



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

DIESLLEY AMORIM DE SOUZA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS
PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Jequié-BA
2017

DIESLLEY AMORIM DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS
PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Política, planejamento e gestão em saúde

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Nagib Boery

Coorientador: Prof. Dr. Márcio Vasconcelos de Oliveira

**JEQUIÉ-BA
2017**

S714 Souza, Dieslley Amorim de.
Avaliação da qualidade da assistência prestada aos pacientes com insuficiência renal crônica/Dieslley Amorim de Souza.- Jequié, UESB, 2017.
67 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2017.
Orientador: Profº. Drº. Eduardo Nagib Boery.

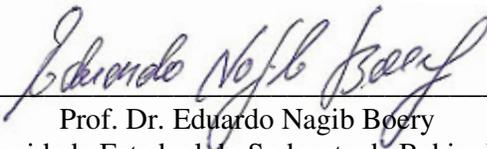
1. Doença renal – Qualidade de vida dos pacientes 2. Política pública de saúde – Assistência aos pacientes com insuficiência renal crônica I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 616.61

FOLHA DE APROVAÇÃO

SOUZA, Diesley Amorim. **Avaliação da qualidade da assistência prestada aos pacientes com insuficiência renal crônica.** 2017. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

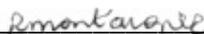
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Eduardo Nagib Boery
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB
Programa Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Orientador e Presidente da banca



Profª Drª Daniela Arruda Soares Alves
Universidade Federal da Bahia IMS/CAT/UFBA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



Profª Drª Roseane Montargil
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Jequié - BA, 12 de maio de 2017

A Deus, toda honra e toda glória. Por ter me abençoado e nunca abandonado ao longo da dessa jornada, mesmo nos momentos que mais me senti só. Por ter colocado pessoas essenciais para o desenvolvimento e conclusão dessa etapa da minha vida.

Aos meus pais, Valter e Nete, meu exemplo de vida e de garra. Devo minha vida, meu caráter, minha moral, minha ética a vocês. São meu alicerce, meus fieis apoiadores e estimuladores de toda uma vida. Conseguimos! Somos mestres. Amo-os incondicionalmente.

Ao irmão, “meu anjo mais velho”, Deivyd, pelo incentivo, pelo apoio incondicional e por sempre estar por perto. Amo-o.

A minha esposa, Gisele Ferreira. Muito já vivemos e muito iremos viver. Muito obrigado pelo apoio, parceria e tolerância. Eu te amo.

A meu filho, “meu pequeno príncipe”, Luís Arthur, todo amor que houver nessa vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da UESB e seus colaboradores, pela oportunidade e apoio para obtenção desse título.

Ao meu orientador Prof^o Dr. Eduardo Boery, pela parceria, compreensão e pela contribuição acadêmica e pessoal para o meu crescimento.

Ao colega doutorando, doutor pela vida, Ícaro Ribeiro. Muito obrigado pela parceria, amizade construída. Um irmão que o PPGES me deu.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), pela dedicação e compromisso.

Aos convidados da banca de avaliação, muito obrigado por poder compartilhar comigo esse momento de crescimento, colaboração, aprendizado e comemoração.

Ao Hospital do Rim de Guanambi, por ter autorizado a utilização das suas dependências como cenário do nosso estudo.

As discentes Geisiane, Márcia, Alana, Carla Bianca e Mayra pelo apoio durante o período da coleta de dados. Minha gratidão.

Aos pacientes/usuários/clientes, impulsionadores “crônicos” do meu crescimento profissional.

Muito obrigado pelos ensinamentos do dia a dia.

SOUZA, Dieslley Amorim. **Avaliação da qualidade da assistência prestada aos pacientes com insuficiência renal crônica**. 2017. [dissertação de Mestrado]. Programa de pós-graduação em enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

RESUMO

A Doença Renal é uma das principais doenças crônicas não transmissíveis devido a sua elevada taxa de mortalidade, custo terapêutico e a as taxas de incidência. No intento de atender as demandas específicas desse grupo populacional foi instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal através da portaria 1168/2004 que orienta o desenvolvimento de estratégias e ações que perpassasse desde a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e quando possível, a recuperação da função renal do indivíduo. Diante do exposto, objetivou-se avaliar a assistência prestada pela rede de atenção à saúde aos pacientes acometidos por insuficiência renal crônica. Para tanto, se fez necessário verificar a assistência prestada pelos profissionais de saúde em centros de hemodiálise sob a ótica dos pacientes acometidos por insuficiência renal crônica e averiguar a assistência prestada pelo Serviço de controle de hipertensão e diabetes sob a ótica dos pacientes acometidos por insuficiência renal crônica. Trata-se de um estudo de caráter descritivo, analítico, exploratório de corte transversal realizada em um centro de hemodiálise localizado no município de Guanambi-Ba, que atendem à demanda privada e pública, sendo essa última responsável pelo maior número de atendimentos. Os participantes da pesquisa foram 151 pacientes com diagnóstico de DRC que realizam a HD no município de Guanambi- BA. Para a coleta dos dados foi utilizado um formulário dividido em três blocos, sendo o primeiro sociodemográfico, o segundo um formulário acerca da qualidade assistência da equipe de saúde e o último o *Kidney Disease Quality of Life Instrument SF 1.3*. A análise dos dados se deu por meio da estatística descritiva, pela apresentação das frequências relativas e absolutas. A prevalência e as razões de prevalência de acompanhamento pelo serviço de hipertensão e diabetes foram calculadas para as variáveis independentes elencadas, bem como, seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Para fins de comparação das medianas da qualidade de vida entre os grupos (i.e. entrada programa ou de emergência) o teste de *Mann Whitney* foi realizado, sendo considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para as análises. Os resultados apontaram que 77,4% eram do sexo masculino, 70,2% tinham menos de três anos de escolaridade, 76,5% eram não brancos e 56,7% não tiveram exames da função renal solicitados. Evidenciou-se que 55,6% dos pacientes investigados não foram acompanhados pelo serviço de atendimento ao hipertenso e diabético na atenção básica. Quanto a avaliação da qualidade da assistência do serviço de diálise, 60,3% deram entrada por emergência, 77,5% não foram orientados quanto a outras modalidades dialíticas, 100% foram acompanhados pela equipe multidisciplinar, 87,4% recebem aporte nutricional e 75,5% têm seu traslado para o centro de diálise financiada pelo recurso do Tratamento Fora de Domicílio. A qualidade de vida dos pacientes admitidos em caráter de emergência foi reduzida em todos os domínios. O presente estudo evidenciou a associação entre o grau de escolaridade e etnia com a maior chance de ser acompanhado pelo Serviço de Controle de Hipertensão e Diabetes. Ademais, a assistência prestada no centro de diálise foi satisfatória uma vez que grande parte das suas necessidades assistenciais, emocionais e nutricionais foram contempladas. Porém, a admissão pela emergência dos hospitais esteve associada a piora da qualidade de vida, reafirmando a importância da captação precoce desses pacientes.

Palavras-Chave: Doença Renal; Qualidade de vida; Políticas Públicas de Saúde.

SOUZA, Diesley Amorim. **Evaluation of the quality of care provided to patients with chronic renal failure.** 2017. [Master's Dissertation]. Postgraduate Program in Nursing and Health, area of concentration in Public Health. State University of the Southwest of Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

SUMMARY

Renal Disease is one of the major chronic noncommunicable diseases due to its high mortality rate, therapeutic cost and incidence rates. In the attempt to meet the specific demands of this population group was instituted the National Policy of Attention to the Kidney Disease Patient was instituted through ordinance 1168/2004 that recommends the develop strategies and actions that range from prevention, early diagnosis, treatment and when possible, recovery of the individual's renal function. In view of the above, the objective of this study was to evaluate the assistance provided by the health care network to individuals affected by chronic renal failure. Therefore, it was necessary to verify the assistance provided by health professionals in hemodialysis centers from the perspective of individuals affected by chronic renal failure and to verify the assistance provided by the Department of hypertension and diabetes control from the perspective of individuals affected by renal failure Chronic. This is a descriptive, analytical, exploratory cross-sectional study performed at a hemodialysis center located in the Guanambi-Ba municipality, which responds to private and public demand, the latter being responsible for the greater number of visits. The participants of the study were 151 individuals with a diagnosis of CKD who performed HD in the municipality of Guanambi- BA. For the collection, a form was divided in three blocks, being the first sociodemographic one, the second one form about the quality of care of the health team and the last one the Kidney Disease Quality of Life Instrument SF 1.3 (KDOQOL-SF). The data analysis was done by means of descriptive statistics, by the presentation of the relative and absolute frequencies. The prevalence and prevalence ratios for follow-up by the hypertension service and diabetes were calculated for the independent variables listed, as well as their respective confidence intervals (IC 95%). For the purpose of comparing the medians of the quality of life between the groups (i.e. program or emergency entry) the Mann Whitney test was performed, being considered a level of significance of 5% ($p < 0.05$) for the analyzes. The results showed that 77.4% were males, 70.2% had less than three years of schooling, 76.5% were non-whites and 56.7% had no renal function tests requested. It was evidenced that 55.6% of the individuals investigated were not followed up by the hypertensive and diabetic care service in basic care. Regarding the evaluation of the quality of the assistance of the dialysis service, 60.3% were admitted for emergencies, 77.5% were not oriented to other dialysis modalities, 100% were followed up by the multidisciplinary team, 87.4% received nutritional support and 75.5% have their trip financed by the Out-of-Home Treatment. The quality of life of individuals admitted on an emergency basis was reduced in all domains. The present study evidenced the association between the degree of schooling and ethnicity with the highest chance of being followed up by the service of control of Hypertension and Diabetes. In addition, the assistance provided at the dialysis center was satisfactory since most of its assistance, emotional and nutritional needs were considered. However, emergency admission was associated with worsening of quality of life, reaffirming the importance of the early collection of these individuals.

Keywords: Renal Disease; Quality of life; Public Health Policies.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACES

ATB	Ateno Básica
APS	Ateno Primária  Saúde
BPC	Benefício de Prestao Continuada
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Melitos
DR	Doença Renal
DRC	Doença Renal Crônica
HAS	Hipertensão Arterial Sistmica
HD	Hemodiálise
IC	Intervalo de Confiança
KDOQOL	Kidney Disease Quality Of Life Instrument
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MEEN	Mini Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAPDR	Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal
QV	Qualidade de Vida
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SUS	Sistema nico de Saúde
TFG	Taxa de Filtrado Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

Tabela 1. Prevalência de acompanhamento pela APS entre pacientes com IRC de acordo com características sócio demográficas. Guanambi, 2016. 29

Tabela 2. Avaliação dos encaminhamentos da rede de atenção secundária de acordo com o acompanhamento pela ATB. Guanambi, 2016. 29

MANUSCRITO 2

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas baseado no tipo de admissão na Hemodiálise 41

Tabela 2. Distribuição das variáveis relacionada a qualidade do serviço baseado no tipo de admissão na Hemodiálise 42

Tabela 3. Mediana (Med) e Intervalo interquartil (IQ) da qualidade de vida segundo domínios do *KDOQOL SF 1.3* 43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	14
3.2	EPIDEMIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETES MELLITUS	14
3.2	EPIDEMIOLOGIA DA DRC.....	14
3.3	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO PACIENTE COM DOENÇA RENAL.....	17
3.4	O FLUXO DO PACIENTE COM DR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	18
4	MATERIAIS E MÉTODOS	20
4.1	TIPO DE ESTUDO	
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	20
4.4	INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS	21
4.4.1	Formulário Sócio Demográfico	21
4.4.2	Qualidade da Assistência da Equipe de Saúde	21
4.4.3	Kidney Disease Quality of Life Instrument -Sf 1.3	21
4.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	22
4.6	MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	22
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	23
5	RESULTADOS	24
5.1	MANUSCRITO 1.....	25
5.2	MANUSCRITO 2.....	37
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICES	55
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	56
	APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	58
	ANEXOS	62
	ANEXO A: MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	62
	ANEXO B: KIDNEY DISEASE AND QUALITY OF LIFE – SHORT FORM – KDQOL – SF 1.3	65

1 INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica se configura, entre outros aspectos, pelo aumento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o recrudescimento das infectocontagiosas e parasitárias. Neste sentido, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (2011) a Doença Renal Crônica (DRC) vem recebendo grande atenção da comunidade científica mundial devido, a este novo perfil de epidemiológico.

No Brasil, aproximadamente 618.694 (6%) pacientes acompanhados pelo Serviço de Controle de Hipertensão e Diabetes, extinto programa HiperDia, foram diagnosticados com DRC até outubro de 2013, o que expressará em um número importante de pessoas submetidas a Terapia Renal Substitutiva (TRS) (SBN, 2014).

O Serviço de Controle de Hipertensão e Diabetes foi criado em 2001 e visa o acompanhamento dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) através da aferição da pressão arterial (PA), glicemia capilar, consultas com a equipe multidisciplinar, dispensação de fármacos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais, bem como a realização das reuniões de grupos. Nesse sentido, o funcionamento desse serviço tem um papel fundamental para prevenir a DRC uma vez que segundo Toscano (2004) o DM e a HAS estão associadas a elevada morbidade e a mortalidade e são responsáveis por diversas complicações como a DRC.

No sentido de orientar a rede de assistência a esse público, foi instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (PNAPDR) através da portaria 1168 GM/2004 do Ministério da Saúde (MS) com objetivo de reorganizar e garantir o acesso do paciente com HAS e DM às ações de prevenção às doenças e agravos, bem como, a rede assistencial ao paciente com DRC, priorizando desde acompanhamento na atenção primária à saúde (APS) o acesso de qualidade as unidades que dispõem do serviço de diálise (BRASIL, 2004).

Porém, apesar dos esforços para a reorganização dessa política, percebe-se uma lacuna entre a descrição da política e sua efetividade, uma vez que, o número de pacientes na terapia renal substitutiva (TRS) aumentou de 42.695 no ano de 2000, para 92.091, em 2010, perfazendo assim, uma elevação de mais de 200% (SESSO *et al.*, 2011), com uma taxa de 475 por milhão, com mais de 28.000 novos pacientes ao ano iniciando a TRS (SESSO *et al.*, 2011; OLIVEIRA; ROMÃO JR; ZATZ, 2005).

A DRC tem se apresentado como um importante problema de saúde pública, o que exige dos profissionais de saúde mais do que cuidados terapêuticos substitutivos, sendo necessário o delineamento de estratégias para a prevenção e diminuição das complicações dessa patologia. Uma vez que o seu acometimento tem impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes com esta patologia, cabendo assim, a necessidade em redesenhar o fluxo percorrido pelo paciente na rede de atenção às saúde.

Assim, diante da problemática apresentada, questiona-se: qual a visão dos pacientes IRC acerca da assistência prestada pela Atenção Primária à Saúde? Qual a visão dos pacientes com IRC acerca da qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde do serviço de diálise? Qual a percepção do paciente com IRC acerca da sua qualidade de vida?

Tendo em vista a magnitude da DRC e o potencial impacto que esta pode causar no sistema de saúde, a necessidade em avaliar efetividade da PNAPDR revela a importância do presente estudo, pois a partir dos seus dados será possível avaliar a eficiência da política, bem como evidenciar possíveis falhas a serem corrigidas.

Esse estudo se faz necessário uma vez que diante dos dados supracitados, o Brasil vive uma epidemia da DRC sem precedentes que, tende a aumentar devido a falhas na elaboração das políticas de prevenção e controle da HAS e DM, sendo esses as principais causas para do acometimento da DRC.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Avaliar a assistência prestada aos pacientes acometidos por insuficiência renal crônica;

Objetivos Específicos

- Traçar ao perfil dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica atendidos na Terapia Renal Substitutiva;
- Averiguar a assistência prestada pelo Serviço de Controle de Hipertensão e Diabetes sob a ótica dos pacientes acometidos por insuficiência renal crônica;
- Verificar a assistência prestada pelos profissionais de saúde em centros de hemodiálise sob a ótica dos pacientes acometidos por insuficiência renal crônica.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 EPIDEMIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETES MELLITUS

No século passado as transições demográficas e epidemiológicas assumiram um papel de riscos onde as doenças crônicas como a HAS e o DM cresceram de forma avassaladora (TOSCANO, 2004).

Em 1995 foi estimado que o DM atingisse 4% da população adulta mundial e que, em 2025 atingiriam 5,4% da população, o que equivalerá a aproximadamente 300 milhões de diabéticos. Grande parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, e neles se acentuará ao atual padrão de concentração de casos na faixa etária de 45 a 64 anos. O aumento da incidência de diabetes em termos mundiais tem sido relacionado às modificações de estilo e vida e do meio ambiente trazida pela industrialização (TOSCANO, 2004).

Segundo Smeltzer et al. (2009) o diabetes está se tornando mais comum nos Estados Unidos. De 1989- 2002, o número de norte-americanos com diabetes atingiu mais que o dobro das ocorrências. Atualmente, estima-se que quase 21 milhões de pessoas nos Estados Unidos têm diabetes, embora quase um terço desses casos permaneça sem diagnóstico. Espera-se que em 2030, esse valor supere 30 milhões.

Em 2000, a expectativa mundial da prevalência de DM era de 171 milhões de pessoas, e, em torno de 2030, espera-se que esse número aumente para 366 milhões. O DM tem elevada prevalência nos idosos sendo que, 50% dos pacientes com mais de 65 anos de idade apresentam algum grau de intolerância à glicose. As pessoas com mais de 65 anos de idade ou mais contribuem com quase 40% das ocorrências (SMELTZER et al., 2009).

3.2 EPIDEMIOLOGIA DA DRC

A transição epidemiológica e demográfica vem sendo destaque nas discussões científicas e, frente ao novo perfil da população brasileira, percebe-se que, o modelo de atenção à saúde não atende as demandas desse grupo que necessita de uma assistência poliárquica, transversal voltada para o atendimento contínuo e integral das suas demandas (VON KORFF et al. 1997; OMS, 2003). Essa mudança tem ocorrido de forma lenta e gradativa não estando restrita ao Brasil mas também sendo evidenciado historicamente nos países industrializados. Tais mudanças foram caracterizadas por uma redução das doenças

infecciosas e parasitárias, em contrapartida, houve crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, sendo destacada a DRC que, apesar dos esforços voltados para prevenção, tem apresentado aumento da prevalência e incidência a cada ano (ARAÚJO, 2012).

Segundo a *National Kidney Foundation* (NKF) (2013) a DRC é definida classicamente como anormalidades da estrutura ou função dos rins. Com base nessa definição, seria acometido pela DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresentasse taxa de filtração glomerular (TFG) menor que 60 ml/min/1,73m² ou maior que 60 mL/min/1,73m² associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso presente há pelo menos 3 meses (KDIGO, 2012).

A DRC tem se apresentado como um grave problema de saúde pública mundial com prevalência de 1,5 a 43,3%. Já o *Global Kidney Disease* afirma que, a prevalência estimada de pacientes com diferentes graus de disfunção renal (estágios de 1 a 5) varia de 8 a 16% (VIVEKANAND et al., 2013).

A prevalência e incidência da DRC variam amplamente entre os diferentes países. Nos Estados Unidos 19 milhões de pessoas são afetadas pela DRC. Porém, os dados disponíveis não correspondem à realidade uma vez que, refere-se à DRC apenas em suas fases finais, correspondendo ao estágio 5 (filtração glomerular <15mL/min), quando os pacientes necessitam de TRS ou transplante renal (TX) (PERES; BETTIN, 2015).

Para o Sistema de Dados de Doença Renal dos Estados Unidos a prevalência de insuficiência renal considerada no Brasil é bem menor que de outros países da América Latina, o que indica sub notificação e sub diagnóstico (CHERCHIGLIA et al., 2007).

A variação dos dados pode ser justificada pelo fato da mesma se desenvolver de forma insidiosa dificultando assim, o diagnóstico prévio e conseqüentemente o seu tratamento, o que fez com que houvesse um expressivo crescimento da doença em curto espaço de tempo (PERES; BETTIN, 2015).

Apesar dos dados alarmantes, as principais causas para o desenvolvimento da DRC são potencialmente preveníveis, com educação em saúde, assistência médica regular, práticas esportivas, reeducação alimentar dentre outras medidas simples e de baixo custo tais como: controle terapêutico do DM, HAS e obesidade (DAURGIDAS et al., 2008).

Segundo o censo da SBN (2014) as principais causas para o acometimento da DRC são o DM, HAS, glomerulonefrites e outras. Para Sesso (2014) 34% dos pacientes com DRC no Brasil, tiveram como causa base a HAS, sendo essa a principal causa de DRC. Até outubro

de 2013, aproximadamente 618.694 pacientes acompanhados pelo Serviço de controle de hipertensão e diabetes foram diagnosticados com doença renal (DR) o que corresponde a 6 %.

Quando evolui com falência renal o paciente deverá ser submetido a TRS ou transplante. A TRS é um tratamento que tem por objetivo a substituição de algumas funções dos rins, eliminando as escórias nitrogenadas, o excesso de líquido extracelular e manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico. Existem diversas modalidades de diálise, porém, cerca de 90 % dos pacientes com DRC utilizam a hemodiálise (HD) sendo essa realizada três vezes por semana, com duração de 4 horas cada sessão. Após cadastro em centro transplantador, o paciente irá aguardar a convocação para a realização do TX (DAURGIDAS, 2008; CRUZ; CUNHA; SOUZA, 2014).

Apenas no ano de 2011 ocorreram mais de 11,5 milhões de sessões de HD apenas na rede pública, isso representa um aumento de 46,5% em relação aos dados de 2004 quando ocorreram 7,8 milhões de procedimentos. Para suprir toda essa demanda, existe no país 672 estabelecimentos de HD (CRUZ; CUNHA; SOUZA, 2014).

Para o adequado funcionamento desse serviço, é necessário um elevado investimento por parte do governo. Segundo o DATASUS (2013) o Ministério da Saúde (MS) investiu em 2012 aproximadamente R\$ 2 bilhões de reais nos serviços de HD, apontando um expressivo crescimento quando comparado ao ano de 2004 onde foram investidos R\$ 887,9 milhões. O paciente submetido à HD necessita da confecção do acesso venoso para submissão na HD, a realização de exames complementares, distribuição de fármacos e transplante, o que tende a ampliar os gastos com esse grupo populacional.

Esses custos não ficam retidos apenas aos inerentes a assistência direta à saúde, eles transcendem abrangendo os gastos previdenciários, uma vez que o indivíduo se torna economicamente inativo devido ao tempo dispensado e regularidade da TRS. Além disso, contribui com o aumento da taxa de hospitalização, aumento dos custos relacionados à assistência hospitalar, reduzindo assim, o número de leitos disponíveis nas instituições hospitalares gerando um contingente de pacientes que ficam desassistidos pela equipe de saúde em detrimento a falta de vagas nessas instituições (AZEVEDO, 2009).

Logo, para que ocorra um controle desse fenômeno, faz se necessário a aplicação de políticas públicas que acompanhe de forma holística os pacientes com HAS e DM, pois, existe uma estreita relação dessas com a DRC, devendo esses pacientes serem triados e acompanhados por profissionais especializados, afim de prevenir a falência da função renal.

3.3 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO PACIENTE COM DOENÇA RENAL

A PNAPDR foi instituída através da portaria 1168 GM de 15 de junho de 2004 pelo MS e emergiu da necessidade em articular e organizar o fluxo do paciente com DRC no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que, devido à falhas na assistência e/ou captação do mesmo precocemente, existe um contingente de pacientes que adentram na rede de assistência através da alta complexidade, invertendo a porta de entrada no sistema, impossibilitando a execução das ações de prevenção e proteção propostas pela portaria em questão evidenciando assim, falta de integração entre os níveis de atenção (BRASIL, 2004; COELHO, 2005).

A portaria busca a articulação entre os entes federados (município, estado e união) para o desenvolvimento de estratégias e ações que perpassa desde a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e quando possível, a recuperação da função renal do indivíduo. Para tanto, destaca-se a importância de identificar as principais causas para o desenvolvimento da DR para assim, desenvolver ações específicas e que sejam efetivas para a prevenção à DR (BRASIL, 2004).

E, para isso, em consonância com as diretrizes do SUS, a política busca ampliar e garantir o acesso universal, integral, resolutivo e equânime a todos os pacientes com HAS, DM e os pacientes com DR, nas ações de prevenção através do Serviço de controle de hipertensão e diabetes e, quando necessário, o acesso de qualidade a TRS (BRASIL, 2004; OLIVEIRA; AMORIM; FELIZARDO, 2014).

Não obstante, a política transcende os aspectos relacionados a assistência preventiva com vistas a garantia e ampliação do acesso dos pacientes a TRS e o acompanhamento da qualidade da assistência prestada aos pacientes com insuficiência renal crônica, visando a monitorização e redução dos riscos que o paciente está exposto ao se submeter a TRS. Para tanto, é necessário qualificar a assistência através da educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a PNAPDR estando essa embasada nos princípios da integralidade e humanização (BRASIL, 2004).

Contrapondo o descrito na portaria, Travagim e Kusumota (2009) destaca em seu estudo o despreparo técnico- científico dos profissionais que atuam na atenção primária a saúde (APS) no atendimento e acompanhamento do paciente com DRC e, ainda segundo o mesmo estudo, os profissionais abordam que falta educação permanente, diretrizes clínicas para a triagem e acompanhamento, acesso aos fármacos, aparato diagnóstico e protocolos sistematizados que embasem a atuação profissional.

As atribuições propostas pela política atingem todos os níveis de atenção, na baixa complexidade, através da realização de ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção de danos, bem como as ações clínicas para o controle da HAS, DM e das doenças renais que possam ser proporcionadas. A atenção de secundária e terciária deve proporcionar atenção diagnóstica e terapêutica especializada a partir do processo de referência e contra referência de indivíduo com HAS, DM e DR (BRASIL, 2004).

Já para o nível de Alta Complexidade cabem os procedimentos voltados para a TRS e TX. A assistência aos portadores com DR será composta pelos Serviços de Diálise e pelos Centros de Referência em Nefrologia (BRASIL, 2004). E, para garantir a eficácia e efetividade da terapêutica proposta, a política propõe a garantia ao acesso dos medicamentos utilizados para tratamento da causa base da DR bem como de medicamentos excepcionais (alto custo).

Porém, apesar das suas especificidades, é de caráter transversal aos níveis de atenção regular, fiscalizar, controlar e promover a avaliação das ações em saúde. E, nessa perspectiva, todos os dados gerados subsidiarão a análise da situação saúde pelo gestor e por fim, orientará quando a necessidade em modificação, implementação e ampliação da estratégia proposta (BRASIL, 2004).

3.4 O FLUXO DO PACIENTE COM DR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A HAS e o DM são considerados problemas globais de saúde pública, sendo a HAS considerada um dos principais fatores de riscos para as complicações mais comuns como a DRC (BRASIL, 2002). O acompanhamento desses pacientes na APS através do Serviço de Controle de Hipertensão e Diabetes deve prevenir e diagnosticar a DRC afim de prestar adequada assistência aos pacientes em busca do estadiamento da lesão, tratamento, bem como melhoria da qualidade de vida (QV).

Estima-se que 106 mil pacientes estejam inseridos em programas de diálise e, 15 milhões possuem DRC entre os estágios I- IV, que não foram diagnosticados e/ou não estão sendo acompanhados pelo serviço de nefrologia (KDOQI, 2008).

Esse sub diagnóstico emana das falhas existentes na APS com um modelo de acompanhamento utilizado pelo Serviço que baseia sua prática em aferição da PA, glicemia capilar, substituição das receitas dos anti-hipertensivos e/ou hipoglicemiantes e realização das reuniões de grupo, negligenciando avaliações detalhadas, solicitações de exames laboratoriais,

como é o caso dos marcadores de função renal (creatinina, ureia e microalbuminúria) (BRASIL, 2002).

Isso representa um contingente de pacientes que devido a desassistência irá utilizar o as emergências dos hospitais como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), e os serviços de diálise.

A assistência ao paciente com HAS e DM, principais agravos para DRC, devem ser acompanhados de forma criteriosa com abordagem precoce pela APS de forma sinérgica, controle da PA, glicemia, realização de exames laboratoriais, monitorização da taxa de filtrado glomerular (TFG). Caso essa venha a se apresentar $< 60\text{ml/min}$ (estágio 3), deverá ser acompanhado pela equipe de nefrologia para implementar as medidas para implementar a progressão e comorbidades, retardar progressão e tratar complicações e, quando em estágios avançados de lesão renal realizar tratamento conservador e iniciar a TRS.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo censitário de caráter descritivo, exploratório de corte transversal.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um centro de hemodiálise do município de Guanambi-BA, que atende à demanda privada e pública, sendo essa última responsável pelo maior número de atendimentos. A escolha pelo serviço se deu pelo fato deste ser considerado referência regional na oferta de serviços de saúde, abarcando toda população da região do Alto Sertão Baiano que segundo o IBGE (2013) possui 401.741 habitantes, sendo composta pelos municípios de Caculé, Caetitê, Candiba, Guanambi, Ibiassucê, Igaporã, Iuiú, Jacaraci, Lagoa Real, Licínio de Almeida, Malhada, Matina, Mortugaba, Palmas de Monte Alto, Pindaí, Riacho de Santana, Sebastião Laranjeiras e Urandi. Possui 13 Unidades Básicas de Saúde, 2 Policlínicas, 3 hospitais sendo um público estadual (que atende a diversas especialidades, possui UTI adulto e neonatal, centro de imagem, centro cirúrgico, laboratório, maternidade e obstetrícia). Público municipal (que atende apenas procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade) e, um privado. Um serviço de hemodiálise.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram 180 pacientes com diagnóstico de IRC que realizam a HD no município de Guanambi-BA, clinicamente estáveis, sem nenhuma restrição de contato. Foram consideradas perdas os pacientes que estavam clinicamente instáveis, que não estavam presentes nos dias da coleta dos dados e que obtiveram pontuação inferior ao valor de corte no Mini Exame do Estado Mental (MEEN) (Anexo A). Sendo assim, 6 pacientes não estavam presentes no dia de coleta, 15 não atingiram a pontuação ideal no MEEN e 8 não aceitaram participar do estudo, totalizando 29 perdas, portanto, participaram do estudo 151 pacientes.

4.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

Para a coleta foi utilizado um formulário dividido em três blocos, sendo o primeiro sociodemográfico, o segundo um formulário acerca da qualidade assistência da equipe de saúde e o terceiro o *Kidney Disease Quality of Life Instrument SF 1.3 (KDOQOL-SF)*.

4.4.1. Formulário Sócio Demográfico

O formulário sociodemográfico avaliou características como: sexo, idade, escolaridade, raça/cor, renda mensal e *per capita*, religião, ocupação, e o recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) (Apêndice B).

4.4.2. Qualidade da Assistência da Equipe de Saúde

Para a coleta foi utilizado um formulário semi-estruturado, acerca da qualidade assistência da equipe de saúde que avaliou a qualidade da assistência oferecida pelos profissionais nos centros de HD e objetivou extrair dos participantes a percepção desses em relação a assistência oferecida pelos profissionais. Para isso, o formulário contou com questões que abordava tempo e financiamento da HD, acompanhamento pela equipe multidisciplinar, aporte nutricional e orientação sobre outras modalidades dialíticas (Apêndice B).

4.4.3. Kidney Disease Quality of Life Instrument -Sf 1.3

O KDQOL-SF 1.3 é um questionário de avaliação da qualidade de vida (QV) dos pacientes acometidos pela DRC, sendo dividido em medidas genéricas e específicas. Eixo genérico são questões baseadas no instrumento de QV SF-36.

A utilização do KDQOL-SF oportunizou a obtenção de 11 domínios sendo: lista de sintomas/problemas, efeitos da doença renal sobre a vida diária, sobrecarga da doença renal, papel profissional, função cognitiva, qualidade das interações sociais, função sexual, sono, suporte social, estímulo da equipe de diálise e satisfação do paciente com o tratamento. A codificação do questionário partiu das determinações do “Manual para uso e correção do *Kidney Disease and Quality of life – Short Form – KDQOL – SF 1.3*”¹² (Anexo B).

A avaliação dos resultados se dá a partir da adoção de um escore para os itens informados, sendo esses transformados em uma escala de 0 a 100, em que o valor 0 reflete uma QV insatisfatória e o valor de 100 uma satisfatória QV.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O estudo iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Foi enviado ofício a coordenação do Hospital do Rim de Guanambi-BA, para autorização para coleta de dados. Posteriormente foi solicitada a relação dos pacientes e turno de diálise respectivamente. A coleta de dados se deu durante as sessões de HD na 2ª e 3ª hora de HD. Foram exclusas a 1ª e 4ª hora de HD, por se tratar de períodos críticos da HD, que ocorre a maior quantidade de intercorrências. Para a coleta dos dados, os participantes foram orientados sobre o conteúdo dos formulários que foram esclarecidos sobre a natureza do estudo, objetivos, procedimentos adotados e a destinação dos dados coletados, além de esclarecer que a pesquisa era voluntária. A coleta foi iniciada no período de junho a setembro de 2016 com auxílio de uma equipe formada com 5 pessoas devidamente treinadas e capacitadas para orientações sobre o instrumento.

4.6 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise do artigo 1 se deu, primeiramente, por meio da estatística descritiva, pela apresentação das frequências relativas e absolutas. A prevalência e as razões de prevalência de acompanhamento pelo serviço de controle de hipertensão e diabetes foram calculadas para as variáveis independentes elencadas, bem como, seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%).

No artigo 2, as variáveis categóricas foram apresentadas em frequências (relativas e absolutas) de acordo com a forma de admissão no serviço de diálise. Para fins de comparação das medianas da qualidade de vida entre os grupos (i.e. entrada programa ou de emergência) o teste de *Mann Whitney* foi realizado, sendo considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para as análises.

Quanto à tabulação e análise de dados foi utilizado o software *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS) versão 21.0.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, obedecendo à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, por tratar-se de uma pesquisa que envolve seres humanos sendo aprovado pelo CEP/UESB, sob o parecer nº 972.480.

Em consonância, a participação no estudo aconteceu após o esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), explicitando os objetivos e procedimentos do estudo.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados, a seguir, sob a forma de dois manuscritos, os quais foram elaborados de acordo com as normas dos periódicos selecionados para a submissão. A seleção dos temas tem por finalidade contemplar os objetivos propostos pelo estudo e avaliar assistência prestada pela rede de atenção à saúde e centros de hemodiálise sob a ótica dos pacientes acometidos por insuficiência renal crônica.

No intuito de responder ao primeiro objetivo específico: Averiguar a assistência prestada pelos profissionais dos Serviço de controle de hipertensão e diabetes sob a ótica dos pacientes acometidos por insuficiência renal crônica, foi elaborado o primeiro manuscrito, intitulado: “Avaliação da assistência do Serviço de Controle de Hipertensão e Diabetes aos pacientes acometidos por Insuficiência Renal Crônica”. O manuscrito será submetido para publicação nos Cadernos de Saúde Pública (CSP), que tem classificação Qualis A2.

Para responder o segundo objetivo específico: Verificar a assistência prestada pelos profissionais de saúde em centros de hemodiálise sob a ótica dos pacientes acometidos por insuficiência renal crônica, foi elaborado o segundo manuscrito, intitulado: “Avaliação da assistência prestada a pacientes em hemodiálise e sua influência na qualidade de vida”. O manuscrito será encaminhado para publicação na *São Paulo Medical Journal*, a qual possui classificação Qualis B1.

5.1 MANUSCRITO 1:

**ASSISTÊNCIA DO SERVIÇO DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO E DIABETES
AOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA**

Dieslley Amorim de Souza

Eduardo Nagib Boery

Resumo

Objetivo: averiguar a assistência prestada pelos profissionais do serviço de controle de hipertensão e diabetes sob a ótica dos pacientes acometidos por insuficiência renal crônica. **Métodos:** estudo epidemiológico descritivo de corte transversal, realizado em uma clínica satélite de hemodiálise no município de Guanambi-BA. Para tanto foram utilizados como instrumento de coleta de dados um formulário acerca da qualidade assistência da equipe de saúde. **Resultados:** Os resultados apontaram que 55,6% dos pacientes investigados não foram acompanhados pelo serviço de atendimento ao hipertenso e diabético na atenção básica sendo que, 42,6% foram acompanhados entre um a três anos, 77,4% eram do sexo masculino, 70,2% tinham menos de três anos de escolaridade e 76,5% eram não brancos e 56,7% não tiveram exames da função renal solicitados. **Conclusão:** O presente estudo evidenciou a associação entre o grau de escolaridade e etnia com a maior chance de ser acompanhado pelo serviço de controle da Hipertensão e Diabetes evidenciando assim que determinantes sociais de saúde, que são fatores potencialmente modificáveis, precisam ser levados em conta para que o acesso ao serviço seja de fato equânime e universal.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Doença renal crônica; Enfermagem

Abstract

Objective: to investigate the assistance provided by the professionals of the service of control of hypertension and diabetes from the perspective of the individuals affected by chronic renal failure. **Methods:** a cross-sectional, descriptive epidemiological study conducted at a satellite clinic of hemodialysis in the municipality of Guanambi- BA. For this purpose, a form about the quality of care of the health team was used as instrument of data collection. **Results:** The results indicated that 55.6% of the individuals investigated were not followed up by the hypertensive and diabetic care service in basic care, and 42.6% were followed between one and three years, 77.4% were male, 70.2% had less than three years of schooling and 76.5% were non-whites and 56.7% had no requested kidney function tests. **Conclusion:** The present study evidenced the association between the level of schooling and ethnicity with the highest chance of being followed up by the Hypertension and Diabetes control service, thus demonstrating that social determinants of health that are potentially modifiable factors need to be taken into account in order for access to the service to be truly equitable and universal.

Key words: Primary health care; Chronic kidney disease; Nursing

INTRODUÇÃO

No Brasil, o crescimento acelerado da população idosa, tem gerado impactos significativos na sociedade. O sistema de saúde é o que mais tem sido afetado sendo justificado pela precariedade encontrada na infraestrutura necessária para responder as demandas específicas dos grupos populacionais, e isso inclui instalações, programas específicos e recursos humanos inadequados quantitativamente e qualitativamente (OMS, 2002; VON KORFF et al., 1997).

Desde o início da década de 60, a população brasileira vem assistindo à modificação da pirâmide etária, caracterizado pelo estreitamento progressivo da base da pirâmide populacional, devido à redução das taxas de fecundidade. A problemática com o controle da mortalidade infantil e doenças transmissíveis não permitiu o desenvolvimento de estratégias eficazes voltadas para prevenção e o tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações (MENDES; SCHRAMM; OLIVEIRA, 2004). Fazendo com que ocorresse um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e potencialmente preveníveis, principalmente tendo como causa base a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes melitus (DM), que se configuram como principais comorbidades no país e, principais causas para a doença renal crônica (DRC).

No intuito de atenuar o avanço dessas patologias e seus agravos, foi instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (PNAPDR) através da portaria 1168 GM em 15 de junho de 2004 pelo Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de articular e organizar o fluxo do paciente com doença renal (DR) no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que, devido à falhas na assistência e/ou captação do mesmo precocemente, existe um contingente de pacientes que adentram na rede de assistência através da alta complexidade, invertendo a porta de entrada no sistema, impossibilitando a execução das ações de prevenção e proteção propostas pela portaria em questão evidenciando assim, falta de integração entre os níveis de atenção e/ou deficiência técnica dos profissionais de saúde em conduzir consultas e condutas clínicas (BRASIL, 2004).

O alcance do objetivo proposto pela política é possível mediante articulação entre os entes federados visando o desenvolvimento de estratégias e ações que contemple a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e quando possível, a recuperação da função renal do indivíduo. Nesse intento, se faz necessário a garantia do acesso universal, integral, resolutivo e equânime a todos os pacientes, desde os acometidos por HAS, DM e os pacientes com

DRC, sendo a aplicação das ações propostas a cargo do Serviço de Controle da Hipertensão e Diabetes (extinto Hiperdia) e, quando necessário, o acesso de qualidade a terapia renal substitutiva (TRS) (BRASIL, 2004).

O funcionamento do serviço se dá a partir do processo de territorialização, rastreamento e cadastro de todos os pacientes com HAS e DM do território atendido pela unidade básica de saúde (UBS), para planejamento das ações e aquisição de fármacos específicos para distribuição. Os pacientes atendidos pelo serviço são acompanhados pela equipe multidisciplinar do referido serviço para a realização de avaliações clínicas, prescrição medicamentosa e dispensação dos fármacos prescritos disponíveis na rede básica. Não obstante, é realizado periodicamente reuniões de grupo com o objetivo de socializar orientações prestadas pelos mais diversos profissionais da rede básica bem como, a discussão entre os participantes sobre o convívio com a HAS e DM (BRASIL, 2004).

Porém, apesar das ações voltadas para o controle e redução de agravos, o Brasil apresenta um crescimento de 10% de pacientes com DRC por ano, sendo essa média superior a diversos países com os Estados Unidos (9%), países da Europa (4%) e Japão (7%) que, desenvolve um sistema de triagem para avaliação da função renal visando diagnóstico e tratamento o que permite o controle epidemiológico (YAMAGATA et al., 2007).

Nesse sentido, para o adequado funcionamento da política e da rede de assistência aos pacientes com HAS e DM faz-se necessário a existência de uma estrutura operacional que envolva os três níveis de atenção, buscando a integração dos objetivos, garantindo a integridade da caracterização de rede de atenção à saúde, dentre da perspectiva da rede poliárquica (FEUERWERKER; COSTA; RANGEL, 2000; LOURENÇO et al., 2005; MENDES, 2010). Diante do exposto, objetivou-se averiguar a assistência prestada pelos profissionais do serviço de controle de hipertensão e diabetes sob a ótica dos pacientes acometidos por insuficiência renal crônica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo de corte transversal, realizado em uma clínica satélite de hemodiálise localizada no município de Guanambi-BA que abarca uma demanda aproximada de 180 pacientes da região do Alto Sertão Produtivo do estado da Bahia. Os participantes do estudo foram pacientes com diagnóstico de DRC que realizam hemodiálise (HD) clinicamente estáveis, sem nenhuma restrição de contato. Foram excluídos

do estudo os pacientes que estavam clinicamente instáveis, os que não estavam presentes nos dias da coleta dos dados e que obtiveram pontuação inferior ao valor de corte no Mini Exame do Estado Mental (MEEN) resultando em 6 pacientes, 5 não compareceram nos dias de coleta e, 8 não aceitaram participar do estudo, resultando assim em 151 pacientes.

O MEEN visa a avaliação das funções cognitivas do indivíduo sendo embasado nos domínios orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. A pontuação máxima a ser alcançada é de 30 pontos, sendo os pontos de corte para analfabetos, baixa/média escolaridade e alta escolaridade, respectivamente 13, 18 e 26 pontos (FOLSTEIN; ROBINS; HELZER, 1983).

Para a coletados dados foi utilizado um formulário acerca da qualidade assistência prestada pela equipe de saúde que avaliou a qualidade da assistência oferecida pelos profissionais nos centros de HD e objetivou extrair dos participantes a percepção desses em relação a assistência oferecida pelos profissionais. Para isso, o formulário contou com questões que abordava tempo e financiamento da HD, acompanhamento pela equipe multidisciplinar, aporte nutricional e orientação sobre outras modalidades dialíticas.

A análise dos dados se deu, primeiramente, por meio da estatística descritiva, pela apresentação das frequências relativas e absolutas. A prevalência de acompanhamento pelo Serviço de Controle de Hipertensão e Diabetes, bem como, as razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança (IC) 95% foi calculada para a totalidade das variáveis independentes elencadas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob parecer nº 972.480 e obedeceram às determinações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Os resultados apontam que 55,6% (n=84) dos pacientes investigados não foram acompanhados pelo serviço de controle de hipertensão e diabetes na APS, sendo que 42,6% (n=29) foram acompanhados dentre um a três anos.

A tabela 1 abaixo evidencia as características sociodemográficas dos pacientes de acordo com o acompanhamento pelo serviço de atendimento ao hipertenso e diabético, evidenciando que entre os não acompanhados 77,4% eram do sexo masculino, 70,2% tinham menos de três anos de escolaridade e 76,5% eram não brancos.

Tabela 1. Prevalência de acompanhamento pela APS entre pacientes com IRC de acordo com características sócio demográficas. Guanambi, 2016.

	Acompanhamento pela APS				Prevalência do acompanhamento	RP	IC 95%	Valor de P
	Sim		Não					
	n	%	n	%				
Sexo								
Masculino	45	67,2	65	77,4	40,9	1		
Feminino	22	32,8	19	22,6	53,7	0,76	0,53-1,09	0,08
Escolaridade								
≤ 3 anos	33	50,0	59	70,2	35,9	1		
> 3 anos	33	50,0	25	29,8	56,9	0,63	0,44-0,89	0,01*
Raça/cor								
Não brancos	59	89,4	62	76,5	48,8	1		
Branco	7	10,6	19	23,5	26,9	0,55	0,28-1,06	0,02*
Não responderam	4							

Entre os pacientes que referiram ser acompanhados pela APS, 56,7% (n=38) não tiveram exames da função renal solicitados estando as características do encaminhamento a outros níveis de atenção dispostos na tabela 2 abaixo.

Tabela 2. Avaliação dos encaminhamentos da rede de atenção secundária de acordo com o acompanhamento pela ATB. Guanambi, 2016.

	Foi acompanhado pela APS				Prevalência do acompanhamento	RP	IC 95%	Valor de P
	Sim		Não					
	n	%	n	%				
Consulta com nefrologista								
Sim	43	65,2	47	58,8	47,8	0,859	0,58-1,25	0,21
Não	23	34,8	33	41,3	41,1	1		
Não responderam	5							
Encaminhamento para diálise								
APS	7	10,4	2	2,4	77,8	0,565	0,36-0,87	0,02*
Emergência	33	49,3	42	50,0	44,0	1		
Consultório	27	40,3	40	47,6	40,3	1,092	0,74-1,60	0,32

Formas de								
admissão na HD								
Programada	27	40,3	33	39,3	45,0	0,976	0,67-1,40	0,44
Emergência	40	59,7	51	60,7	44,0	1		
Orientação de								
formas de diálise								
Sim	10	15,6	20	24,1	33,3	1,385	0,80-2,38	0,10
Não	54	84,4	63	75,9	46,2	1		
Não Responderam	4							
Acesso utilizado na								
HD								
FAV	20	29,9	26	31,0	43,5	1,03	0,69-1,53	0,44
CDL curta	43	64,2	53	63,1	44,8	1		
CDL longa	4	6,0	4	4,8	50,0	0,895	0,43-1,85	0,38
Prótese PTFE	0	0	1	1,2	0	-	-	-

FAV: Fístula Arteriovenosa
 CDL: Cateter de Duplo Lúmen
 PTFE: Politetrafluoroetileno

DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou que pacientes brancos, de maior escolaridade e encaminhados pela APS para a HD, têm maior prevalência de acompanhamento pelo Serviço de Controle de Hipertensão e Diabetes.

No presente estudo a maior escolaridade foi percebida como fator de proteção para o acompanhamento pelo serviço de controle de hipertensão e diabetes, uma vez que essa, vem sendo associado ao reconhecimento e sensibilidade quanto a importância do acompanhamento da equipe multidisciplinar para o adequado controle (PACHECO; BREGMAN; SANTOS, 2006). Essa característica e atributos, estão associados ao grau de importância que o indivíduo destina a sua saúde. Portanto, a maior escolaridade aproxima a população dos serviços de saúde, devido à preocupação em preservar a sua saúde, resultando assim em uma menor prevalência de doenças e agravos passíveis de prevenção, como as DCNT (PACHECO, 2005).

As DCNT são um grupo de doenças preveníveis, que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração tais como: doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias, diabetes dentre outros. Devido a capacidade de causar maior impacto aos seus

acometidos e devido a elevada prevalência, elas são consideradas um sério problema de saúde pública, sendo responsáveis por 63% das mortes no mundo, em 2008 (BRASIL, 2011). O Brasil segue essa tendência mundial, em 2013, elas foram responsáveis por 72,6% das mortes (BRASIL, 2015). Assim, as DCNT além de causar impacto nos indicadores de saúde e no seu financiamento, também atingem a qualidade de vida dos pacientes afetados.

As DCNT possuem diversos fatores causais mutáveis que a OMS elencou os de maior impacto sendo: o fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool, além das causas imutáveis como os fatores genéticos (WHO, 2005). A influência da raça no desenvolvimento das DCNT também tem sido demonstrada (CHOR; LIMA, 2005). Estudos apontam, por exemplo que HAS e DM, apresentam maior prevalência na população não branca, estando a maior prevalência de HAS relacionada a população negra. Não obstante, a prevalência do DM em não brancos foi de 10,9% enquanto nos brancos foi 7,0% .(MONTGOMERY et al., 2007). Com o objetivo de investigar fatores associados à incidência de DM, entre 41.387 participantes de uma coorte, um estudo verificou que ser negro (OR 1,36; IC95% 1,09- 1,70) e o incremento de um ano na idade (OR 1,03; IC95% 1,02-1,04) estavam associados a maior chance de desenvolver esse desfecho (TONSTAD et al., 2009).

Nesta pesquisa, pertencer ao grupo étnico/racial “branco” foi considerado fator de proteção para o acompanhamento na ATB pelo serviço. Tal fato, mostra-se de certa forma contraditório, uma vez que os “não brancos” deveriam ser os mais acompanhados por pertencer a um grupo étnico/racial maior. Todavia, apesar de ser um atendimento público, colocam-se aqui questões sociais que podem determinar a não procura dos serviços pelos “não brancos” (CHOR, 2013; LOPES, 2005)

A ATB é considerada a porta de entrada, preferencial, do sistema de saúde nacional devido a concentração dos serviços básicos de assistência à saúde da população visando as ações de prevenção de doenças e agravos. Nesse intento o espaço torna-se cenário para a atuação da PNAPDR promulgada através da portaria 1168/2004 a fim de promover as ações de controle da HAS e DM e, prevenção para DRC. Nesse espaço está alocado a estrutura para atendimento e direcionamento inicial das ações do Serviço de Controle de Hipertensão e Diabetes (extinto Hiperdia) que consiste no diagnóstico precoce, acompanhamento e encaminhamento do usuário para o especialista e, se necessário, para a Terapia Renal Substitutiva (TRS) (ALMEIDA et al., 2015).

Nesse intento, o encaminhamento precoce do paciente com DR para o especialista (nefrologista) se faz de extrema importância para melhor avaliação e definição de conduta,

sendo possível assim, estabilizar, atenuar a evolução da lesão renal, bem como postergar a admissão na TRS, sendo essa realizada em caráter programado, melhorando a qualidade de vida desses usuários minimizando os danos associados.

E, por ser a porta de entrada preferencial do SUS, cabe as UBS a captação e atendimento dos usuários categorizados dentro do grupo de risco para desenvolvimento da DRC sendo usuários com diabetes, hipertensão, idosos, familiares de pacientes em TRS e com doenças cardiovasculares. Portanto, o atendimento tem como pressuposto a natureza múltipla dos fatores de risco que envolve a doença, requerendo, portanto, uma abordagem integral e interdisciplinar, competências atribuíveis aos profissionais de APS (BRASIL, 2000).

A cada esfera de atenção cabe o desenvolvimento das atividades assistenciais afim de garantir o fluxo do usuário dentro da rede de serviço em saúde. Sendo assim, na APS é realizada a identificação dos grupos de risco para a doença e intervenção nos fatores de risco, como, a orientação antitabágica, diminuição de peso nos obesos, prática de exercícios físicos, uso de bloqueadores do receptor da angiotensina ou inibidores da enzima conversora de angiotensina, como no caso de diabéticos tipo 2 e hipertensos sem nefropatia diabética, entre outros (KIRSZTAJN; BASTOS, 2007).

Quando evidenciada a necessidade em ampliar a avaliação ao paciente, o mesmo é encaminhado para o profissional nefrologista, que tem por objetivo retardar a progressão da DRC, identificar e corrigir suas complicações e co-morbidades e quando necessário, preparar os pacientes para TRS.

O fluxo desse paciente dentro da rede de atendimento à saúde, porém apresenta alguns entraves logístico que impedem o adequado desenvolvimento do acompanhamento do paciente com DR sendo os principais: a identificação do grupo de risco para DRC, identificação da DRC e os seus estágios pelos profissionais da ATB, disponibilidade de nefrologistas na rede municipal de atenção à saúde para referência (REFERÊNCIA?).

Quanto mais precocemente for realizado o diagnóstico a DR bem como o encaminhamento ao nefrologista, melhor o desfecho do paciente. O encaminhamento precoce proporciona melhor avaliação, acompanhamento da patologia visando a cura, tratamento do agravo, paralisar o avanço da DR bem como protelar a admissão do paciente com DRC na TRS. Porém, quando esse é realizado de forma tardia, reduz-se a possibilidade terapêuticas para retorno da função renal, contribuindo para admissão na TRS em caráter emergencial, sem o devido preparo prévio do acesso venoso a ser utilizado, aumenta a chance de

hospitalização, aumento o risco de intercorrências associadas ao aumento das escórias nitrogenadas, aumento do custo da terapia reduzindo assim, a sua qualidade de vida (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; BASTOS; BASTOS; TEIXEIRA, 2007; CAMPOS et al., 2012; PADOVANI; SCHOR; LARANJA, 2012).

A escassez de estudo acerca da prevalência de DRC na ATB, impede a ampliação das estratégias para captação dos usuários e induz ao subdiagnóstico e o subtratamento (BASTOS et al., 2009; CORESH et al., 2003; JUUSOLA et al., 2012; ZÚÑIGA; MÜLLER; FLORES, 2011) constituindo como fator preponderante para o crescimento acentuado da sua epidemiologia.

Diante do exposto, o manejo da DRC deve ser pensado no sentido de minimizar ou estabilizar os danos ao paciente com DRC e prepara-los para a admissão na TRS caso seja essa a indicação terapêutica, evitando assim a admissão em caráter de emergência que configura como fator que contribui um desfecho desfavorável do paciente devido ao tipo de acesso venoso a ser utilizado, bem como a adaptação fisiológica a depuração das escórias nitrogenadas, quantidade tempo de internação bem como aos custos assistenciais. Não obstante, a abordagem tardia, impede a possibilidade de escolha da modalidade dialítica, o que possibilita uma menor adaptação, não apenas nos aspectos físicos, psíquicos bem como dos hábitos de vida (DIAZ-BUXO, 2000; JAGER et al., 2004; JUNG et al., 1999; LEE et al., 2008; LITTLE et al., 2001; ROCHA et al., 2010).

CONCLUSÃO

No presente estudo possuir maior escolaridade, pertencer ao grupo cor/raça brancos e ser encaminhado pela atenção básica ao serviço de diálise foram evidenciados como fator de proteção para o acompanhamento pelo Serviço de Controle da Hipertensão e Diabetes.

Assim, nota-se que os determinantes sociais na saúde, no caso raça e escolaridade, são fatores importantes a se levar em conta para que os pacientes possam realizar o adequado acompanhamento pelos serviços oferecidos na atenção básica, a fim de que a captação precoce dos casos de doentes renais permita o adequado manejo dos futuros dialisados.

Ademais, além dos fatores próprios dos pacientes avaliados, vislumbra-se que o fortalecimento dos elos de comunicação das redes de atenção deve ser fortalecido para que as potenciais complicações próprias do encaminhamento tardio, como não escolha do método dialítico, admissão de emergência, não uso de fistula etc., sejam dirimidos

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. A. DE et al. Agregação familiar da doença renal crônica secundária à hipertensão arterial ou diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 471–478, fev. 2015.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 33, n. 1, p. 93–108, mar. 2011.
- BASTOS, R. M. R. et al. Prevalência da doença renal crônica nos estágios 3, 4 e 5 em adultos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 1, p. 40–44, 2009.
- BASTOS, R. M. R.; BASTOS, M. G.; TEIXEIRA, M. T. B. A doença renal crônica e os desafios da atenção primária à saúde na sua detecção precoce. **Revista APS**, v. 10, n. 1, p. 46–55, 2007.
- BATISTA, Luciana KC et al. Manuseio da doença renal crônica em pacientes com hipertensão e diabetes. **J Bras Nefrol**, v. 27, n. 1, p. 8-14, 2005.
- BRASIL. VIGITEL 2014: Vigilância de fatores de Risco para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL, M. DA S. A Implantação da Unidade de Saúde da Família Brasília, 2000.
- BRASIL, M. DA S. Portaria No 1168/GM, de 15 de junho de 2004. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, M. DA S. Caderno de prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília. Ministério da Saúde, , 2006.
- BRASIL, M. DA S. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: 2005.
- CAMPOS, F. G. DE et al. Tempo decorrido entre o primeiro contato com a unidade de nefrologia e o início da diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. **Brasília méd**, v. 49, n. 2, p. 82–86, 2012.
- CHOR, D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça Health inequalities in Brazil: race matters. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1272-1275, 2013.
- CHOR, D.; LIMA, C. R. DE A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1586–1594, out. 2005.

- 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**, v. 41, n. 1, p. 1–12, jan. 2003.
- DIAZ-BUXO, J. A. Early referral and selection of peritoneal dialysis as a treatment modality. **Nephrology, dialysis, transplantation**. v. 15, n. 2, p. 147–9, fev. 2000.
- FEUERWERKER, L.; COSTA, H.; RANGEL, M. L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidade/problemas da comunidade. **Divulg. saúde debate**, p. 36–48, 2000.
- FOLSTEIN, M.; ROBINS, L.; HELZER, J. The mini-mental state examination. *Archives of general*, 1983.
- JAGER, K. J. et al. The effect of contraindications and patient preference on dialysis modality selection in ESRD patients in The Netherlands. **American journal of kidney diseases**, v. 43, n. 5, p. 891–9, maio 2004.
- JUNG, B. et al. Attitudes of Canadian nephrologists toward dialysis modality selection. **Peritoneal dialysis international**. v. 19, n. 3, p. 263–8, 1999.
- JUUSOLA, J. L. et al. The Cost-Effectiveness of Preexposure Prophylaxis for HIV Prevention in the United States in Men Who Have Sex With Men. **Annals of Internal Medicine**, v. 156, n. 8, p. 541, 17 abr. 2012.
- KIRSZTAJN, G. M.; BASTOS, M. G. Proposta de Padronização de um Programa de Rastreamento da DRC. **J. bras. nefrol**, v. 29, n. Supl.1, p. 18–22, 2007.
- LEE, A. et al. Patients' views regarding choice of dialysis modality. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 23, n. 12, p. 3953–3959, 16 jul. 2008.
- LITTLE, J. et al. Predicting a patient's choice of dialysis modality: experience in a United Kingdom renal department. **American journal of kidney diseases**. v. 37, n. 5, p. 981–6, maio 2001.
- LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, 2005.
- LOURENÇO, R. A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 311–318, abr. 2005.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.
- MENDES, J.; SCHRAMM, D. A.; OLIVEIRA, A. F. DE. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897–908, 2004.

- MONTGOMERY, S. et al. Comparing self-reported disease outcomes, diet, and lifestyles in a national cohort of black and white Seventh-day Adventists. **Preventing chronic disease**, v. 4, n. 3, p. A62, jul. 2007.
- OMS, O. M. DA S. Innovative Care for Chronic Conditions□: Building Blocks for Action. Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2002.
- PACHECO, G. DE S. O ensino do autocuidado junto a clientes com doença renal crônica em tratamento conservador: estudo epidemiológico e sociopoético. [s.l.] Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.
- PACHECO, G. DE S.; BREGMAN, R.; SANTOS, I. DOS. Características de clientes com doença renal crônica: evidências para o ensino do autocuidado. **Rev. enferm. UERJ**, v. 14, n. 3, p. 434–439, 2006.
- PADOVANI, C. S. DA S.; SCHOR, N.; LARANJA, S. M. R. Evaluation of profile epidemiologic and the found encountered by patients to the care o the first query in the ambulatory screening of Nephrology UNIFESP. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 34, n. 4, p. 317–322, 2012.
- ROCHA, P. N. et al. Motivo de “escolha” de diálise peritoneal: exaustão de acesso vascular para hemodiálise? **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 32, n. 1, p. 23–28, mar. 2010.
- TONSTAD, S. et al. Type of vegetarian diet, body weight, and prevalence of type 2 diabetes. **Diabetes care**, v. 32, n. 5, p. 791–6, maio 2009.
- VON KORFF, M. et al. Collaborative management of chronic illness. **Annals of internal medicine**, v. 127, n. 12, p. 1097–102, 15 dez. 1997.
- WHO, W. H. O. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: [s.n.].
- YAMAGATA, K. et al. Risk factors for chronic kidney disease in a community-based population: a 10-year follow-up study. **Kidney International**, v. 71, n. 2, p. 159–166, jan. 2007.
- ZÚÑIGA, C. S. M.; MÜLLER, H. O.; FLORES, M. O. Prevalencia de enfermedad renal crónica en centros urbanos de atención primaria. **Revista médica de Chile**, v. 139, n. 9, p. 1176–1184, set. 2011.

5.2 MANUSCRITO 2:

Avaliação da assistência prestada a pacientes em hemodiálise e sua influência na qualidade de vida

Dieslley Amorim de Souza

Eduardo Nagib Boery

Resumo

Objetivo: verificar a assistência prestada aos pacientes acometidos por insuficiência renal crônica em um centro de hemodiálise e identificar fatores associados. **Métodos:** estudo epidemiológico descritivo de corte transversal, realizado em uma clínica satélite de hemodiálise no município de Guanambi-BA. Para tanto foram utilizados como instrumento de coleta de dados o *KDOQOL SF 1.3* e um formulário sócio demográfico. **Resultados:** Quanto a avaliação da qualidade da assistência do serviço, 77,5% dos pacientes não foram orientados quanto a outras modalidades dialíticas, 96,7% nunca efetuaram pagamento direto para realizar a hemodiálise, 100% foram acompanhados pela equipe multidisciplinar, 87,4% recebem aporte nutricional, 19,2% recebem BPC e 75,5% têm sua ida financiada pelo recurso do Tratamento Fora de Domicílio (TFD). A qualidade de vida dos pacientes admitidos em caráter de emergência foi reduzida em todos os domínios. **Conclusão:** O presente estudo evidenciou a desinformação no que concerne a escolha da modalidade dialítica pelo paciente, sendo essa realizada pelo médico nefrologista, cerceando o direito do mesmo do paciente. E, apesar dos pacientes serem acompanhados pela equipe multidisciplinar, que contém o assistente social, grande parte dos pacientes, tinha indicação, porém não recebiam o BPC.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica; Hemodiálise; Avaliação.

Abstract

Objective: to verify the care given to individuals affected by chronic renal failure in a hemodialysis center and to identify associated factors. **METHODS:** This is a cross-sectional descriptive epidemiological study conducted in a satellite clinic of hemodialysis in the municipality of Guanambi-BA. For that, *KDOQOL SF 1.3* and a socio-demographic form were used as data collection instrument. **Results:** Regarding the evaluation of the quality of service assistance, 77.5% of the patients were not guided by other dialysis modalities, 96.7% never made direct payment for hemodialysis, 100% were followed up by the multidisciplinary team, 87, 4% receive nutritional support, 19.2% receive PCBs and 75.5% have their trip financed by the Out-of-Home Treatment (PDT). The quality of life of individuals admitted on an emergency basis has been reduced in all domains. **Conclusion:** The present study evidenced the disinformation regarding the choice of the dialysis modality by the client, being performed by the nephrologist physician, restricting the client's right. And although the clients were accompanied by the multidisciplinary team, which contains the social worker, most of the clients, had indication but did not receive the BPC.

Keyword: Chronic Renal Disease; Hemodialysis; Evaluation.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) tem se tornado um grave problema de saúde pública devido ao expressivo aumento do número de casos da doença e sua característica insidiosa, tendo como causa base a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melitus (DM) associada ao envelhecimento da população ¹⁻³.

A *Global Kidney Disease* estima que a prevalência de pacientes com diferentes graus de disfunção renal (estágios de 1 a 5) varia de 8 a 16% ⁴ porém, apesar desse conhecimento os índices apresentados ainda não representam a realidade, devido a subnotificação dessas oriundo da falha na triagem, no diagnóstico precoce e pela baixa procura dos pacientes aos serviços de saúde ⁵.

Por se tratar de uma patologia de curso progressivo, toda a rede de assistência à saúde, independente do nível de complexidade, deve estar preparada para identificar, orientar, tratar e encaminhar o paciente com DRC em qualquer estágio de lesão, uma vez que a evolução dessa patologia acarreta em danos graves a outros órgãos e sistemas ¹.

Quando os rins atingem estágio terminal da lesão, a sobrevivência do paciente fica condicionada a Terapia Renal Substitutiva (TRS) que visa suprir o processo de filtração realizado pelos rins, entre esses a Hemodiálise (HD). Esse é um processo contínuo, realizado, aproximadamente 3 vezes por semana e cada sessão com duração de 4 horas, sendo realizado em centros especializados ^{1,6}.

Os serviços de HD têm aumentado no país, em 2002, existiam cadastrados na Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), 561 centros, atendendo cerca de 54.523 pacientes. Já no ano de 2013, o número de centros registrados na SBN aumentou para 658 unidades, aumento real de 17,2% e, atualmente existem 672 estabelecimentos de HD ⁷.

O atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiros, psicólogos, assistente social, nutricionista e o técnico de enfermagem somado a equipe de apoio. A constituição da equipe e o seu dimensionamento é regimentado através da RDC 11 de 13 de março de 2014 na qual dispõe sobre os pré-requisitos básicos para o adequado funcionamento dos serviços de HD ⁸.

Esse acompanhamento pela equipe deve estar calcado na dimensão ética entre cuidador e paciente. Em particular a HD requer cuidado especializado da equipe, mas que não se reduz ao cuidado técnico. Deste modo, fica evidente a necessidade de os profissionais estarem preparados e cientes da sua importância para a manutenção da qualidade de vida do paciente ⁹.

Diante do exposto o presente objetivou verificar a assistência prestada aos pacientes acometidos por insuficiência renal crônica em um centro de hemodiálise e identificar fatores associados a mesma.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo de corte transversal, realizado em uma clínica satélite de hemodiálise localizada no município de Guanambi-BA que abarca uma demanda aproximada de 180 pacientes da região do Alto Sertão Produtivo do estado da Bahia. Os participantes do estudo foram pacientes com diagnóstico de DRC que realizam hemodiálise (HD) clinicamente estáveis, sem nenhuma restrição de contato. Foram excluídos do estudo os pacientes que estavam clinicamente instáveis, os que não estavam presentes nos dias da coleta dos dados e que obtiveram pontuação inferior ao valor de corte no Mini Exame do Estado Mental (MEEN) resultando em 6 pacientes, 5 não compareceram nos dias de coleta e, 8 não aceitaram participar do estudo, resultando assim em 151 pacientes.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEN) visa a avaliação das funções cognitivas do indivíduo sendo embasado nos domínios orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. A pontuação máxima a ser alcançada é de 30 pontos, sendo os pontos de corte para analfabetos, baixa/média escolaridade e alta escolaridade, respectivamente 13, 18 e 26 pontos¹².

Para a coleta foi utilizado um formulário dividido em três blocos, sendo o primeiro sociodemográfico, o segundo um formulário acerca da qualidade assistência da equipe de saúde e o último o *Kidney Disease Quality of Life Instrument SF 1.3 (KDOQOL-SF)*.

O formulário sociodemográfico avaliou características como: sexo, idade, escolaridade, raça/cor, renda mensal e per capita, religião, ocupação, e o recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC). O que avalia a qualidade da assistência oferecida pelos profissionais nos centros de HD objetivou extrair dos participantes informações em relação a assistência oferecida pelos profissionais. Para isso, o formulário contou com questões que abordava tempo e financiamento da HD, acompanhamento pela equipe multidisciplinar, aporte nutricional e orientação sobre outras modalidades dialíticas.

O KDQOL-SF 1.3¹⁰ é um questionário de avaliação da qualidade de vida (QV) dos pacientes acometidos pela DRC, sendo dividido em medidas genéricas e específicas. Eixo genérico são questões baseadas no instrumento de QV SF-36¹¹.

A utilização do KDQOL-SF oportunizou a obtenção de 11 domínios sendo: lista de sintomas/problemas, efeitos da doença renal sobre a vida diária, sobrecarga imposta pela doença renal, papel profissional, função cognitiva, qualidade das interações sociais, função sexual, sono, suporte social, estímulo da equipe de diálise e satisfação do paciente com o tratamento. A codificação do questionário partiu das determinações do “Manual para uso e correção do *Kidney Disease and Quality of life – Short Form – KDQOL – SF 1.3*”¹².

A avaliação dos resultados se dá a partir da adoção de um escore para os itens informados, sendo esses transformados em uma escala de 0 a 100, em que o valor 0 reflete uma QV insatisfatória e o valor de 100 uma satisfatória QV.

Visando uma descrição mais precisa das variáveis optou-se pela apresentação dos resultados de acordo com o tipo de admissão no serviço de HD. O processo de admissão do paciente na TRS pode ser dividida em programada, quando ocorre o diagnóstico prévio e estadiamento da lesão a partir do cálculo da taxa de filtrado glomerular (TFG), sendo esse classificado de estágio 1 ao 5, na qual 1 indica lesão branda, potencialmente tratável e estágio 5, que culmina com a falência da função renal, e a admissão de emergência, que acontece de forma súbita sem relato clínico prévio de qualquer queixa associada com a progressão da lesão renal¹³.

Assim, os resultados foram apresentados por meio da distribuição de frequências (relativas e absolutas) para as variáveis categóricas (sociodemográficas/econômicas e clínicas) e, dada a não normalidade dos dados atestada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*, para as contínuas (dimensões genéricas e específicas de QV) utilizou-se medianas e intervalos interquartílicos.

Para fins de comparação das medianas da qualidade de vida entre os grupos (i.e. entrada programada ou de emergência) o teste de *Mann Whitney* foi realizado, sendo considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para as análises.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob parecer nº 972.480 e obedeceram às determinações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A média de idade dos pacientes foi de 54,5 anos, variando de 21 a 89 anos. Quanto às características sociodemográficas, prevaleceram pacientes do sexo masculino (72,8%), raça/cor parda (52,3%), com escolaridade de quatro a oito anos de estudo (33,8%) e sem

exercício de atividade remunerada (84,1%). A mediana da renda familiar foi de R\$ 1.525,0, variando de R\$ 200,0 à R\$ 14.800,0. Quanto a forma de entrada no serviço 60,3% deram entrada por emergência, a tabela 1 a seguir sumariza as características de acordo com o tipo de admissão.

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas baseado no tipo de admissão na Hemodiálise. Guanambi, Bahia, Brasil, 2016. (n=151)

Característica da população	Programada (n=60)		Emergência (n=91)	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	42	70,0	68	74,7
Feminino	18	30,0	23	25,3
Cor				
Branco	10	16,7	16	17,6
Amarelo	3	5,0	4	4,4
Pardo	32	53,3	47	51,6
Indígena	0	0,0	3	3,3
Preto	15	25,0	17	18,7
Não Sabe	0	0,0	4	4,4
Escolaridade				
Analfabeto	14	23,7	21	23,1
0-3 anos	8	13,6	15	16,4
4-8anos	25	42,4	26	28,6
+ de 8 anos	12	20,3	29	31,9
Atividade Remunerada				
Sim	10	16,7	14	15,4
Não	50	83,3	77	84,6
Religião				
Católico	49	81,7	68	74,7
Não Católico	11	18,3	22	24,2
Não Sabe	0	0,0	1	1,1

Quanto a avaliação da qualidade da assistência do serviço, 77,5% dos pacientes não foram orientados quanto a outras modalidades dialíticas, 96,7% nunca efetuaram pagamento

direto para realizar a hemodiálise, 100% foram acompanhados pela equipe multidisciplinar, 87,4% recebem aporte nutricional, 19,2% recebem BPC e 75,5% têm sua ida financiada pelo recurso do Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Levando-se em consideração a estratificação de variáveis aqui adotada (i.e. tipo de admissão), a tabela 2 apresenta a distribuição das variáveis supracitadas.

Tabela 2. Distribuição das variáveis relacionada a qualidade do serviço baseado no tipo de admissão na Hemodiálise. Guanambi, Bahia, Brasil, 2016. (n=151)

	Programada (n=60)		Emergência (n=91)	
	n	%	n	%
Orientação quanto as modalidades dialíticas				
Sim	14	23,3	16	17,6
Não	44	73,3	73	80,2
Não sabe	2	3,3	2	2,2
Já pagou para dialisar				
Sim	2	3,3	2	2,6
Não	58	96,7	73	96,7
Não Sabe	0	0	1	0,7
Acompanhamento pela equipe multidisciplinar*				
Sim	60	100,0	91	100,0
Oferta de aporte nutricional				
Sim	54	90,0	78	85,7
Não	6	10,0	13	14,3
Financiamento o transporte				
Recursos do TFD	44	73,3	70	76,9
Recursos Próprios	15	25,0	20	22,0
Não sabe	1	1,7	0	0,0
Não respondeu	0	0,0	1	1,1

*Equipe multidisciplinar composta pela Nutricionista, Psicóloga e Assistente Social.

De acordo com os resultados obtidos no *KDOQOL SF 1.3*, observou-se a mediana mais elevada da QV de 100,0 nos domínios “apoio da equipe” (IQ 87,5-100,0) e “suporte social” (IQ 66,6-100,0). Os escores mais baixos de 0,0 (zero) foram evidenciados nos

domínios “status de trabalho” (IQ 0,0-100,0) e “funcionamento do físico” (IQ 0,0-100,0). Já as medianas dos componentes físico (CFS), mentais (CMS) e de doença renal sumarizados (CDRS) foram, respectivamente, 51,2 (IQ 33,8-63,8), 62,9 (IQ 48,4-83,4) e 71,8 (IQ 63,9-79,6).

Quando levada em consideração o tipo de admissão no serviço de HD os participantes que tiveram entrada programada, apresentaram as maiores medianas da QV no domínio “suporte social” 100,00 (IQ 83,8-100,0) e “apoio da equipe 100,00 (IQ 81,2- 100,0). As menores por sua vez, foram as do domínio “status trabalho” 0,00 (IQ 0,0-50,0) e “funcionamento do físico” 25,00 (IQ 0,0- 50,0).

Já para entre os participantes que foram admitidos em caráter de emergência as maiores medianas da QV foram, também a dos domínios “suporte social” 100,0 (66,5-100,0) e “apoio da equipe” 100,0 (87,5- 100,0). As menores medianas dos domínios foram similares ao grupo de entrada programada.

A tabela 3 ilustra a totalidade das medianas dos domínios da QV de acordo com as formas de admissão no serviço de HD (programada ou emergência). Nota-se que apesar de a entrada por emergência implicar menores valores na grande maioria dos domínios da QV, somente foi evidenciado diferença estatisticamente significativa para os domínios “suporte social” e “bem-estar”.

Tabela 3- Mediana (Med) e Intervalo interquartil (IQ) da qualidade de vida segundo domínios do *KDOQOL SF 1.3*. Guanambi, Bahia, Brasil, 2016 (N: 151)

	Programada		Emergência		P
	Med	IQ	Med	IQ	
Sintomas	85,4	72,9-93,7	83,3	62,5-93,7	0,298
Efeitos da DRC	78,1	62,5-87,5	71,8	53,1-87,5	0,245
Carga	47,5	25,0-56,2	40,6	25,0-56,2	0,534
Status Trabalho	0,0	0,0-50,0	0,0	0,0-50,0	0,519
Função Cognitiva	93,3	73,3-00,0	40,6	25,0-56,2	0,534
Interação Social	93,3	80,0-100,0	93,3	80,0-100,0	0,308
Função Sexual	99,0	93,2-100,0	99,0	87,5-100,0	0,931
Sono	77,5	60,0-95,0	82,5	62,5-95,0	0,721
Suporte Social	100,0	83,8-100,0	100,0	66,5-100,0	0,041*
Apoio da equipe	100,0	81,2-100,0	100,0	87,5-100,0	0,094
Satisfação	66,6	66,6-100,0	66,6	66,6-100,0	0,590

Função Física	50,0	25,0-80,0	65,0	40,0-85,0	0,143
Funcionamento do Físico	25,0	0,0-50,0	0,0	0,0-50,0	0,557
Dor	65,5	47,0-100,0	75,0	32,5-100,0	0,862
Saúde Geral	50,0	37,5- 55,0	50,0	40,0-60,0	0,105
Bem-Estar	84,0	66,0- 92,0	76,0	56,0-84,0	0,045*
Função Emocional	33,3	0,0-100,0	33,3	0,0-100,0	0,086
Função Social	87,5	68,7-100,0	87,5	62,5-100,0	0,251
Energia	65,0	50,0- 82,5	67,5	50,0-80,0	0,800

* diferença estatisticamente significativa

DISCUSSÃO

Evidenciou-se que a assistência prestada pelo centro de hemodiálise avaliado apresenta os requisitos necessários, na visão dos pacientes, e seguindo o preconizado pela Política Nacional de Atenção ao portador de Doença Renal, para o atendimento de qualidade, sendo que são assistidos pela equipe multiprofissional, têm suporte nutricional, acesso ao BPC e nunca pagaram para dialisar. Todavia, evidenciou-se que a forma de admissão pode influenciar negativamente a qualidade de vida desses pacientes

A DRC é um problema de saúde pública mundial com aumento progressivo da sua incidência e prevalência devido a sua característica clínica assintomática e insidiosa em grande parte do seu curso clínico. No Brasil, atualmente, existe, em média, 651 centros de diálise, nos quais são atendidos cerca de 97.586 pacientes ano. Esses números apontam para um crescimento superior a 100% nos últimos 11 anos ¹⁴.

Além disso, a DRC apresenta uma evolução desfavorável para os pacientes afetados e custo elevado, atingindo todos os aspectos da saúde das pessoas: físico (aumento da carga de doença cardiovascular, da morbidade e da mortalidade), social (baixa qualidade de vida, perdas de produtividade e emprego) e psicológico (pressões familiares e transtornos mentais) ¹⁵⁻¹⁷.

Nesse intento, o manejo da DRC deve ser voltado para minimizar ou estabilizar os danos ao paciente com DRC, e caso esse venha evoluir para falência renal que seja realizado o preparo para admissão na TRS, assim será possível garantir melhor adaptação e qualidade de vida.

O presente estudo apontou que a DRC foi mais prevalente no sexo masculino corroborado com outros estudos, que apontam uma prevalência maior para este sexo ^{7,18,19}; bem como com revisão de literatura que apontou variação da prevalência nos sexo masculino

entre 51%-77%²⁰. Esse fato pode ser percebido a partir da premissa de que os homens rejeitam a possibilidade de adoecer, possivelmente por dificuldade em reconhecer suas necessidades de saúde e adequar-se as práticas preventivas de saúde. Em consequência, apresentam morbimortalidade maior e menor expectativa de vida quando comparados às mulheres²¹⁻²³ o que vem a destacar a sua prevalência quando discutida a DRC.

A DRC induz o indivíduo a uma mudança intensa no seus hábitos e rotina de vida o que pode gerar limitações de ordem física, social e emocional, com sérias repercussões na vida do paciente e de sua família. Em grande parte das vezes a rotina do paciente com DRC é restrita a consultas médicas, sessões de HD, dietas especiais e execução de atividades pouco significativas²⁴. Condizente a tais alterações da vida e rotina social, o presente estudo aponta que os pacientes avaliados não realizam atividades remuneradas.

Toda essa carga de alterações impacta diretamente na possibilidade do mesmo desenvolver alguma atividade remunerada, como apontado anteriormente, fazendo com o que o mesmo venha a recorrer a benefícios sociais garantidos pelo governo através de políticas sociais²⁴. Assim, o apoio prestado aos pacientes que fazem uso da hemodiálise transcende os aspectos assistenciais atingindo os previdenciários.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é previsto na lei orgânica da assistência social (LOAS), lei nº 8.742, sendo individual, não vitalício e intransferível. Instituído pela Constituição Federal de 1988, ele garante a transferência de 1 (um) salário mínimo à pessoa idosa, de sessenta e cinco anos ou mais, e à pessoa com deficiência de qualquer idade, que comprovem não possuir meios de se sustentar ou de ser sustentado pela família, considerado menos de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo *per capita*²⁵.

Outro aspecto evidenciado na pesquisa que impacta na progressão, sobrevida e qualidade de vida é a modalidade dialítica empregada no tratamento de cada paciente. O presente estudou evidenciou que de 77,5% não foram informados sobre a existência de outras modalidades dialíticas. Esse achado relaciona-se com os 60,3% dos participantes que foram admitidos pela emergência, ou seja, tardiamente, o que resulta maior utilização de cateter venoso central, maior risco de mortalidade e, como evidenciado, menor possibilidade de escolha do método de diálise²⁶.

O não planejamento do início da diálise implica ausência de informações para o paciente bem como as orientações acerca das possibilidades disponíveis na TRS. O Brasil apresenta uma característica quanto a opção da modalidade dialítica uma vez que, predominantemente é escolhida pelo médico, retirando assim, a autonomia do paciente em

escolher a forma de tratamento que mais lhe adequaria. A prevalência de pacientes em HD é muito superior quando comparado a outras modalidades dialíticas variando de 88,2% nos Estados Unidos²⁷ a 91% no Brasil²⁸.

Essa prevalência é alvo de estudos, que apontam como uma das principais causas o encaminhamento tardio para a avaliação com o nefrologista, fazendo com que não exista um período de orientação e preparo do paciente para a escolha da modalidade dialítica, sendo esses fadados a iniciarem a TRS através da HD. O encaminhamento precoce ao nefrologista permite um tempo oportuno para iniciação da diálise, redução de custos e menor taxa de mortalidade. Também educa o paciente sobre as modalidades, permitindo melhor capacitá-lo na decisão pela terapia renal substitutiva²⁹⁻³³.

Jager et al.²⁶ mencionam que a maioria dos estudos enfoca a opinião e atitudes de nefrologistas frente à escolha pela modalidade dialítica, mas pouco há sobre variáveis que influenciem a escolha do paciente e sua resistência por uma mudança de modalidade. Outra vertente mostra que quando informados previamente, metade dos pacientes escolhem a diálise peritoneal^{34,35}.

Pacientes em HD apresentaram, conforme evidenciado, prejuízo no desenvolvimento de atividades básicas, além de lazer, trabalho e convívio social, deteriorando a qualidade de vida. No presente estudo, os pacientes admitidos em emergência apresentaram maior comprometimento do estado de saúde evidenciado pela pontuação baixa nos escores de qualidade de vida. Este fato ressalta a importância da adoção de alternativas, para que estes pacientes possam melhorar a qualidade de vida desde o momento do diagnóstico de DRC, em que ainda não é necessária a intervenção hemodialítica²⁰.

Nesse estudo, os pacientes admitidos em emergência apresentaram menores valores na grande maioria dos domínios avaliados. Quando comparada a qualidade de vida entre os dois grupos, houve significância nas categorias bem-estar e suporte social sendo predominante em ambos para o grupo que fora admitido de forma programada.

Quando o paciente é admitido na HD em caráter de emergência, ocorre uma interrupção súbita das suas atividades laborais e sociais o que faz com que, seja necessária uma nova rotina de vida e de trabalho, adaptando-se a nova condição de vida. Essa adaptação não é requerida apenas pelo paciente, mas também por todos os pacientes a sua volta e a sociedade como um todo, porém, essa adaptação é construída com o tempo, com as experiências adquiridas no dia a dia, o que faz com que o paciente fique desassistido socialmente por um tempo até que a sua estrutura social esteja preparada para receber o

indivíduo em sua nova condição ^{36,37}. Alguns estudos apresentam a relação inversa entre suporte social e adesão a HD ^{38,39}. Nesse intento, devido a esse impacto o suporte social requerido fica fragilizada a sua qualidade de vida ^{36,40}.

Não obstante, o início da HD sem que haja um preparo prévio do paciente bem como do meio social, atinge também o bem-estar do paciente que reflete na sua saúde mental dificultando a sua adesão ao tratamento. Nesse sentido, o apoio oferecido pela equipe de saúde tem uma relação direta com a saúde mental, sendo essa essencial para a aceitação da DRC bem como da HD ⁴¹⁻⁴⁴.

Apesar do entendimento de que a celeridade nos processos de acompanhamento, identificação e encaminhamentos são essenciais para o adequado manejo do paciente com DRC, o presente estudo evidenciou maior prevalência de admissão em caráter de emergência, 60,3%, o que pode apontar a fragilidade na atenção primária na captação e acompanhamento dos pacientes envolvidos no grupo de risco para DRC e aos já acometidos pela doença, evocando questionamentos acerca da efetividade das políticas voltadas para a assistência dos pacientes com HAS, DM (principais causadores da DRC) e com DRC.

Aponta-se como potenciais limitações desse estudo, a transversalidade dos dados, que inviabiliza a inferência causal, bem como a realização de coleta em um único estabelecimento, que apesar de ser o único da região, limita a generalização dos nossos resultados. Por outro lado, são escassos os estudos que avaliam fatores associados a assistência prestada a pacientes hemodialíticos evidenciando a relevância do estudo em questão.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que a assistência prestada aos pacientes com DRC foi satisfatória uma vez que grande parte das suas necessidades assistenciais, emocionais e nutricionais foram contempladas. Porém, quando associado ao grau de informação dos pacientes, foram identificadas algumas lacunas.

Dada a prevalência da desinformação dos pacientes no que concerne a escolha da modalidade dialítica pelo paciente, se faz necessário que os serviços de hemodiálise adequem as suas práticas assistenciais visando a promoção do conhecimento do paciente a favor do serviço, uma vez que essas ficam sob a responsabilidade do médico nefrologista, ferindo o princípio da autonomia do paciente. Não obstante, a rede assistencial disponível aos pacientes com DRC apresentam falhas que corroboram para o diagnóstico tardio o que impede uma abordagem educativa a fim de fomentar a capacidade de escolha do paciente.

E, apesar dos pacientes serem acompanhados pela equipe multidisciplinar, que contém o assistente social, grande parte dos pacientes, tinha indicação, porém, não recebiam o BPC, o que dificulta a manutenção da terapêutica, uma vez que a sua capacidade de exercer atividades laborais fica prejudicada.

REFERÊNCIAS

1. Romão Junior JE. Doença renal crônica: definição epidemiologia e classificação. *J bras nefrol.* 2004;3(Supl 1).
2. Peres LAB, Biela R, Herrmann M, Matsuo T, Ann HK, Camargo MTA, et al. Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no oeste do Paraná: uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. *J Bras Nefrol.* 2010 Mar;32(1):51–6.
3. Sesso R, Gordan P. Dados disponíveis sobre a doença renal crônica no Brasil. *J bras nefrol.* 2007;29(Supl 1):9–12.
4. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet.* 2013 Jul;382(9888):260–72.
5. Silva G da. Avaliação dos gastos realizados pelo Ministério da Saúde com medicamentos de alto custo utilizados no tratamento da drc por pacientes do SUS no Estado de Minas. Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
6. Moura L de, Schmidt MI, Duncan BB, Rosa R dos S, Malta DC, Stevens A, et al. Monitoramento da doença renal crônica terminal pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - Apac - Brasil, 2000 a 2006. *Epidemiol e Serviços Saúde.* 2009 Jun;18(2):121–31.
7. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Santos DR dos. Brazilian Chronic Dialysis Survey 2013 - Trend analysis between 2011 and 2013. *J Bras Nefrol.* 2014;36(4):476–81.
8. Brasil M da S. RDC nº 11 de 13 de março de 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
9. Rodrigues TA, Botti NCL. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(spe1):528–30.
10. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOLTM) Instrument. *Qual Life Res.* 1994 Oct;3(5):329–38.

11. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473–83.
12. Hays R, Amin N, Leplege A, Carter W. *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), Version 1.2. A Manual for Use and Scoring (French Questionnaire, France)*. Santa Monica (CA): RAND; 1997. p. 68.
13. Spanaus K-S, Kollerits B, Ritz E, Hersberger M, Kronenberg F, Von Eckardstein A. Creatinina sérica, cistatina C e proteína β -traço no estadiamento diagnóstico e na predição da progressão da doença renal crônica não diabética. *J Bras Patol e Med Lab*. 2011;47(1):13–23.
14. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Watanabe Y, dos Santos DR. Report of the Brazilian Chronic Dialysis Census 2012. *J Bras Nefrol*. 2014;36(1):48–53.
15. Hamer RA. The burden of chronic kidney disease. *BMJ*. 2006 Mar 11;332(7541):563–4.
16. Chen C, Tsai Y, Hsu H, Wu I, Sun C, Chou C, et al. Depression and Suicide Risk in Hemodialysis Patients With Chronic Renal Failure. *Psychosomatics*. 2010 Nov 1;51(6):528–528.e6.
17. Johansen KL, Chertow GM, Kutner NG, Dalrymple LS, Grimes BA, Kaysen GA. Low level of self-reported physical activity in ambulatory patients new to dialysis. *Kidney Int*. 2010 Dec;78(11):1164–70.
18. Cherchiglia ML, Machado EL, Szuster DAC, Andrade EIG, Acúrcio F de A, Caiaffa WT, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. *Rev Saude Publica*. 2010 Aug;44(4):639–49.
19. Moura L de, Andrade SSC de A, Malta DC, Pereira CA, Passos JEF. Prevalência de autorrelato de diagnóstico médico de doença renal crônica no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 Dec;18:181–91.
20. Elihimas Júnior UF, Elihimas HC dos S, Lemos VM, Leão M de A, Sá MPB de O, França EET de, et al. Smoking as risk factor for chronic kidney disease: systematic review. *J Bras Nefrol*. 2014;36(4):519–28.
21. Hallan SI, Orth SR. Smoking is a risk factor in the progression to kidney failure. *Kidney Int*. 2011 Sep;80(5):516–23.
22. Lash JP, Go AS, Appel LJ, He J, Ojo A, Rahman M, et al. Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) Study: Baseline Characteristics and Associations with Kidney Function. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2009 Aug 1;4(8):1302–11.

23. Míguez-Burbano MJ, Wyatt C, Lewis JE, Rodríguez A, Duncan R. Ignoring the Obvious Missing Piece of Chronic Kidney Disease in HIV: Cigarette Smoking. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2010 Jan;21(1):16–24.
24. Carreira L, Marcon SS. Cotidiano e trabalho: concepções de pacientes portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003 Dec;11(6):823–31.
25. Brasil M da casa civil. LEI N° 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993. Brasília: Governo Federal; 1994.
26. Jager KJ, Korevaar JC, Dekker FW, Krediet RT, Boeschoten EW, Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis (NECOSAD) Study Group. The effect of contraindications and patient preference on dialysis modality selection in ESRD patients in The Netherlands. *Am J Kidney Dis*. 2004 May;43(5):891–9.
27. NIH NI of D and D and KD. Kidney Disease Statistics for the United States. *Kidney Disease Statistics for the United States*. 2016.
28. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian Chronic Dialysis Census 2014. *J Bras Nefrol*. 2016;38(1).
29. Jung B, Blake PG, Mehta RL, Mendelssohn DC. Attitudes of Canadian nephrologists toward dialysis modality selection. *Perit Dial Int*. 1999;19(3):263–8.
30. Lee A, Gudex C, Povlsen J V., Bonnevie B, Nielsen CP. Patients' views regarding choice of dialysis modality. *Nephrol Dial Transplant*. 2008 Jul 16;23(12):3953–9.
31. Rocha PN, Sallenave M, Casqueiro V, Campelo Neto B, Presídio S. Motivo de “escolha” de diálise peritoneal: exaustão de acesso vascular para hemodiálise? *J Bras Nefrol*. 2010 Mar;32(1):23–8.
32. Little J, Irwin A, Marshall T, Rayner H, Smith S. Predicting a patient's choice of dialysis modality: experience in a United Kingdom renal department. *Am J Kidney Dis*. 2001 May;37(5):981–6.
33. Diaz-Buxo JA. Early referral and selection of peritoneal dialysis as a treatment modality. *Nephrol Dial Transplant*. 2000 Feb;15(2):147–9.
34. Golper T. Patient education: can it maximize the success of therapy? *Nephrol Dial Transplant*. 2001;16 Suppl 7:20–4.
35. Prichard SS. Treatment modality selection in 150 consecutive patients starting ESRD therapy. *Perit Dial Int*. 1996;16(1):69–72.
36. Rocha R de PF. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado

- visando a qualidade de vida de clientes em terapia de hemodiálise. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
37. Bezerra KV, Santos JLF, Santos JLF. Daily life of patients with chronic renal failure receiving hemodialysis treatment. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(4):686–91.
 38. Guerra-Guerrero V, Sanhueza-Alvarado O, Cáceres-Espina M. Quality of life in people with chronic hemodialysis: association with sociodemographic, medical-clinical and laboratory variables. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(5):838–46.
 39. Mendonça D de P. De Vida Dos Portadores De Insuficiência Renal Crônica Em Tratamento De Hemodiálise. Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2007.
 40. Pacheco G, Santos I. Cuidar de cliente em tratamento conservador para doença renal crônica: apropriação da teoria de Orem. *Rev enferm UERJ*. 2005;13(2):257–62.
 41. Grasselli C, Chaves E, Simão T, Botelho P. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Clin*. 2012;10(6):503–7.
 42. Rocha R, Santos I dos. Necessidades de autocuidado entre clientes com doença renal crônica: revisão integrativa de literatura. *Rev Pesqui Cuid é*. 2009;1(2):423–33.
 43. Lopes JM, Fukushima RLM, Inouye K, Pavarini SCI, Orlandi F de S. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. *Acta Paul Enferm*. 2014 Jul;27(3):230–6.
 44. Ferreira RC, Silva Filho CR da. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. *J Bras Nefrol*. 2011 Jun;33(2):129–35.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou uma problemática latente na rede de assistência à saúde que é a resolutividade da assistência prestada aos pacientes usuários do serviço de controle de hipertensão e diabetes. Considerando o crescimento vertiginoso e constante da DRC no país. O grupo populacional branco e com maior grau de escolaridade foi relacionado a um maior tempo de acompanhamento pelo serviço de controle de hipertensão e diabetes, porém, a maior parte desses foram admitidos na hemodiálise em caráter de emergência.

Assim, pode-se hipotetizar que apesar da existência do serviço de controle de hipertensão e diabetes, os pacientes acompanhados estão evoluindo para DRC devido a falhas no diagnóstico precoce da lesão renal ainda nos estágios iniciais da doença o que propiciaria a cura, tratamento e/ou estadiamento da lesão, protelando assim a sua admissão no programa de hemodiálise, bem como o preparo do paciente quando a dietoterapia e obtenção do acesso venoso ideal para início da HD.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO D. A, et al.. Sobrevida e causas de mortalidade em pacientes hemodialíticos. **Revista médica de Minas gerais**, v.19, n.2, p.117-122, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1168/ GM em 15 de junho de 2004.**

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 82/2000** de 03 de janeiro de 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 321 de 03 de março de 2002.**

CHAVES, M.L.F. **Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental.** Disponível em: <http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

COELHO, V.S.P. Transplante e Diálise no Brasil. In: **Interesses e Instituições na Política de Saúde: o transplante e a diálise no Brasil.** Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Unicamp, 2005.

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**, jan./abr., 2014.

DAUGIRDAS, J.T; BLAKE, P. G; ING, T.S. **Manual de diálise.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

FELIZARDO, D. B; OLIVEIRA, A. M; DE AMORIM, W. M. Evolução da política nacional de atenção ao portador de doença renal no Brasil (1999 a 2004). **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 7, n. 1, p. 098-108, 2016.

GALIL, L.C.F.A.; MARCUS, M.G. Manuseio da Doença Renal Crônica em Pacientes com Hipertensão e Diabetes. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.27, n.1, p. 8-13, jun. 2009.

HILL, N. R. et al. “Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis.” **PLoS ONE**, v.11, n.7, 2016.

K/DOQI. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **Am J Kidney**, 2008.

OLIVEIRA, A.M.; AMORIM, W.M.; FELIZARDO, D.B. Evolução da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal no Brasil (1999 A 2004). **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.5, n.3, p.105-112, 2014.

OLIVEIRA, M.B.; ROMÃO JR, J.E.; ZATZ, R. End-stage renal disease in Brazil: epidemiology, prevention and treatment. **Kidney Int Suppl.**, v.97, p.82-86, 2005.

PENA, P.F. de A. et al. Care for patients with Chronic Kidney Disease at the primary healthcare level: considerations about comprehensiveness and establishing a matrix. **Ciencia & saude coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3135-3144, 2012.

SANTOS, E.B.; SOUZA, D.A. **Prevalência dos pacientes acompanhados pelo programa HiperDia que evoluíram para Doença Renal Crônica estágio dialítico**. Monografia (Graduação). Faculdade de Tecnologia e Ciências, Vitória da Conquista, 2013.

Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Hipertensão**, ano 13, v.13, n.1, 2008.

_____. 2014. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

SESSO, R. et al. Relatório do censo brasileiro de diálise de 2010. **J Bras Nefrol**, 2011.

World Health Organization (WHO). Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva: World Health Organization, 2007.

_____. A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis. Geneva: World Health Organization, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

O senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da Pesquisa “Avaliação da rede de atenção à saúde de pacientes acometidos por doença renal” realizada por professor e alunos do Mestrado Acadêmico em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. O entrevistador responderá todas as perguntas que você possa ter sobre este questionário ou sobre o estudo. Por favor, sinta-se à vontade para tirar qualquer dúvida sobre as informações fornecidas a seguir. Os objetivos centrais do estudo são: estudo avaliar a assistência prestada pela rede de atenção à saúde aos pacientes acometidos por insuficiência renal crônica. Para tanto, se fez necessário verificar a assistência prestada pelos profissionais de saúde em centros de hemodiálise sob a ótica dos pacientes acometidos por insuficiência renal crônica e averiguar a assistência prestada pelo Serviço de controle de hipertensão e diabetes sob a ótica dos pacientes acometidos por insuficiência renal crônica. O convite para a sua participação se deve à ao fato de o senhor realizar a hemodiálise no município de Vitória da Conquista- Ba e atender aos critérios adotados por nós. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder o teste o MEEM (**se maior de 60 anos**), questionário relacionada a assistência do Serviço de Controle de Hipertensão e Diabetes e o *KDOQOL SF-36* que versa sobre a qualidade de vida. E, em autorizar o acesso dos pesquisadores aos resultados dos exames realizados pelo centro de diálise no ato da sua admissão.

Suas respostas durante a entrevista e o resultados dos seus exames serão mantidos em segredo. Apenas o senhor (a) e o grupo de pesquisadores deste estudo terão acesso a essas informações. O senhor (a) não será identificado em nenhum relatório ou publicação resultante deste estudo. O tempo de duração do questionário é de aproximadamente 10 minutos (se necessário), e do questionário aproximadamente 10 minutos. Os questionários serão digitados e guardados em computadores e o material coletado será armazenado em local seguro. Ao final da pesquisa, todo material será colocado em arquivo, por pelo menos 5 anos, atendendo a Resolução 466/12 e orientações do CEP/UESB.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, o senhor (a) poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa. A sua participação neste estudo é voluntária. O senhor (a) pode recusar-se a participar, ou desistir em qualquer momento. Durante a entrevista, tem todo

o direito de se recusar a responder qualquer pergunta. O senhor (a) não será responsável por nenhuma despesa desta pesquisa e não receberá ajuda financeira para participar do estudo. O senhor (a) receberá uma cópia deste termo de consentimento.

O benefício relacionado a sua colaboração nesta pesquisa é o de podermos lhe dar informações acerca da sua qualidade da assistência que o senhor recebe no centro de diálise, qualidade de vida e saúde cardiovascular que podem levar a uma vida melhor e, a partir do estudo fornecer subsídios para possíveis melhorias dos serviços de saúde. Desconfortos/riscos podem decorrer do constrangimento ao responder algumas das perguntas, porém serão minimizados com o uso de protocolos e técnicas corretas e validadas.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese.

Grupo de Contato: Se o senhor (a) tiver qualquer dúvida sobre sua participação ou seus direitos como participante neste estudo, por favor, entre em contato com a equipe da pesquisa, na Universidade estadual do Sudoeste da Bahia, Rua José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho, CEP: 45200-000, Jequié-BA. Telefone (73) 3525-6125.

Pesquisador Responsável

Consentimento:

Eu li/ouvi e entendi este termo de consentimento. Minhas perguntas foram devidamente respondidas. Sendo assim, eu, voluntariamente, concordo em participar do estudo:

_____ Jequié, __/__/__

Assinatura do participante do estudo

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UESB:

Tel e Fax - (73) 3528-9727 E-Mail: cepjq@uesb.edu.br

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número do Questionário |__|__|__|

Iniciais do Entrevistador: _____.

Data: ___/___/___ Hora de início: ___:___ Hora de término: ___:___

1 Iniciais:	2. SEXO 0 () Feminino 1() Masculino
3. Endereço completo/ telefone	4. Idade: _____ anos 4.1 Data de Nascimento. ___/___/_____
5. Na escola, qual a última série/grau que concluiu para aprovação? 1 () Nunca foi à escola 4 Fundamental II ()5 ^a ()6 ^a ()7 ^a 2 () Lê e escreve o nome 5 Ensino Médio ()1 ^a ()2 ^a ()3 ^a 3 () Fundamental I() 1 ^a () 2 ^a () 3 ^a ()4 ^a 6 Superior ()comp () incompl	
6. Como o senhor(a) classifica a cor da sua pele? 1()Branco 2()Amarela 3()Parda 4() Origem Indígena 5() Preta 9() Não sabe	
7. Situação Conjugal atual: 1 ()Casado(a) 2. ()União Estável 3. ()Solteiro(a) 4. ()Viúvo (a) 5.() Divorciado(a)/ Separado(a)/Desquitado(a) (caso sim, responda a questão 6)	
8. A separação do(a) senhor(a) teve relação com o seu início na hemodiálise? 0 () Sim 1 () Não 2 () NS	
9. Quantos filhos(as) nascidos vivos o sr(a) teve? (não inclui enteados, filhos adotivos, abortos ou filhos nascidos mortos). __I__ 98()NS 99()NR	
9. Atualmente o(a) senhor(a) mora com? 1 ()Só 2() com esposo(a) ou companheiro(a) 3()Com filho(a) 4()Com neto(a) 5() Com outro familiar 6 ()Com outro não familiar 8()NS 9()NR	

<p>10. Quantas pessoas moram com o(a) senhor(a)?</p> <p>___I___ 8 () NS 9 () NR</p>
<p>11. Atualmente o(a) senhor(a) exerce alguma atividade remunerada formal ou informal?</p> <p>0 () Sim 1 () Não 2 () NS</p>
<p>11. Qual a renda mensal da sua família (o somatório de todas as rendas)?</p> <p>___I___ ___I___ ___I___ ___I___ ___I___ ___I___ 8() Não se aplica</p> <p>11.1 Renda per capita: _____</p> <p><i>(Se maior que 1/4 do salário mínimo vigente (R\$:197,00), responder a <u>questão 15</u>)</i></p>
<p>12. Qual a sua religião?</p> <p>1()Católico 2()Protestante 3()Judaica</p> <p>4()Espírita 5()Umbanda 6 () Outros: _____</p>
<p>13. Qual a importância da religião em sua vida?</p> <p>1()Importante 2() Regular 3() Não importante 8()NS 9()NR</p>
<p>14. Com que frequência o senhor(a) vai a igreja ou ao serviço religioso?</p> <p>1()Nunca 2()Várias vezes ao ano 3() 1-2 vezes por mês 4() Quase toda semana 5()Mais de uma vez por semana 6()NS 7()NR</p>
<p>15. O(A) senhor(a) recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC)?</p> <p>0() Sim 1()Não 2()NS</p>
<p>16. Quem financia o seu transporte até o centro de hemodiálise?</p> <p>0 () Recurso do TFD 1() Recurso próprio</p> <p>2()Resido próximo ao Centro de diálise 4() Recurso do BPC</p> <p>5 () NS 6 ()NR</p>

II – ACOMPANHAMENTO PELO SERVIÇO DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO E DIABETES E EFETIVIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL

<p>1. Fez acompanhamento pelo programa Serviço de Acompanhamento de Hipertensão e Diabetes? (Caso NÃO, encerrado questionário de acompanhamento, pular para o item III).</p> <p>0 ()Sim 1 () Não</p>

<p>2. Qual o tempo de acompanhamento pelo Serviço de controle de Hipertensão e Diabetes?</p> <p>0 () 1-3 anos 1 () 4- 6 anos 2 () 7- 10 anos 3 () > 10 anos</p>
<p>3. Em algum momento, durante todo acompanhamento, foi solicitado algum exame para avaliar a função do seu rim?</p> <p>0 () Sim 1 () Não 2 () NS</p>
<p>4. Antes de chegar no centro de diálise o(a) senhor(a) se consultou com algum médico nefrologista?</p> <p>0 () Sim 1 () Não 2 () NS</p>
<p>5. Quem encaminhou o(a) senhor (a) para o centro de hemodiálise?</p> <p>0 () Posto de saúde 1 () Emergência do hospital 2 () “Consultório particular”</p>
<p>6. A sua admissão no centro de hemodiálise foi:</p> <p>0 () Programada 1 () Emergência</p>
<p>7. O senhor foi orientado sobre a existência de outras modalidades de dialíticas?</p> <p>0 () Sim 1 () Não 2 () NS</p>
<p>8. Quando admitido na hemodiálise, qual acesso foi utilizado?</p> <p>0 () FAV 1 () Cateter de curta permanência 2 () Cateter de longa permanência 3 () prótese de PTFE</p>
<p>9. Há quanto tempo o(a) senhor(a) faz a Hemodiálise?</p> <p>0 () 1- 3 anos 1 () 4- 6 anos 2 () 7-10 anos 3 () > de 10 anos</p>
<p>10. O(A) senhor(a) já desembolsou algum valor para custeio da hemodiálise?</p> <p>0 () Sim 1 () Não () NS</p>
<p>11. O (A) senhor (a) é atendido pela nutricionista?</p> <p>0 () Sim 1 () Não 8 () NS 9 () NR</p>
<p>12. O (A) senhor (a) é atendido pela assistente social?</p> <p>0 () Sim 1 () Não 8 () NS 9 () NR</p>
<p>13. O (A) senhor (a) é atendido pela psicóloga?</p> <p>0 () Sim 1 () Não 8 () NS 9 () NR</p>

14. Durante a sessão de hemodiálise o (a) senhor(a) recebe algum tipo de aporte nutricional (refeição)?

0()Sim 1 ()Não 8()NS 9()NR

15. O(A) senhor(a) tem dificuldade em ter acesso aos medicamentos alto custo fornecido pela (extinta) Dires ou centro de distribuição desses fármacos?

0()Sim 1 ()Não 8()NS 9()NR

16. Quando solicitado algum exame para ser realizado fora do centro de diálise, através do SUS, o(a) senhor(a) tem prioridade? Ex: TC, USG, RX dentre outros.

0()Sim 1 ()Não 8()NS 9()NR

III FATORES RELACIONADOS AO NÃO COMPANHAMENTO

1. O (A) senhor(a) recebia a visita periódica do agente comunitário em saúde?

0()Sim 1 ()Não 8()NS 9()NR

2. Em algum momento, algum profissional da Unidade Básica de Saúde (posto de saúde) entrou em contato com o(a) senhor(a) para acompanhar a pressão e glicemia (açúcar no sangue)?

0 ()SIM 1()NÃO 8() NS 9()NR

3. O (A) senhor(a) sentia dificuldade em agendar algum atendimento na Unidade Básica de Saúde?

0()Sim 1 ()Não 8()NS 9()NR

4. O (A) senhor(a) já foi atendido pelo médico da Unidade Saúde da Família?

0()Sim 1 ()Não 8()NS 9()NR

5. Como o (a) senhor avalia o acesso aos profissionais da Unidade Básica de saúde?

0()Fácil 1()Difícil acesso 8()NS 9()NR

6. O enfermeiro já realizou algum visita domiciliar na casa do (a) senhor(a)?

0()Sim 1 ()Não 8()NS 9()NR

ANEXOS

ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação Temporal Espacial – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

Linguagem – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

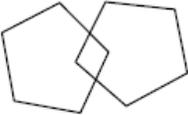
Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()

Avaliação em: ____/____/____ Avaliador: _____.

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p>Orientação Temporal Espacial</p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana?__ 1 Dia do mês? _____ 1 Mês? _____ 1 Ano? _____ 1 Hora aproximada?__ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? _____ 1 Instituição (casa, rua)?__ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3</p>
<p>Registros</p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. _____ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1</p>
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p>
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	

<i>AVALLIAÇÃO do escore obtido</i>	TOTAL DE PONTOS OBTIDOS
Pontos de corte – MEEM Brucki et al. (2003) 20 pontos para analfabetos 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo 26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo 28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo.	

ANEXO B - KIDNEY DISEASE AND QUALITY OF LIFE – SHORT FORM – KDQOL – SF 1.3

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5