica para os gestores do SUS sobre Redes Integradas de Atenção à saúde baseadas na APS, n. 2).

TEIXEIRA, R. R. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 219–234, 2005.

TEIXEIRA, R. R. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n.17, p. 219-234, ago. 2005.

TRAGÉDIA da hemodiálise, que deixou 60 mortos em PE, completa 20 anos. **Jornal nacional**, Rio de Janeiro, 12 fev. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2016/02/tragedia-da-hemodialise-que-deixou-60-mortos-em-pe-completa-20-anos.html>>. Acesso em: 10 out. 2016.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA. **The Kidney Project**. San Francisco, 2016. Disponível em: <<https://pharm.ucsf.edu/kidney>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M.; IBÁÑEZ, N. (Org.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

VIANA, A. L. D'; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1765-1777, nov. 2007. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1413-81232007000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 out.

VIEIRA, F. S. **Crise Econômica, Austeridade Fiscal e Saúde: que lições podem ser aprendidas** Brasília: Ipea, 2016. (Nota técnica, n. 26).

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 1, p. 15-40.

WHITING, D. R. et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Practice**, Brussels, v. 94, n. 3, p. 311–321, 2011.

WILSON. C. **Pronunciamento do Senador Carlos Wilson PSDB no plenário do Senado Federal em 18 de 04 de 1996 sobre a tragédia da hemodiálise de Caruaru**. Brasília, 1996. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/pronunciamentos/-/p/texto/185214>>. Acesso em: 10 out. 2016.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

YIN, R. Validade e generalização em futuras avaliações de estudo de caso. **Evaluation**, London, v. 19, p. 321-332, 2013.

APÊNDICE A - LISTA DE DOCUMENTOS UTILIZADOS

- a) Doc 1- 2001. Arquivo digital- Portaria nº 783, de 23 de julho de 2001 (Publicada no DOE do dia 24.07.2001)
- b) Doc 2-2011-Arquivo da Revisão da Política Estadual de Atenção ao portador de Doença Renal Crônica
- c) Doc 3-2011 -- Balanço de Gestão SES, PERNAMBUCO, 2011
- d) Doc 4- 2012- Balanço de Gestão 2012
- e) Doc 5- 2012- Arquivo digital-Plano Diretor de Regionalização –SES/PE
- f) Doc 6- 2012-Arquivo digital-Apresentação SES- TRS- história, avanços e desafios
- g) Doc 7-2012-Arquivo digital-Banner- A Evolução da Terapia Renal Substitutiva – Trs No Estado De Pernambuco Nos Anos De 2008 E 2012
- h) Doc 8- 2012-Arquivo digital-Resumo Congresso- Estudo ecológico- desempenho da regulação
- i) Doc 9- 2013- Balanço de Gestão 2013- Lista de espera 1.316
- j) Doc 10- 2013- Arquivo digital-Relatório- Estudo sobre o Perfil das unidades habilitadas de hemodiálise
- k) Doc 11- 2013- Arquivo digital-Apresentação Características gerais das unidades habilitadas para realização de hemodiálise. (Pernambuco, maio e junho/2012)
- l) Doc 12- 2013-2014- Arquivo digital-Rede de atenção ao portador de doença renal crônica em trs no estado de Pernambuco (apresentação SES)
- m) Doc 13- 2013- Arquivo digital-Resolução CIB/PE Nº. 2453 DE 07 DE
- n) Doc 14- 2013-Arquivo digital- Edital de Credenciamento
- o) Doc 15- 2011-2014- Relatório de Gestão- 199 transplantes de RIM em 2011, 278 em 2012, 253 em 2013.
- p) Doc 16- 2014-Arquivo digital-Protocolo do Fluxo de Acesso às intercorrências clínicas na TRS
- q) Doc 18- 2015-Apresentação- Terapia Renal Substitutiva no Estado Pernambuco, setembro de 2015-
- r) Doc 19- 2015-Plano Estadual da Rede de Cuidado Ao Paciente Portador De Doença Renal Crônica
- s) Doc 20- 2006- Informativo IMIP
- t) Doc 21- 2015- Sumário- Transcurso do Dia Mundial do Rim. Realização pela Sociedade Brasileira de Nefrologia da Campanha Nacional dos Rins Saudáveis. Anúncio da solicitação ao Ministro da Saúde de audiência com o orador para o debate sobre questões relacionadas à prevenção e tratamento de doenças renais. Deputado Brito
- u) Doc 22. Discurso do então deputado Carlos Wilson à época do Tragédia da Hemodiálise. Arquivo digital. 1996.
- v) Doc 23. Matéria Jornal do Comércio. Jornal do **Comércio**. Recife - 21.09.2000. Quinta-feira. Saúde. Disponível em http://www2.uol.com.br/JC/_2000/2109/cd2109h.htm. Hemodiálise do Barão de Lucena é reativado.
- w) Doc 24. Reportagem sobre o Ermírio PCR. SAÚDE. NOTÍCIAS. 25.09.12 - Saúde do Recife comemora aniversário do Centro Médico Ermírio de Moraes.
- x) Doc 25. Real Hospital de Português. UNIDADE DE NEFROLOGIA. Mais de 1200 transplantes renais realizados, sendo um dos maiores centros. 2016.

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada Avaliação da constituição da Rede de Cuidados ao Portador de Nefropatia Diabética na Rede de Atenção ao Doente Renal Crônico em Terapia Renal Substitutiva no estado de Pernambuco realizada pela pesquisadora Cinthia Kalyne de Almeida Alves.

Para poder participar, é necessário que leia este documento com atenção. Caso haja alguma dúvida, peça ao entrevistador para explicar qualquer palavra ou procedimento que não esteja devidamente esclarecido para você.

O propósito deste documento é fornecer as informações sobre a pesquisa e, se assinado, a permissão para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos, caso decida participar. A participação é voluntária. O convidado a dar sua entrevista pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

PROPÓSITO DO ESTUDO

Este estudo pretende avaliar a constituição da Rede de Atenção à pessoa com Nefropatia Diabética na Rede de Atenção ao Doente Renal Crônico em TRS no estado de PE. Dessa maneira possibilitará uma melhor compreensão dos mecanismos ou estratégias de integração favorecendo o conhecimento da situação da Rede com vistas à melhoria da integralidade.

Para realizar essa pesquisa foi escolhida como estratégia de estudo o Estudo de Caso. As fontes para verificação das evidências serão os parceiros e gestores da SES das entidades que conformam a Rede de Atenção e os usuários da Rede com Nefropatia Diabética.

SELEÇÃO

A seleção das pessoas (fontes de evidências) envolvidas será por livre participação, de acordo com interesse demonstrado. Serão convidados também a participar os usuários dos serviços de referência que possuam Nefropatia Diabética.

PROCEDIMENTOS

- Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista, podendo ser utilizado um gravador, caso seja autorizado pelo entrevistado.
- Será também efetuada a observação direta no serviço, após autorização pela Unidade e pela SES e busca no prontuários para confirmação do diagnóstico sobre o evento nefropatia diabética.

RISCOS E BENEFÍCIOS

- Existem poucos riscos morais ou outros agravos à pessoa associados à pesquisa.
- O risco de sua participação passa por algum constrangimento diante de alguma pergunta ou diante da entrevistadora. Todos os esforços serão feitos no sentido de evitar quaisquer tipos de constrangimento. Lembramos que a Entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento.
- Garantimos que sua identidade não será revelada sob hipótese alguma. Todavia, há um risco de que ela possa ser deduzida pelo papel que o senhor exerce na Rede. Todos os esforços serão feitos para que isso não aconteça
- Os benefícios de sua participação está na contribuição com a produção de conhecimento sobre a integração dos serviços nesta Rede e com a melhoria dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde. Ou seja, com a possível melhoria da constituição da rede de atenção ao doente renal crônico e a articulação desta com a Atenção Básica.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

A decisão em participar deste estudo é voluntária. O Sr. pode decidir não participar no estudo. Uma vez decidido participar do estudo, a SES pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento. Se algum convidado decidir não continuar no estudo e retirar sua participação, não será punido ou perderá qualquer benefício ao qual tem direito.

PAGAMENTO PELA PARTICIPAÇÃO

A participação dos profissionais e usuários indicados será voluntária, portanto não será pago pela participação neste estudo.

CUSTOS

Não haverá nenhum custo aos usuários o quaisquer participantes relacionado aos procedimentos previstos no estudo.

CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS:

Todas as informações coletadas serão analisadas de forma científica mantendo-se segredo (confidencialidade) das mesmas. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo, e as Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reunião ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações. Ressaltamos que no caso de publicação científica também permanecerá com a identidade preservada, apenas serão citados como caso 1 e Entrevistados. Após 5 anos de arquivados, os arquivos contendo as entrevistas gravadas e transcritas serão destruídos.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o sr. poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães localizado na Av. Professor Moraes Rego, Campus da Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670-420, no telefone 21012639 ou pelo e-mail comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é de 8:00h ao 12:00 h e das 13 às 15 horas. O comitê de ética em pesquisa é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos que são conduzidos por pesquisadores ligados à instituição. O contato com a pesquisadora responsável pode ser feito por meio do número (81)999116650.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE:

Eu li e discuti com os pesquisadores responsáveis pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu recebi uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/2016

APÊNDICE C- GUIA DE ENTREVISTA EXPLORATÓRIA



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

*Avaliação da Constituição da rede de cuidados à pessoa
 com nefropatia diabética na perspectiva da
 Integralidade e da Teoria Ator-Rede em PE.*

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM A GESTÃO DA REDE DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO COM NEFROPATIA DIABÉTICA

Nome do Entrevistado _____
 Local que atua: _____
 Atividade que realiza: _____
 Data da entrevista: ____/____/____ Hora início: _____ Hora fim: _____
 Função e tempo no Serviço -Formação

GUIA DA ENTREVISTA EXPLORATÓRIA

- Apresentação do TCLE e assinatura pelo informante.
 OBS: Uma breve apresentação do estudo

Parte I

Objetivo 1- Caracterização da Rede (estrutura, tecnologias, ações)

Como o Sr. caracterizaria a Rede de atenção à pessoa em TRSS com Nefropatia Diabética

Objetivo 2- Evolução, reconfigurações, atores, interesses, controvérsias)

-Como se deu a organização desta assistência o longo do tempo aqui em PE? Como ela nasceu?

Objetivo 3- Eventos Críticos- constituição, funcionamento e integralidade

-Houve alguma transformação na forma de organização (rede) da atenção à pessoa com Nefropatia diabética em PE que o sr considera importante Na história da rede? .Fatos que marcaram o desenvolvimento das práticas atuais?

- Onde esses fatos aconteceram?

-Como era participação ou atuação delas quando participavam das atividades do programa?

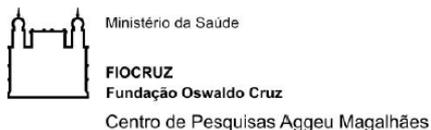
- Quais são, em sua opinião, as conseqüências específicas destes fatos-acontecimentos-eventos?

- Quem eram as pessoas e as instituições que participaram desse fato?

-saberia relacionar o nome das pessoas, as instituições que representavam, o cargo que ocupavam?

-Como esses acontecimentos foram conduzidos?

-O que se decidiu e quais ações foram realizadas dentro desse acontecimento?



*Avaliação da Constituição da rede de cuidados à pessoa
com nefropatia diabética na perspectiva da
Integralidade e da Teoria Ator-Rede em PE.*

-Poderia falar um pouco sobre os interesses que emergiam na forma de organização da assistência à RDRC?

Objetivo 4- itinerário-trajetória

-Como os usuários percorrem os serviços em busca da assistência, em sua opinião?
-Como o conhecimento sobre as condições de saúde dos usuários circula no serviço? E entre os serviços?

Parte II

- Você teria algum documento, de qualquer tipo, referente a atenção à pessoa com Nefropatia Diabética, que pudesse me repassar, para a análise documental do estudo: relatório de reunião, relatório de gestão, cópia de ata de reunião, atas de reuniões, cartas trocadas ou assinados acordos, orientações ou políticas, planejamento documentos, relatórios de atividades)

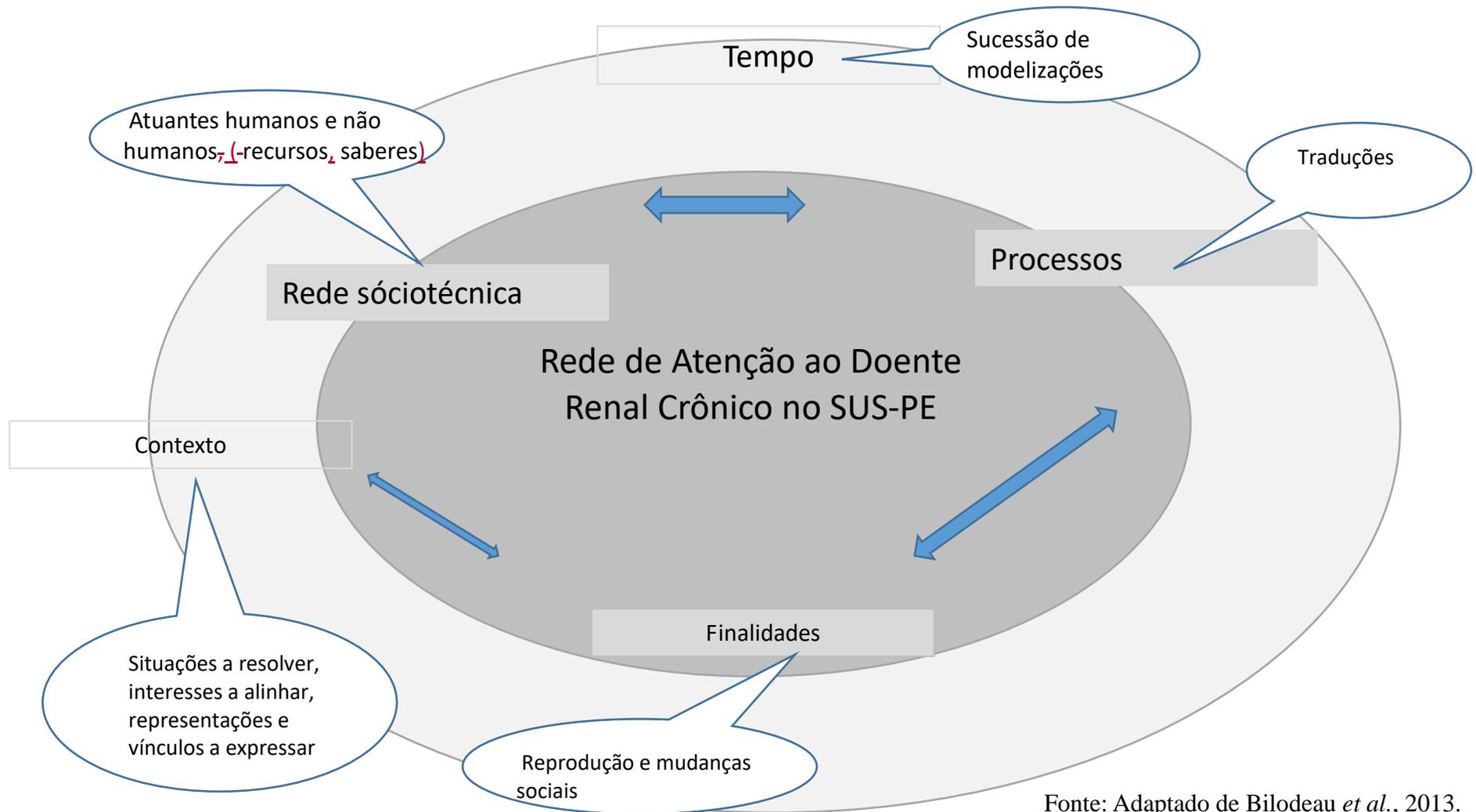
-O Sr. Gostaria de acrescentar algo sobre a rede-organização ou sobre a integralidade que não lhe foi perguntado e que gostaria de ter falado?

APÊNDICE D- PONTOS EXPLORADOS NA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS

OBJETIVO- RECONSTITUIR ITINERÁRIOS E IDENTIFICAR INOVAÇÕES E PROBLEMAS

- **NOME, IDADE, PROFISSÃO. SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA**
- **TEMPO DE DIABETES, COMO DESCOBRIU.**
- **TEMPO NA TRS, COMO CHEGOU ATÉ AQUI.**
- **MUDOU MUITA SUA VIDA DEPOIS DA TRS?**
- **RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE A DIETA?**
- **COMO VEM FAZER HEMODIÁLISE**
- **USA OUTRO SERVIÇO ALÉM DESTEW QUAL?**
- **PENSA EM FAZER TRANSPLANTE?**
- **TEM PSF? É CADASTRADO? É ACOMPANHADO? O PSF SE COMUNICA COM ESSE SERVIÇO?**
- **TEM ALGUMA DIFICULDADE PARA SE CUIDADOR SOZINHO**
- **RECEBE AJUDA DA FAMÍLIA? QUEM APLICA SUA INSULINA? QUEM FAZ SEU ALMOÇO?**
- **QUANDO PRECISA DE SERVIÇO DE URGÊNCIA, PROCURA QU SERVIÇOW**
- **SE PUDESSE DIZER ALGO AO GOVERNADOR OU AO SECRETÁRIO DE SAÚDE SOBRE A REDE QUE LHE ATENDE, SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE QUE O SR. (Sra) USA, O QUE DIRIA? TEM ALGUMA SUGESTÃO, CRÍTICA OU ELOGIO?**

APÊNDICE D- Modelização da Rede de Atenção ao DRC em TRS como sistema complexo de ações.



APÊNDICE E- INSCRIÇÕES DOS EVENTOS E EVENTOS CRÍTICOS DA REDE.

Quadro 1. Inscrições e eventos críticos. Primeiro período.

Data do Evento	Eventos	Inscrições	Nó conceitual	Essência
Meados da década 70	Primeiro serviço de diálise (EC3) e introdução do transplante renal no serviço de Nefrologia (EC2)	Publicação do Jornal Brasileiro de Nefrologia em 1996 (Gregório, 1996). I Artigo SBN. Ponto de Vista histórico. Centros de Nefrologia das regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste.I Página do Hospital Real Português. Disponível no site. O	Programa de TRS Crônicos	NP-nova no contexto local. Evento de Expansão do contexto nacional.
Década de 80	Criação da diálise no setor privado do HGU para Clínica (EC4)	Existência do serviço	Cuidado integral e Lucro	
Década de 80	Criação da diálise intrahospitalar em hospital público do HGU para o HGA (EC 6)	HGA-Inamps	Cuidado Integral	NV
1987	Inauguração do Serviço no HBL - Central Estadual de TRS (EC 6)	Placa de inauguração aposta no HBL.Inamps.	Cuidado Integral	NV, NP-
Década de 90	Expansão de centros de diálise em clínicas privadas satélites (EC7)		Procedimento lucrativo	

Legenda: NPr- nova prática, NV-nova visão, N

Quadro. Inscrições dos Eventos e Eventos Críticos da Rede. Nós Conceituais. Segundo período.

Ata	Evento	Inscrições	Nós	Tipo
EC8-1994	Inauguração da Central Estadual de Transplantes (EC9)	Balanco de Gestão da SES de 2012. R Relatórios de Gestão O	Gestão-Regulação Transplante	NP
		<ul style="list-style-type: none"> Registro da FAPESP- 58 dias depois- Dra. Sandra da UFRJ descobre a microcistina e 11 instituições nacionais e internacionais que participaram das investigações. 	Contexto Local	E-C
EC9-1996	Óbito de 77 pacientes de dialise Caruar -Investigação sobre a Tragédia de Hemodiálise (EC10)	<ul style="list-style-type: none"> Discurso na Câmara dos Deputados Federais- Audiência Pública-ex-governador- Refere relatórios de Auditorias do Ministério da saúde- Pronunciamento do deputado na Câmara Federal,, Carlos Wilson, 1998 I Artigos The New England Journal of Medicine, v. 338, p. 873-878. 1998; Lancet. 1998;352(9121):21-6. R Documento do Nescon, 199?. -Terapias Renais Substitutivas no Brasil: gênese de uma política pública de ações de alto custo e complexidade. R Contexto da TRS no Brasil - artigo O Processo no Ministério Público, Ação civil na justiça para apurar responsabilidades-I absolvição dos envolvidos, mas pagamtoe e Tese de doutorado do CPqAM sobre a tragédia da hemodiálise, 12 anos depois de Henrique Câmara.I Reportagens 20 anos depois da tragédia de hemodiálise em Caruaru-blogs sobre as idenizações das famílias, processos dos donos da clínica. 	Vigilância, Pesquisa	Nvisão Npráticas N Papéis Nparcerias
1998-EC 11	Criação do Centro Especializado em HAS e DM	Notícia institucional no site da Prefeitura da Cidade do Recife. R	Atenção Especializada em DM	NPr NServ
1999 EC10.1	O setor da Apevisa	Entrevista com participantes representantes da gestão	Vigilância	Npr Nser
2000	Reinauguração	Notícia institucional; Hemodiálise do Barão de	Cuidado	E

EC EC-12. Ligado ao EC 9	do serviço- Criação da Central Estadual de Hemodiálise inauguração e reinauguração do HBL	Lucena é reativado. I “O serviço de nefrologia do Hospital Barão de Lucena, desativado há seis anos, voltará a atender ao público na próxima semana. A reforma para reinstalação da assistência começou em 1998, mas dificuldades impediram que o setor fosse reaberto num menor espaço de tempo. A inauguração será amanhã, durante as comemorações dos 25 anos da Residência em Clínica Médica do HBL.”	Integral- Linha completa de Nefro – AB	Nser
EC- 10.1.1 e EC2 10.1.2- 2001	Criação do- Programa da Qualidade da Água e da Assistência na TRS*	Regulamento Técnico para funcionamento dos Serviços de Diálise no Estado de Pernambuco-Nº 783 de 23 de julho de 2001, publicada no DOE do dia 24 de julho de 2001	Vigilância	NPp. NVisão, NPr

Quadro.

*Consequências do primeiro evento em Caruaru.

Legenda.: NPp-Novo papel, NV-nova visão, NPr-novas práticas

Quadro. Inscrições do Eventos e Eventos críticos do terceiro período. Pernambuco, 2002-2012.

Data	Eventos e Eventos Críticos	Inscrições	Nós	
2003	Publicação da pesquisa- Aumento da diabetes como causa de IRC na RMR	<ul style="list-style-type: none"> Dissertação mestrado: Fatores Associados a Nefropatia Diabética na Região Metropolitana do Recife.. 2003. Faculdade de Ciências Médicas. I 	Pesquisa	E-NV
2005	Papel da Rede Básica da RMR- uso do marcador Albuminúria na ABS. Ação com o HC de 2005	<ul style="list-style-type: none"> Trabalho publicado no Congresso Brasileiro de Nefrologia- Anais, 2008. I Valorização do papel da ABS na DRC e Nefropatia diabética pela RADRC 	Pesquisa	E-NV
2005	Formulação da Política Estadual de Atenção ao Portador de DRC	<ul style="list-style-type: none"> 	Gestão	
2005- 2006	Expansão do Programa de TRS de crônicos – clínica satélites (EC 6.1)	<ul style="list-style-type: none"> Lista dos Centros de Diálise no Brasil, 2005. O Guia da Saúde SES, 2006 	TRS Crônico satélite	E- Nserv
2006	Início do rodízio da CM na Nefro no HC	<ul style="list-style-type: none"> Adesão ao pró-residência 	Formação	E – NPr

				NVisão
2007	Institucionalização do Programa de diálise TRS aguda nas UTIs e Emergência-sustentabilidade devido ao incentivo financeiros Criação do incentivo estadual (EC 13)	<ul style="list-style-type: none"> • Processo administrativo sobre a contratação de serviço na área de saúde. Terceirização de área fim-2014.O • Processo do Ministério Público, 2014- Denúncias da população e unidades. Tese de Formiga-2015 • Apresentação institucional - Complemento do tesouro para hospitalar é 334, 59 e 435, 59. O valor pago pelo governo federal é 265,41. 	TRs Agudo hospitalar e UTI	NPr, NPr, Nparcerias, Nvisão
2007	Ampliação de instituição transplantadora-IMIP-evento de expansão do componente transplante (EC 2.1) ligado ao EC 9 (E14)	<ul style="list-style-type: none"> • Guia da Saúde-SES-2006-HC como instituição transplantadora SUS. R • Informe do IMIP de 2007.R 	Transplante renal	E-Nserv
2008	Regionalização do Programa de TRS crônicos das clínicas satélites- expansão da rede satélite (E 7.2)	<ul style="list-style-type: none"> • apresentação Institucional- Perfil das unidades haibilitadas para realização de hemodiálise. maio e junho de 2012. • Plano Diretor de Regionalização , 2012 • <u>Documento: Características gerais das unidades habilitadas para realização de hemodiálise. Seres. Pernambuco, maio e junho/2012</u> <u>Unidades prestadoras com nº de vagas ampliadas</u> <ul style="list-style-type: none"> • Prorim (Recife) , Imip (Salgueiro), Clinica do Rim (Vitória de Santo Antão) • Clinica do Rim I e II (Carpina),Centro de diálise do Cabo (Cabo de Santo Agostinho) • CTRMS (Palmares), SOS Rim (Caruaru) de 2008 e 2012. 	Gestão e TRS crônico satélites	E NServ
2008	Implantação da Associação de Usuários de TRS	Página no facebook e blog: eu te amo do fundo dos meus rins	Participação Social:	NPr

2009	Implantação da coordenação de UTI-Nefro (EC 15)	<ul style="list-style-type: none"> Nomeação de nefrologista da central estadual de TRS para coordenar a política de nefrologia-UTI e Nefro 	Gestão	E-S-NV-
2009	Avaliação institucional sobre a Rede	<ul style="list-style-type: none"> Estudo realizado pela Regulação publicado em anais Congresso 	Gestão-avaliação	E-NV
2009-2011	Revisão da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica (SES, 2011). Revisão Valorização do papel da APS na Rede (EC 15)	<ul style="list-style-type: none"> Documento síntese denominado Revisão da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica (SES, 2011) Estudo sobre a integração da Rede de atenção da TRS com a APS, 2009 	Gestão, Cuidado Integral desde ABS	NV NPp NPr Parcerias
2012	Fortalecimento da regulação-Monitoramento do Fluxo de usuário pela regulação Entre as regionais-institucionalização da regulação (EC 16)	<ul style="list-style-type: none"> apresentação Institucional-Evolução da terapia renal substitutiva – TRS no estado de Pernambuco nos anos de 2008 e 2012. SES, 2012 ESTUDO DA REGULAÇÃO: Estudo ecológico, descritivo, utilizando fontes de dados secundários, provenientes do Sistema de Informação Ambulatorial, disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS 	Gestão-regulação	E-NPr
2012	Implantação do Complexo Regulador-Transplante, Regulação Ambulatorial e Hospitalar e Farmácia de Alta Complexidade	<ul style="list-style-type: none"> Balço de Gestão 2012-Inauguração do complexo regulador na SES-PE Movimento de descentralização para as regionais 	Contexto Local-regulação	E-S
2012	Implantação da OPOS no Sistema Estadual de Transplante (EC 9.2). Obs 9.1- CIDOTHH	<ul style="list-style-type: none"> Balço de Gestão 2012. Aumento do número de transplantes e do transplante renal em PE em 2012. Implantação das OPOS na lógica da Regionalização Balço de Gestão 2013. Realizou 253 transplantes, mas ainda havia 1.316 pacientes na fila de espera. Foco era reduzir a fila de espera para o transplante que era a 5ª. maior do país 	Contexto Local-transplante	E-S
2012	Diversificação na medicação de base na ABS- e novo programa de medicamentos para	Ação civil pública da associação de diabéticos	Assistência Farmacêutica	NPp NPr

	diabéticos			Nv
--	-------------------	--	--	----

LEGENDA:EN- Evento de inovação :Np-novas práticas, Nv-Novos valores, NPp-novo papel, E-S –evento de sustentabilidade, E-E-evento de expansão

Quadro. Inscrições, Eventos e Eventos críticos do quarto período. Pernambuco, 2013-2016.

Tempo	Evento crítico	Inscrições	Componente	Componente
2013	Pactuação da Modelização da Rede de Atenção ao DRC em TRS PE em CIB (EC 18)	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de Revisão da Política 2011, iniciado em 2009, com ênfase na APS • Apresentação realizada pela SES em 2013- ênfase na TRS de Crônicos • RESOLUÇÃO CIB/PE N°. 2453 07-11-2013- Modelagem da rede e definição de competências • Definição de responsabilidades- SES, SMS. 	Gestão estadual, Transporte Sanitário.	NV,NPr
2013-2016	Territorialização dos pacientes- expansão de vagas do Programa de Crônicos via rede privada conveniada, (EC 7.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Edital de credenciamento de TRS de Crônicos para 5.141 pacientes ao custo de R\$ 159.629.498,7. Isso não inclui medicamentos nem transplantes • Termo de Referência 2013-Regulação • Apresentação institucional- Terapia Renal Substitutiva, setembro de 2015. Apresentação da SERES • 4.523 pacientes atendidos em ambulatórios 	Gestão-Regulação	S Nvisão Nvagas
2013	Formação-Novos Programas de residência –IMIP e RHP (E20)	<ul style="list-style-type: none"> • Quadro de monitoramento da Segtes sobre as vagas de residência. • Vagas processo seletivo residência médica 2010-2011-2012-2013 por programa propostas apresentadas – projeto pedagógico das residências; projetos do pró-residência 	Formação	E- NServ NPp NPr
2013	TFD (E19)	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação SES 		
2013	Farmácia itinerante da TRS crônicos (EC 21)	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação institucional sobre a Política de Assistência Farmacêutica • Balanço de Gestão 2013 da SES • Relatório de Gestão 2011-2014 	Gestão-Assistência Farmacêutica	NPp,Npr Nserv

2014	Proposta de financiamento por Linha de Cuidado e Matriciamento	<ul style="list-style-type: none"> • Nova proposta do Ministério da Saúde- portaria • Manifestação de interesse do RHP 	Contexto Nacional- Gestão do SUS	NPp NV Npr
2014	Avaliação da sobrevida	<ul style="list-style-type: none"> • Tese de Formiga-2015 	Pesquisa	NV
2014	Não adesão das clínicas satélites à nova portaria do Mses	<ul style="list-style-type: none"> • Processo no Ministério Público 	Governança	Nv
2014-EC	Avaliação da Linha de Cuidado- governança da Rede com a Linha de Cuidado DRC (EC 22)	<ul style="list-style-type: none"> • Processo no Ministério Público • Portaria de Avaliação de 2014- Avaliação da Rede- sobre a implantação da Linha de Cuidado • Fluxo de acesso dos pacientes às intercorrências clínicas em agosto de 2014. Documento da Regulação. • Documento distribuição e o fluxo dos pacientes submetidos à Terapia Renal Substitutiva - TRS no estado de Pernambuco nos anos • Protocolo de Encaminhamento do portador de doença renal crônica, 2015 	Governança	NV,Npp,NPr, Par
2015	SMS Capital- Coordenação DCNT	<ul style="list-style-type: none"> • Portaria 		NV, NP
2015	Construção do Plano Estadual da Rede de Cuidados ao paciente portador de doença renal crônica	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do MS no Congresso Paulista de Nefrologia em 2013- Matriciamento • Lotação de nefrologista no Ermírio – 2015- Matriciamento • Plano estadual da rede de cuidado ao PRC, 2015 	Governança da Rede Atenção Integral-	NV
2016	Reativação da Associação de Usuários	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidade no Facebook 	Participação social- governança	NPp

Legenda NV- Nova visão; Novas práticas; Novos papéis; Novos valores; Novas parcerias.

ANEXO A- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Título do Projeto: "Avaliação da Constituição da Rede de Cuidados ao Nefropata Diabético na perspectiva da Integralidade do Cuidado e Teoria Ator-Rede."

Pesquisador responsável: CINTHIA KALYNE DE ALMEIDA ALVES

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

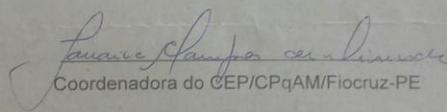
CAAE: 52943216.2.0000.5190

Número do Parecer na Plataforma Brasil: 1.422.467

PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares. Fica também aprovada a emenda submetida a este CEP em 20 de maio de 2016, incluindo as instituições coparticipantes.

Recife, 27 de junho de 2016


Coordenadora do CEP/CPqAM/Fiocruz-PE

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.870-420 Fone: (81)-2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedetica@cpqam.fiocruz.br



ANEXO B- TERMO DE ANUÊNCIA DO HBL



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital Barão de Lucena - SUS/PE

Termo de Anuência

Eu Carla de Albuquerque Araújo, Diretora do Hospital Barão de Lucena, estou ciente e de acordo com a realização da pesquisa intitulada "AVALIAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO DA REDE DE CUIDADOS AO NEFROPATA DIABÉTICO NO ESTADO DE PERNAMBUCO NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO E DA TEORIA ATOR-REDE", que será desenvolvida por Cinthia Kalyne de Almeida Alves, orientado por Eduarda Cesse e Ana Cláudia Figueiró, com início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Recife, 19 de julho de 2016.


Hospital Barão de Lucena

Carla de Albuquerque Araújo
Diretora Geral
Metr. 245.591.9

Hospital Barão de Lucena
AV. Caxangá, 3860 Iputinga – Recife PE
Fone: 3184-6400 / fax: 3184-6409

ANEXO C- ANUÊNCIA DA SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
 DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE
 GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 15 de julho de 2016

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **AVALIAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO DA REDE DE CUIDADOS AO NEFROPATA DIABÉTICO NO ESTADO DE PERNAMBUCO NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO E DA TEORIA ATOR-REDE**, da pesquisadora: **Cinthia Kalyne de Almeida Alves**, do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, sob orientação de Eduarda Cesse e Co-Orientadora Ana Claudia Figueiró, nas dependências da Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e no Hospital Barão de Lucena, e afirmo que estas instituições tem condições para o desenvolvimento deste projeto.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

Juliana Siqueira
 Juliana Siqueira

Diretora Geral de Educação na Saúde

Juliana Siqueira
 Diretora Geral de Educação
 na Saúde - SES/PE
 Matrícula nº 363.975-4

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongí – Recife – PE
 CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033

ANEXO D- ANUÊNCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Cinthia Kalyne de Almeida Alves, professora do departamento de Terapia Ocupacional da UFPE a desenvolver o seu projeto de pesquisa de doutorado *Avaliação da Constituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Nefropatia Diabética no Estado de Pernambuco na perspectiva da Integralidade do Cuidado e da Teoria Ator-Rede nesta instituição*, que está sob a coordenação/orientação da Profª. Eduarda Cesse do CPqAM/FIOCRUZ, neste setor de nefrologia.

O objetivo específico do estudo é conhecer as trajetórias assistenciais dos usuários dos serviços de Terapia Renal Substitutiva e do ambulatório especializado em nefrologia com nefropatia diabética em seu percurso pelo sistema de cuidados em saúde. Estamos cientes de que usuários de outros serviços do sistema de saúde também serão entrevistados.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Recife, 19/05/2016
Local, em _____


Dra. Lucila M. Valente
Coordenadora do
Serviço de Nefrologia
do HC - UFPE

**ANEXO E INSCRIÇÃO. FOTO DA PLACA DE INAUGURAÇÃO DO HBL. Primeiro
serviço público a realizar transplante renal.**

