

## 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.

	<b>Acompanhamento pela APS</b>				<b>Prevalência do acompanhamento</b>	<b>RP</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor de P</b>
	<b>Sim</b>		<b>Não</b>					
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>				
<b>Sexo</b>								
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
<b>Escolaridade</b>								
≤ 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*
<b>Raça/cor</b>								
Não brancos	59	89,4	62	76,5	48,8	1		
Branços	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.

	<b>Foi acompanhado pela APS</b>				<b>Prevalência do acompanhamento</b>	<b>RP</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor de P</b>
	<b>Sim</b>		<b>Não</b>					
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>				
<b>Consulta com nefrologista</b>								
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							
<b>Encaminhamento para diálise</b>								
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

<b>Formas de</b>								
<b>admissão na HD</b>								
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		
<b>Orientação de</b>								
<b>formas de diálise</b>								
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							
<b>Acesso utilizado na</b>								
<b>HD</b>								
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 às 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 a fim 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 <sup>1-3</sup>.

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% <sup>4</sup> 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 <sup>5</sup>.

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 <sup>1</sup>.

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 <sup>1,6</sup>.

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 <sup>7</sup>.

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 <sup>8</sup>.

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 <sup>9</sup>.

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 pontos<sup>12</sup>.

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 1.3<sup>10</sup> 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<sup>11</sup>.

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*”<sup>12</sup>.

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 renal<sup>13</sup>.

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	%
<b>Sexo</b>				
Masculino	42	70,0	68	74,7
Feminino	18	30,0	23	25,3
<b>Cor</b>				
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
<b>Escolaridade</b>				
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
<b>Atividade Remunerada</b>				
Sim	10	16,7	14	15,4
Não	50	83,3	77	84,6
<b>Religião</b>				
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	%
<b>Orientação quanto as modalidades dialíticas</b>				
Sim	14	23,3	16	17,6
Não	44	73,3	73	80,2
Não sabe	2	3,3	2	2,2
<b>Já pagou para dialisar</b>				
Sim	2	3,3	2	2,6
Não	58	96,7	73	96,7
Não Sabe	0	0	1	0,7
<b>Acompanhamento pela equipe multidisciplinar*</b>				
Sim	60	100,0	91	100,0
<b>Oferta de aporte nutricional</b>				
Sim	54	90,0	78	85,7
Não	6	10,0	13	14,3
<b>Financiamento o transporte</b>				
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 significante

## 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 <sup>14</sup>.

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) <sup>15-17</sup>.

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 <sup>7,18,19</sup>; bem como com revisão de literatura que apontou variação da prevalência nos sexo masculino

entre 51%-77%<sup>20</sup>. 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 mulheres<sup>21-23</sup> 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 significativas<sup>24</sup>. 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 sociais<sup>24</sup>. 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 ¼ do salário mínimo *per capita*<sup>25</sup>.

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 dialise<sup>26</sup>.

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 Unidos<sup>27</sup> a 91% no Brasil<sup>28</sup>.

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 substitutiva<sup>29-33</sup>.

Jager et al.<sup>26</sup> 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<sup>34,35</sup>.

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 hemodialítica<sup>20</sup>.

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 <sup>36,37</sup>. Alguns estudos apresentam a relação inversa entre suporte social e adesão a HD <sup>38,39</sup>. Nesse intento, devido a esse impacto o suporte social requerido fica fragilizada a sua qualidade de vida <sup>36,40</sup>.

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 <sup>41-44</sup>.

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.