

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu*
Mestrado em Enfermagem

ELAINE DUARTE MENDES FERREIRA

O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PESSOAS EM TERAPIA
RENAL SUBSTITUTIVA COM DOENÇA DE BASE
HIPERTENSÃO ARTERIAL
E/OU DIABETES MELLITUS

Juiz de Fora
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu*
Mestrado em Enfermagem

O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PESSOAS EM TERAPIA RENAL
SUBSTITUTIVA COM DOENÇA DE BASE
HIPERTENSÃO ARTERIAL
E/OU DIABETES MELLITUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Girlene Alves da Silva.

Juiz de Fora
Agosto, 2015

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ferreira, Elaine Duarte Mendes.
O Itinerário Terapêutico de Pessoas em Terapia Renal Substitutiva Com Doença de Base Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus / Elaine Duarte Mendes Ferreira. -- 2015. 156 f.

Orientadora: Girlene Alves da Silva
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Diálise. 2. Assistência à Saúde. 3. Hipertensão Arterial. 4. Diabetes Mellitus. I. Silva, Girlene Alves da , orient. II. Título.

Elaine Duarte Mendes Ferreira

O Itinerário Terapêutico de Pessoas em Terapia Renal Substitutiva com Doença de Base Hipertensão Arterial e/ou Diabetes mellitus.

Aprovada em 26 de agosto de 2015.

Prof^a. Dr^a. Girlene Alves da Silva.

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a Dr^a Geovana Brandão Santana Almeida

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a Dr^a Elaine Teixeira Rabello

Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof^a Dr^a Fabiana Barbosa Assumpção de Souza

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a Dr^a Vânia Maria Freitas Bara.

Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico esse estudo às pessoas com Doença Renal Crônica do Serviço de Nefrologia do Hospital São João Batista em Viçosa – MG.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por ter me fortalecido e me inspirado coragem para abraçar esse sonho que por muito tempo era algo tão distante em minha vida, mas que Ele em sua infinita bondade me mostrou o caminho a seguir.

A Prof^a Dr^a Girlene Alves da Silva pela paciência, compreensão, carinho e amizade, por ter tornado esse caminhar mais ameno, e por ter me proporcionado um aprendizado que extrapolou o conhecimento científico. Um aprendizado para a vida, você é um grande exemplo de como ser um profissional comprometido com a profissão, com as pessoas de quem cuidamos e com a sociedade. Ensinaamentos que levarei por toda a vida.

Às professoras Dr^{as} Geovana Brandão, Elaine Rabello, Vânia Bara e Fabiana por aceitarem participar de minha banca fazendo contribuições valiosas para o aprimoramento do meu estudo.

À coordenação do curso do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, representada pela Prof^a. Dr^a Anna Maria de Oliveira Salimena, e também a secretária do mestrado Elisângela Almeida pela imensa ajuda em todos os momentos necessários demonstrando sempre gentileza e carinho para com os mestrandos.

À todos os professores do Mestrado em Enfermagem que compartilharam as suas experiências e saberes conosco, pela ótima convivência e grandes oportunidades de aprendizado.

Aos meus filhos Matheus e Maria Clara, que me impulsionam todos os dias da minha vida para ser uma pessoa melhor e me encorajam a buscar a realização dos meus sonhos. Vocês são a melhor parte de mim...

Ao meu marido Erlinson, meu maior incentivador e amigo, pe companheirismo e apoio incondicional fazendo dos meus sonhos os seus sonhos, acreditando mais do que eu mesma na realização deles. Essa vitória também é sua.

À minha mãe Lúcia pelo grande apoio, paciência e incentivo. E por cuidar com tanto amor e carinho do Matheus e da Maria nos momentos em que eu não podia estar presente.

À minha avó Matilde que sempre acreditou em minha capacidade e força e me ensinou a lutar pelos meus sonhos. Sei que estará vibrando com esta vitória...

Ao meu tio Darcy pelo incentivo e apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

Aos enfermeiros do cenário de pesquisa Mônica, Paulo Sérgio e Wagner pela gentileza em me receber no serviço e pela colaboração valiosa com este estudo.

E em especial, as pessoas com Doença Renal Crônica que participaram deste estudo e compartilharam suas histórias comigo. E, também àquelas que fizeram parte da minha vida profissional e que tive a oportunidade de cuidar. Essas pessoas foram a inspiração deste trabalho, as primeiras que tive a oportunidade de cuidar quando me tornei enfermeira, agradeço à elas por terem me ensinado a importância do cuidado na vida de alguém que depende de uma máquina para sobreviver e de seres humanos capazes de transformar a prática profissional em um ato de cuidado e amor para com o outro.

RESUMO

O estudo teve como objeto o Itinerário Terapêutico de Pessoas em Terapia Renal Substitutiva com Doença de Base Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus. Para alcançar o estudo desse objeto os seguintes objetivos foram definidos: Conhecer as percepções de pessoas hipertensas e/ou diabéticas que se encontram em Terapia Renal Substitutiva em relação ao seu próprio processo saúde-adoecimento, e as escolhas de tratamento propostas; identificar o fluxo assistencial às pessoas atendidas em um Centro de Terapia Renal Substitutiva nos três níveis de atenção; analisar o itinerário terapêutico de pessoas hipertensas e/ou diabéticas, portadoras de doença renal crônica, enquanto assistidas pela Terapia Renal de Substituição (TRS) em um serviço de nefrologia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, O cenário do estudo foi um serviço de nefrologia localizado em uma cidade do interior da Zona da Mata Mineira, uma entidade que atende a este município e microrregião. Os participantes do estudo foram 20 pessoas em terapia renal substitutiva com doença de base hipertensão e/ou diabetes mellitus, sendo entrevistadas em seu horário de diálise. O período de realização das entrevistas foi de outubro de 2014 à janeiro de 2015. A coleta de dados foi feita utilizando-se de entrevistas semi-estruturadas e para análise dos dados elegeu-se a técnica de análise de conteúdo temático. A partir das narrativas construíram-se as seguintes categorias de discussão: 1) “A Descoberta Do Adoecimento”; 2) “Tecendo Saberes Sobre o Adoecimento” 3) “O Sentido do Tratamento Renal Substitutivo” e 4) “Caminhos Percorridos em Busca de Tratamento: uma trajetória de (des) cuidado”. Os itinerários apresentados neste estudo descrevem trajetórias e escolhas individuais e singulares, mas que possuem uma forte convergência que expõem de forma clara as fragilidades dos serviços de saúde e profissionais que compõe a rede de assistência à saúde. Possibilitou a compreensão de itinerários que sofrem influências dos contextos de vida de cada pessoa, algo que normalmente vêm escapando aos serviços e profissionais de saúde. Evidencia a necessidade de fortalecer a atenção básica como a porta de entrada desses sujeitos no sentido de reduzir as vulnerabilidades para a Doença Renal Crônica.

Descritores: Diálise; Assistência a Saúde; Hipertensão Arterial; Diabetes mellitus.

ABSTRACT

The study had as its object the Itinerary Therapeutic of Peoples in Renal Replacement Therapy Based Disease arterial hypertension and / or diabetes mellitus. To achieve the object of this study the following objectives were defined: To know the perceptions of hypertensive and / or diabetic people who are on renal replacement therapy in relation to their own health-illness, and treatment choices proposals; identify the assistance flow to people attending a Renal Replacement Therapy Center in the three levels of care; analyze the therapeutic itinerary of hypertensive patients and / or diabetic, suffering from chronic kidney disease, while assisted by Renal Replacement Therapy (RRT) in a nephrology service. It is a qualitative, descriptive, the study setting was a nephrology service located in a town in Zona da Mata Mineira, an entity that serves this city and micro-region. Study participants were 20 people on renal replacement therapy with underlying disease hypertension and / or diabetes mellitus, being interviewed on his dialysis schedule. The interviews implementation period was from October 2014 to January 2015. Data collection was performed using semi-structured interviews and analysis of data elected to thematic content analysis technique. From the narratives built up the following discussion categories: 1) "The Discovery Of Illness"; 2) "Weaving Knowledge About Illness" 3) "The Renal Treatment Sense Substitute" and 4) "Paths taken in sewage search: a trajectory of (lack of) care." The itineraries presented in this study describe trajectories and individual and individual choices, but have a strong convergence that expose clearly the weaknesses of health and professionals who make up the health care network services. It enabled the understanding of itineraries that are influenced the life contexts of each person, something that usually come escaping services and health professionals. Highlights the need to strengthen primary care as the gateway of these subjects to reduce the vulnerabilities for Chronic Kidney Disease.

Keywords: Dialysis; Health care; arterial hypertension; Diabetes mellitus.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| QUADRO 1 – DIAGNÓSTICOS DE BASE DA DOENÇA RENAL CRÔNICA..... | 32 |
| FIGURA 1 – FLUXOGRAMA PARA AVALIAÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA..... | 54 |
| QUADRO 1 – RECOMENDAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO COM BASE NA AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL INICIAL..... | 60 |
| QUADRO 2 – CRITÉRIOS PARA O RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS EM ADULTOS ASSINTOMÁTICOS..... | 64 |
| FIGURA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE BASE ENTRE OS PARTICIPANTES..... | 77 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| 1 – Tabela 1 – Estadiamento da Doença Renal Crônica Segundo K/DOQI..... | 41 |
| 2 – Tabela 2 - Distribuição das Características Socioeconômicas e Demográficas Dos Participantes do Estudo..... | 72 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---------------------------------------|-----|
| 1- ILUSTRAÇÃO 1 – ITINERÁRIO 1..... | 94 |
| 2- ILUSTRAÇÃO 2 – ITINERÁRIO 2..... | 95 |
| 3- ILUSTRAÇÃO 3 – ITINERÁRIO 3..... | 96 |
| 4- ILUSTRAÇÃO 4 – ITINERÁRIO 4..... | 97 |
| 5- ILUSTRAÇÃO 5 – ITINERÁRIO 5..... | 98 |
| 6- ILUSTRAÇÃO 6 – ITINERÁRIO 6..... | 99 |
| 7- ILUSTRAÇÃO 7 – ITINERÁRIO 7..... | 100 |
| 8- ILUSTRAÇÃO 8 – ITINERÁRIO 8..... | 101 |
| 9- ILUSTRAÇÃO 9 – ITINERÁRIO 9..... | 102 |
| 10-ILUSTRAÇÃO 10 – ITINERÁRIO 10..... | 103 |
| 11-ILUSTRAÇÃO 11 – ITINERÁRIO 11..... | 104 |
| 12-ILUSTRAÇÃO 12 – ITINERÁRIO 12..... | 105 |
| 13-ILUSTRAÇÃO 13 – ITINERÁRIO 13..... | 106 |
| 14-ILUSTRAÇÃO 14 – ITINERÁRIO 14..... | 107 |
| 15-ILUSTRAÇÃO 15 – ITINERÁRIO 15..... | 108 |
| 16-ILUSTRAÇÃO 16 – ITINERÁRIO 16..... | 109 |
| 17-ILUSTRAÇÃO 17 – ITINERÁRIO 17..... | 110 |
| 18-ILUSTRAÇÃO 18 – ITINERÁRIO 18..... | 111 |
| 19-ILUSTRAÇÃO 19 – ITINERÁRIO 19..... | 112 |
| 20-ILUSTRAÇÃO 20 – ITINERÁRIO 20..... | 113 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica
APAC - Autorização de Procedimentos de Alto Custo
APS - Atenção Primária à Saúde
BRA - Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina
CC – Condição Crônica
Cr - Creatinina Sérica
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV - Doença Cardiovascular
DM - Diabetes mellitus
DP - Diálise Peritoneal
DRC – Doença Renal Crônica
DRET – Doença Renal Crônica em Estágio Terminal
EAS - Exame Sumário de Urina
ESF - Estratégia de Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
FFR – Falência da Função Renal
FG - Filtração Glomerular
FR - Fatores de Risco
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
Hb - Hemoglobina
HD - Hemodiálise
HIV - Human Immunodeficiency Vírus
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDR - Instituto de Doenças Renais
IECA - Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina
IFKF - Internation Federation of Kidney Foundations
IMC - Índice de Massa Corpórea
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IRC - Insuficiência Renal Crônica
ISN - International Society of Nefrology
IST - Índice de Saturação de Transferrina
IT - Itinerário Terapêutico
K/DoQI - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

MDM - Metas de Desenvolvimento do Milênio
MEV- Mudança de Estilo de Vida
MS - Ministério da Saúde
NHANES – National Health and Nutrition Examination Survey
NKF - National Kidney Foundation
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan – Americana da Saúde
PA - Pressão Arterial
pmp - Pacientes por milhão de pessoa
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNI - Programa Nacional de Imunização
PTH - Parathormônio
RAC - Relação Albuminúria Creatinúria
RDC - Resolução de Diretoria Colegiada
SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão
SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde
TFG - Taxa de Filtração Glomerular
TRS – Terapia Renal Substitutiva
UBS - Unidade Básica de Saúde
USRDS - United States Renal Data System
VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risc e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO - World Health Organization

Sumário

| | |
|---|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 Apresentação Do Objeto E Justificativa | 14 |
| 1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO..... | 21 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 22 |
| 2.1 Itinerário Terapêutico..... | 22 |
| 2.3 As Políticas De Saúde E Suas Implicações Na Doença Renal Crônica | 33 |
| 2.4 Linhas De Cuidado..... | 38 |
| 2.4.1 Linha De Cuidado À Pessoa Com Doença Renal Crônica..... | 40 |
| 2.4.2 Linha de Cuidado para o Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica..... | 54 |
| 2.4.3 Linha De Cuidado Para O Diabetes Mellitus..... | 61 |
| 3 MÉTODO DE ESTUDO..... | 66 |
| 3.1 CENÁRIO..... | 67 |
| 3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO | 67 |
| 3.3 ESTRATÉGIAS DE APREENSÃO DOS DADOS..... | 68 |
| 3.4 Organização dos Achados para Análise | 69 |
| 4 ANÁLISE DO ESTUDO | 71 |
| 4.1 Caraterização Dos Participantes Do Estudo..... | 71 |
| 4.2 A Descoberta Do Adoecimento | 78 |
| 4.3 Tecendo Saberes Sobre O Adoecimento | 81 |
| 4.4 O Sentido Do Tratamento Renal Substitutivo | 88 |
| 4.5 CAMINHOS PERCORRIDOS EM BUSCA DE TRATAMENTO: Uma Trajetória De (Des) Cuidado | 93 |
| 4.5.1 Os Itinerários Terapêuticos: Desenho Individual Das Trajetórias..... | 93 |
| 5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO | 129 |
| 6 REFERÊNCIAS..... | 133 |
| APÊNDICES | 145 |
| ANEXOS..... | 151 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação Do Objeto E Justificativa

O Brasil vive, nesse início de século, uma situação de saúde que combina uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular, expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carências, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas. Esse predomínio relativo das condições crônicas tende a aumentar em função da produção social das mesmas, a partir de uma prevalência significativa e, em geral, crescente, dos determinantes sociais da saúde proximais, ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, como tabagismo, inatividade física, excesso de peso, uso excessivo de álcool e outras drogas, além de outros (MENDES, 2012).

Entende-se por transição epidemiológica as mudanças que acontecem nos padrões de mortalidade, morbidade e invalidez numa população específica ao longo do tempo e que, em geral, associam-se com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (OMRAM, 2001).

É importante lembrar o impacto econômico que as doenças crônicas têm para o país, e este, está principalmente relacionado não só com os gastos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010a).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), as doenças crônicas não transmissíveis, os padecimentos relacionados com infecção por Human Immunodeficiency Vírus (HIV) e outras doenças transmissíveis persistentes têm substituído, ao longo do último século, as doenças infecciosas agudas nos primeiros lugares de morbidade e mortalidade. Para agrupar esses tipos de condições de

saúde têm-se preferido utilizar a definição de condição crônica (CC), que são problemas de saúde que se caracterizam por requerer manejo contínuo ao longo do tempo, precisando de uma estratégia diferenciada, na qual o termo transmissível ou não transmissível é menos importante para operacionalizar certas ações.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por cerca de 60% das causas de mortes em todo mundo, afetando cerca de 35 milhões de pessoas por ano e, para a próxima década, espera-se que haja um aumento de 17% na mortalidade causada pelas DCNT. Dentre os principais tipos de DCNT, a doença cardiovascular (DCV) é a que tem o maior impacto epidemiológico, sendo responsável por cerca de 30% de todas as mortes no mundo. A DCV tem aumentado progressivamente, por conta do acúmulo de fatores de risco tradicionais como hipertensão e diabetes, bem como pelo envelhecimento e aumento da expectativa de vida, decorrentes da transição demográfica observada nas últimas décadas. Além desses fatores de riscos tradicionais, a Doença Renal Crônica (DRC), caracterizada pela alteração da função renal, tem sido descrita como um dos principais determinantes de risco de eventos cardiovasculares (BRASIL, 2013b).

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão assumiram ônus crescente e preocupante. Ambas são condições prevalentes e importantes problemas de saúde pública em todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento (TOSCANO, 2004).

A Doença Renal Crônica (DRC) é, atualmente, considerada um problema de saúde pública mundial. No Brasil, a incidência e a prevalência de falência da função renal (FFR) estão aumentando, o prognóstico ainda é ruim e os custos do tratamento da doença são altíssimos. O número projetado atualmente para pacientes em tratamento dialítico e com transplante renal no Brasil está próximo dos 120.000, a um custo de 1,4 bilhão de reais (BASTOS et al., 2010).

Análise transversal do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) demonstrou que cerca de 17% da população adulta nos Estados Unidos da América (EUA) apresenta algum grau de perda de função renal (CORESH, 2003).

Dados divulgados pelo Ministério da Saúde em 2011 apontam que o diabetes *melittus* (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011a). De acordo

com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2010), no Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica, submetidas à diálise no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Filho e Brito (2006), em levantamentos epidemiológicos, sugeriram a existência de aproximadamente um milhão de pessoas com Doença Renal Crônica Terminal (DRET), submetidas à Terapia Renal Substitutiva (TRS), em todo mundo. As projeções indicavam que esse número deveria duplicar em um período de apenas cinco anos. Frente a essa discussão, a International Society of Nephrology (ISN) e a International Federation of Kidney Foundations (IFKF) estimaram a ocorrência de 36 milhões de óbitos por Doença Renal Crônica e doenças vasculares até o ano de 2015. Essa epidemia global pode ser explicada, em grande parte, pelo expressivo crescimento no número de casos do diabetes mellitus e pelo aumento na expectativa de vida da população mundial. Nesse contexto a hipertensão arterial não pode deixar de ser mencionada, pelo fato de acometer cerca de 1 bilhão de pessoas em todo mundo e ser causa de DRET em vários países.

Conforme inquéritos realizados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SOBEN) 2013, as principais doenças reportadas como causas de DRET em pacientes incidentes são hipertensão arterial (35%), diabetes mellitus (30%) e glomerulonefrite (12%). Estudos epidemiológicos prospectivos estabeleceram com clareza a relação causal entre hipertensão arterial (seja sistólica ou diastólica) e insuficiência renal crônica (IRC). A prevalência de hipertensão arterial na população adulta em nosso meio é superior a 25%. Muitos desses indivíduos não sabem ser hipertensos, e entre os que sabem menos de 30% são adequadamente tratados. Portanto, há grande potencial para que nos próximos anos a hipertensão arterial continue a ser causa importante de IRC (SESSO, 2011).

Em janeiro de 2006, havia 17.878 (25%) pacientes diabéticos em diálise no Brasil. Nos EUA, mais de 40% dos pacientes que iniciam diálise tem nefropatia diabética. Embora a prevalência dos diabéticos em diálise em nosso meio venha aumentando nos últimos anos, muitos morrem de outras causas antes de atingir DRET. Além disso, a maioria dos diabéticos em diálise apresenta diversas

comorbidades associadas que limitam sobremaneira sua sobrevivência e qualidade de vida (SESSO, 2010).

Aproximadamente, 90% dos casos diagnosticados de DRET ao redor do mundo são provenientes dos países em desenvolvimento (NWANKWO e EL, 2005 apud BRASIL, 2013b). A United States Renal Data System (USRDS, 2010) revela que a taxa de prevalência de pacientes em TRS é de 1.000 pacientes por milhão de pessoa (pmp) em países da Europa, no Chile e Uruguai, e de 1.750 pacientes pmp nos EUA. De acordo com o Censo Brasileiro de Diálise publicado em 2012, o número de pacientes com DRET no Brasil praticamente duplicou na última década, passando de 42.695 em 2000 para 91.314 em 2011 com uma taxa de 475 pmp, com mais de 28.000 novos pacientes ao ano iniciando TRS.

A despeito desse aumento considerável, a prevalência de pacientes em TRS no Brasil está abaixo de nações com perfil semelhante, apontando para a necessidade de identificação e tratamento adequado dos pacientes com fatores de risco para a DRC, bem como seu diagnóstico precoce e tratamento, visando o cuidado integral desses pacientes, tendo como principais objetivos a redução de desfechos desfavoráveis, como a mortalidade cardiovascular e a progressão para DRET (BRASIL, 2013b).

Com o objetivo de melhorar a evolução das pessoas com doença renal crônica, é necessária uma abordagem mundial coordenada de prevenção das evoluções desfavoráveis, que defina a doença e sua evolução, estime a prevalência da doença, identifique os estágios precoces da doença e os fatores de risco prévios, bem como a detecção e o tratamento das populações com risco aumentado para evolução desfavorável (KIDNEY DISEASE OUTCOMES QUALITY INITIATIVE-K/DOQI, 2002).

A busca ativa destes pacientes, através da organização dos serviços de saúde e da capacitação dos prestadores, nos mais diversos níveis de atenção, é essencial para sua detecção e adequado acompanhamento. Neste sentido, a identificação de Grupos de Risco é instrumento para dirigir Ações de Saúde com eficácia e eficiência (GORDAN, 2006).

No Brasil, as atenções com a DRC se restringem, quase que exclusivamente, ao seu estágio mais avançado, quando o paciente necessita de Terapia Renal Substitutiva (TRS). Contudo, a evolução da DRC depende da

qualidade do atendimento ofertado muito antes da ocorrência da falência funcional renal (BATISTA et al., 2005).

O encaminhamento tardio dos pacientes com DRC para acompanhamento nefrológico é considerado um dos grandes problemas de saúde pública, posto que é evitável, associa-se com maior risco de morbimortalidade e determina um impacto financeiro no sistema de saúde (BASTOS et al., 2004).

Comparados aos pacientes com acompanhamento nefrológico precoce no curso de suas doenças, aqueles que são vistos tardiamente, ou seja, praticamente à época de iniciarem alguma forma de TRS, apresentam maior risco de morte no primeiro ano de diálise, iniciam a hemodiálise em caráter de urgência e através de acesso vascular temporário, têm menor chance de escolha da diálise peritoneal ou transplante preemptivo, apresentam piores parâmetros metabólicos e manuseio inadequado da anemia, além de permanecerem mais tempo hospitalizados e acarretarem maiores gastos aos sistemas de saúde (BASTOS et al., 2004).

Segundo Mendes (2012), os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente presentes aqui e alhures, são aqueles que se (des)organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a Atenção Primária à Saúde (APS) não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Além disso, a atenção é fundamentalmente voltada para as condições agudas, reativas e episódicas, focada na doença e sem uma participação protagônica das pessoas usuárias no cuidado com a saúde.

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) expressa claramente a intenção de revitalizar a Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada preferencial aos serviços oferecidos pelo SUS. O nível básico de atenção tem sido reestruturado de forma a atender não somente o usuário na perspectiva da queixa-conduta, mas, sobretudo a assistir indivíduos/famílias/comunidades na sua integralidade, consoante à conceituação ampliada de saúde e aos determinantes sociais da saúde. Ademais, é responsabilidade desse nível de atenção oferecer à população ações de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, com

foco na educação em saúde e ações de detecção precoce e rastreamento de doenças preveníveis (MENDES, 2011).

Para compreendermos as escolhas de cuidado de cada indivíduo é necessário também compreendermos que formas de cuidados são adotadas a partir da rede de relações do indivíduo com familiares, vizinhos, terapeutas populares, organizações religiosas e dos próprios serviços de saúde (SCHOLZE, A. S.; SILVA, Y.F., 2005).

As pessoas em situação de adoecimento tentam resolver seus problemas de saúde procurando os serviços de saúde e dessa forma o itinerário terapêutico (IT) de cada pessoa se desenha à partir das necessidades vivenciadas. Enfrentar as doenças faz parte do cotidiano, para tanto, o ser humano desenvolve diversas estratégias no processo saúde-doença. O cotidiano representa o cenário de base para o estudo dos itinerários terapêuticos, pois os tratamentos das doenças são construções individuais e sociais que se materializam nos pequenos jogos sociais, reconhecidos como trama social (LEITE; VASCONCELLOS, 2006).

As doenças crônicas de maneira geral afetam as vidas das pessoas em vários aspectos. Essas mudanças fazem com que as pessoas incorporem novos hábitos, adaptações dos papéis sociais desempenhados, passando então a viver uma condição de saúde devido a uma determinada doença. Diante de uma nova condição as pessoas buscam construir seus próprios caminhos para enfrentar as exigências da condição crônica sendo assim, sabe-se que as questões de saúde não acontecem de modo separado dos demais aspectos da vida da pessoa e da sociedade; faz parte do contexto sociocultural. Este percurso percorrido pelas pessoas é denominado de itinerário terapêutico (TOMÁZ, 2009).

Tais caminhos percorridos na busca de soluções para problemas de saúde são, em geral, pouco conhecidos ou relegados a um segundo plano, não sendo um tema prioritário durante a formação dos profissionais das áreas de saúde, também pouco presentes nas preocupações dos pesquisadores e gestores. No entanto, o conhecimento dessas experiências e trajetórias pode ser particularmente importante, por exemplo, nas doenças crônicas onde a abordagem envolve uma complexidade de recursos, em diversos níveis do sistema de atenção (CONILL & PIRES., 2007).

Pensar o cotidiano das pessoas que vivem a experiência da doença renal, fez parte da minha trajetória como enfermeira. Meu primeiro contato com pessoas

em tratamento hemodialítico ocorreu em 2005, quando fui trabalhar em uma clínica de nefrologia que oferecia terapias renais de substituição nas modalidades de hemodiálise e diálise peritoneal – este foi meu primeiro emprego como enfermeira e onde permaneci durante 8 anos até ser aprovada no mestrado.

A princípio, ser enfermeira de um serviço de nefrologia conhecido na região por sua excelência em atendimento e qualidade, foi um grande desafio para mim como profissional, pois havia muito que aprender sobre os procedimentos técnicos pelos quais o enfermeiro é responsável, as diretrizes e especificidades do tratamento às pessoas com DRC, as medicações que as mesmas faziam uso e as legislações e portarias que regem a terapia renal de substituição. Era um grande desafio e uma oportunidade única. Concomitante ao meu ingresso neste setor, iniciei uma especialização em Nefrologia, procurando obter subsídios para a minha prática.

Durante minha experiência no serviço, tive a oportunidade de cuidar de pessoas portadoras de DRC, que ali estavam, em sua grande maioria, devido à hipertensão arterial e diabetes. E esse quadro se tornou uma inquietação pra mim enquanto profissional da área da saúde, inserida em um sistema que deveria atender essas pessoas em todas as suas necessidades e especificidades. Porém, não era a realidade com a qual me deparava no dia a dia. Em meu percurso, pude cuidar de muitas pessoas hipertensas e diabéticas que se tornaram renais crônicos dependentes de uma Terapia Renal Substitutiva para sobreviver e que, na maior parte dos casos, não associavam a hipertensão e o diabetes à doença renal crônica. E, no desenrolar de minha prática, sempre me perguntava: por que pacientes hipertensos e diabéticos, que eram ou deveriam estar sendo acompanhados pela atenção primária à saúde, chegavam a um serviço de TRS, em caráter de urgência e/ou emergência, sem nenhum tipo de referenciamento? Essas pessoas conhecem sua condição de saúde e adoecimento? Em algum momento elas foram orientadas sobre as consequências da doença renal crônica? Qual o papel da atenção primária nesse processo de cuidar? Qual o caminho trilhado por esses usuários até chegar à unidade de Terapia Renal Substitutiva? Desse modo, o objeto de investigação desse estudo é o itinerário terapêutico dessas pessoas que recebem atendimento em Terapia Renal Substitutiva (TRS) e que sofrem de doença de base hipertensão e/ou diabetes.

A partir desse meu cotidiano surgiu o interesse em entender o motivo pelo qual nosso sistema de saúde não está conseguindo prestar uma assistência integral aos seus usuários, mesmo diante da publicação de tantas legislações, portarias, diretrizes e manuais que abordam a HAS, o DM e a DRC, na tentativa de definir estratégias e proporcionar resolutividade às práticas de saúde atuais. A fragmentação do cuidado e a ausência de fluxos assistenciais definidos no sistema de saúde, assim como o desconhecimento dos usuários, contribuem significativamente para o aumento do número de pessoas diabéticas e hipertensas em TRS, dificultando a elas a possibilidade da integralidade do cuidado. E foram essas inquietações que despertaram em mim o desejo de pesquisar o itinerário terapêutico dessas pessoas.

Neste estudo, pretendeu-se conhecer o itinerário terapêutico de pacientes hipertensos e diabéticos portadores Doença Renal Crônica em Terapia Renal Substitutiva, buscando dessa forma caracterizar o percurso que as pessoas fazem na busca de tratamentos e cuidados para sua condição de saúde. A escolha da temática é justificada pela amplitude do problema, deficiência de estudos que abordem esse tema e devido ao cenário de alta prevalência e incidência das doenças crônicas com mudança do perfil epidemiológico e demográfico em nosso país.

1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

- Identificar o fluxo assistencial às pessoas atendidas em um Centro de Terapia Renal Substitutiva nos três níveis de atenção.
- Conhecer as percepções de pessoas hipertensas e/ou diabéticas que se encontram em Terapia Renal Substitutiva em relação ao seu processo saúde-doença, e as escolhas de tratamento propostas;
- Analisar o itinerário terapêutico de pessoas hipertensas e/ou diabéticas, portadoras de doença renal crônica, enquanto assistidas pela Terapia Renal de Substituição (TRS) em um serviço de nefrologia;

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Itinerário Terapêutico

O Itinerário Terapêutico (IT) é o desenho de busca e cuidados que emerge das narrativas contadas pelos sujeitos que, quando relatadas oralmente nem sempre têm uma ordem cronológica, visto que as pessoas têm o seu tempo para contar as histórias, valorizando os momentos de acordo com seu ponto de vista (FAVORETO, 2006).

As primeiras discussões sobre itinerários terapêuticos tiveram início através de estudos socioantropológicos na década de sessenta do século passado. Estes buscavam, de forma pragmática, compreender como os indivíduos orientavam suas escolhas de tratamento de saúde. A partir destes estudos originais de Mechanic e Volkart (1960), Geertz (1978) e Kleinman (1978) apud Ferreira (2011), iniciou-se uma investigação mais apurada sobre como as pessoas e as sociedades elaboravam diferentes concepções médicas sobre causas, sintomas, diagnósticos e tratamentos das doenças, assim como as maneiras de busca de soluções de seus padecimentos e maneiras de se comportarem nesses momentos.

De acordo com Bellato, Araújo e Castro (2008), no Brasil, os primeiros estudos sobre itinerário terapêutico datam da década de 1980-90, com Rabelo e Alves, e desde então, apresentam-se diversas conceituações e linhas de pensamento sobre o tema.

Conill et al. (2008) também observou em sua pesquisa que estudos sobre itinerários terapêuticos no Brasil são relativamente recentes. Este dado evidencia que os arranjos estabelecidos por usuários na superação de problemas de acesso e integralidade expressam uma riqueza pouco aproveitada durante a formação de profissionais ou mesmo por pesquisadores e gestores.

Sobre o comportamento e fatores que influenciam a utilização de serviços de saúde, Biddle et al. (2007), observam que na vasta literatura existente, duas diferentes abordagens se destacam: uma, dominante e de cunho positivista, que procura caracterizar as diferenças entre usuários e não usuários através da definição de um “perfil do usuário” com padrões de comportamentos relativos ao uso do

serviço e em termos de facilitadores ou barreiras (psicológicas, geográficas, estruturais, etc.) para o acesso, e outra, de caráter dinâmico, que trata a procura de serviços de saúde como um processo social não só influenciado pelos dispositivos biomédicos existentes mas também pelos recursos leigos e as redes sociais. Nessa abordagem o comportamento do enfermo é observado do ponto de vista de “como os sintomas são interpretados e gerenciados por indivíduos e pela comunidade”.

Kleinman (1978) conceitua o itinerário terapêutico como o conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para o tratamento da aflição, permitindo estabelecer a relação entre a dimensão sociocultural e a conduta singularizada de cada indivíduo. O modelo proposto por Kleinman (1978) prioriza o estudo de práticas médicas e cura, incorporando o conceito de Sistema de Cuidado à Saúde (health care system), onde o mesmo considera que há uma articulação entre elementos relacionados à saúde, envolvendo a experiência dos sintomas, decisões em relação ao tratamento, práticas terapêuticas e avaliação dos resultados. Esses Sistemas de Cuidados à Saúde contém três subsistemas sociais onde a enfermidade é vivenciada, respectivamente traduzida como Familiar, Popular e Profissional.

O subsistema familiar se refere ao saber do senso comum, que se refere ao indivíduo e suas redes sociais, como familiares, amigos, vizinhos. É neste subsistema que os primeiros cuidados com a doença são adotados, incluindo repouso, alteração da dieta, alimentos especiais, massagens, remédios caseiros, automedicação, suporte emocional e práticas religiosas. O subsistema popular ou folk se constitui no campo leigo não especializado da sociedade e envolve os curandeiros, os tratamentos manipulativos com ervas, exercícios especiais, o xamanismo e os rituais de cura. O subsistema profissional é onde se localizam as profissões de cura organizadas e legalmente reconhecidas, sendo os sistemas médicos tradicionais os maiores representantes (ALVES & SOUZA, 1999).

Para melhor compreendermos as práticas adotadas em cada Subsistema e como eles se relacionam, Kleinman utiliza o conceito de “modelo explicativo”. Esse modelo pretende oferecer explicações sobre a doença e tratamento, visando à elaboração do significado pessoal e social da experiência da doença, orientando a escolha entre as terapias disponíveis (KLEINMAN, 1978 apud ALVES & SOUZA, 1999).

A partir daí podemos observar que a escolha terapêutica assume, a cada indivíduo, vantagens e desvantagens e são eleitas pela disponibilidade e pelo que representam na cultura a qual o indivíduo está inserido (MALISKA & PADILHA, 2009). O itinerário terapêutico é construído por caminhos diversos, não há uma regra que determine o que fazer, e quando fazer. Algumas alternativas se aproximam ao modelo biomédico enquanto outras recaem no conhecimento pessoal, familiar, popular ou religioso. Desse modo, é importante contextualizar que a cultura, neste cenário, aparece como pano de fundo destas relações, pois muitos dos cuidados são pautados no conhecimento familiar e popular, porém os percursos acabam sendo construídos pela singularidade individual (MALISKA et al., 2007).

É a partir da experiência da enfermidade que o indivíduo escolhe seu tratamento, o itinerário terapêutico (ALVES & SOUZA, 1999). A influência do contexto sociocultural é notória na escolha do itinerário de cuidado, pois a interpretação da enfermidade tem uma dimensão temporal não apenas porque a doença, em si mesma, muda no decorrer do tempo, mas também porque a sua compreensão é continuamente confrontada por diferentes diagnósticos construídos por familiares, amigos, vizinhos e terapeutas (JÚNIOR et al., 2013).

Segundo Burille (2012) em uma situação de adoecimento, os indivíduos podem transitar por diferentes sistemas de cuidado em busca da solução ou amenização do problema de saúde experienciado, salientando que essa busca por cuidado em situação de adoecimento crônico sofre transformações com o passar do tempo sendo amenizada nos períodos de silenciamento da condição e intensificada e pluralizada em momentos de agudização.

Gerhardt (2007) destaca que o estudo dos itinerários terapêuticos apresenta os múltiplos fatores presentes nas dinâmicas cotidianas, pois o mesmo possibilita a compreensão do enfrentamento das situações de saúde e doença, que se modelam a partir do contexto em que os indivíduos vivem, bem como dos aspectos econômicos, sociais e culturais que organizam a vida coletiva e a vida biológica, resultantes de um espaço de ação e interação social. É nesse cenário que as pessoas estabelecem relações de apoio, configurando redes sociais, as quais direcionam as práticas terapêuticas e auxiliam no enfrentamento de situações cotidianas (GERHARDT et al., 2009).

O processo de escolha pelo caminho a ser seguido na busca da solução do problema existente segue um itinerário de cura ou Itinerário Terapêutico. As trajetórias de cada indivíduo neste percurso são viabilizadas em um campo de possibilidades socioculturais que permitem a elaboração e implementação de projetos de tratamentos (MERINO & MARCON, 2007).

Para ALVES & SOUZA (1999) a experiência da doença seria a “[...] forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação”. Portanto, a doença é experienciada pelo ser humano no momento em que ele atribui sentido e significado aos sinais e sintomas que ela apresenta, e a partir daí incorpora seu contexto social na construção das representações sociais sobre a sua enfermidade e acerca do itinerário terapêutico (JÚNIOR et al., 2013).

No entanto, quando nos aproximamos mais das pessoas que cuidamos, buscando apreender a maneira como tratam e cuidam de seus problemas de saúde, percebemos que a prescrição do profissional de saúde sobre o que podem ou devem fazer, como um único caminho adequado ao tratamento e cuidado em saúde, é compreendido por essas pessoas como mais uma opção, e não a única, como gostaríamos de acreditar (SILVA et al., 2006).

A investigação dos itinerários terapêuticos permite conhecer como as pessoas adoecem e quais são os sistemas de cuidado formais e informais mobilizados por elas na busca de cuidado. Ao mesmo tempo, apontam como o sistema de saúde organiza e oferece o cuidado profissional, proporcionando ações e práticas que podem ser ou não resolutivas e integrativas aos que buscam o cuidado profissional (BURILLE, 2012).

Quando essas questões envolvem pessoas com doenças crônicas, esta percepção é ainda mais ampliada. Afirmamos que a doença não tem cura, mas que pode ser controlada desde que sejam efetuadas mudanças no seu cotidiano, com adaptações de rotinas, inclusão de novos hábitos, enfim, as pessoas precisam ter limites e novas obrigações. Apontamos esses tratamentos e cuidados sem reconhecer que existem muitos outros que não fazem parte da biomedicina (SILVA et al., 2006).

Em um estudo realizado por Maliska e Padilha (2009) foi possível perceber que, à medida que o diagnóstico da doença crônica é revelado, a rede de apoio se

amplia, aumentando as possibilidades de cuidado. Quanto mais este diagnóstico é silenciado, mais restrita é a rede de apoio e o itinerário possui um caráter mais biomédico. A cultura, neste cenário, aparece como pano de fundo destas relações, pois muitos dos cuidados são pautados no conhecimento familiar e popular, porém os percursos acabam sendo construídos pela singularidade individual.

Segundo Ferreira e Silva (2012), diante das dificuldades impostas e inerentes ao processo de adoecimento crônico, os indivíduos constroem estratégias na gestão do tratamento que são significativas na construção de seus itinerários, ao mesmo tempo em que estruturam sua forma de ver o mundo, reconfigurada após seu diagnóstico.

Segundo Júnior et al. (2013), a construção do itinerário terapêutico ocorre de modo particular a cada indivíduo, se dá a partir da experiência de enfermidade vivida pelo mesmo junto às representações culturais sobre saúde e doença existentes no universo em que vive. É, portanto, incoerente pensarmos na escolha do itinerário terapêutico de um indivíduo desprezando a sua cultura.

Para Gerhardt et al. (2009), mesmo diante de inovações, nas quais os serviços tentam identificar as necessidades dos usuários, observa-se nas práticas avaliativas a não centralidade do usuário a partir do que ele pensa e vive, mas a partir de como esse serviço o vê. Está presente a lógica do serviço e não a do usuário. Desse modo, enfatiza que as práticas avaliativas precisam levar em conta dimensões subjetivas e não apenas indicadores de desempenho, pois estes dificilmente dão conta da complexidade da vida cotidiana e das repercussões na saúde.

Segundo Alves e Souza (1999), os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados. Suas escolhas expressam construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, forjadas sob as influências de diversos fatores e contextos. Estas escolhas vão definir ações que, passo a passo, constituirão um determinado percurso.

A busca por cuidado tem no itinerário terapêutico uma configuração de um plano concreto, de estratégias e projetos que se ancoram no tratamento e na busca pelo alívio do sofrimento vivenciado. Tal reflexão implica em dizer que não se pode

deixar de incluir nessa análise as emoções, os interesses e as atitudes circunstanciais, até porque não se trata de um plano projetado a priori, mas sim de um conjunto de significados presentes nas ações inerentes às experiências vividas concretamente pelos indivíduos em interação (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2009).

De acordo com Cabral et al. (2011), os diversos enfoques possíveis na observação de itinerários terapêuticos podem subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão, na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas. Os estudos e investigações sobre itinerários terapêuticos são relativamente recentes e apesar de sua potencialidade para a compreensão do comportamento em relação ao cuidado em saúde e ao uso de serviços, não tem expressão conhecida no Brasil.

2.2 AS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado dos cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos; e a prestação de serviços eficientes (OMS, 2003).

Mendes (2011) afirma que o problema principal do SUS (Sistema Único de Saúde) reside na incoerência entre a condição da saúde brasileira de tripla carga de doença, com o forte predomínio relativo das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde que da forma como é praticado, fragmentado e voltado para as condições e para os eventos agudos.

Considerando que os sistemas de saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população, eles devem guardar uma coerência com a situação de saúde vivenciada e essa falta de coerência determina a crise pela qual o SUS vem passando e que o nosso sistema de saúde não conseguiu acompanhar e

adaptar-se a essas mudanças culturais e contextuais resultando na crise do atual sistema de saúde. Para o autor, esse descompasso configura a crise fundamental do sistema público de saúde no país que só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde (MENDES, 2012).

A organização da atenção à saúde e a gestão do SUS se caracterizam por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas, demonstrada por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado, e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2010).

A Organização Mundial de Saúde em 2003 advertiu que:

Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. De fato, os sistemas de saúde não evoluíram, de forma perceptível, mais além do enfoque usado para tratar e diagnosticar doenças agudas. O paradigma do tratamento agudo é dominante e, no momento, prepondera em meio aos tomadores de decisão, trabalhadores da saúde, administradores e pacientes. Para lidar com a ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo predominante (OMS, 2003, p 34.)

Segundo Mendes (2011), as reformas sanitárias continuam necessárias e essas mudanças deverão ser concretizadas através da proposição de mudanças expressivas e grandes movimentos que são considerados pelo autor como imprescindíveis para que possamos superar a crise vivenciada pelo SUS, como: da decisão baseada em opinião para a decisão baseada em evidência; dos sistemas fragmentados, voltados para a atenção às condições e aos eventos agudos, para as redes de atenção à saúde, voltadas para atenção às condições agudas e crônicas; da gestão dos meios, recursos humanos, materiais e financeiros, para a gestão dos

fins, a gestão da clínica; de uma visão estreita de intervenções sobre condições de saúde estabelecidas, através de ações curativas e reabilitadoras, para uma concepção integral de sistemas de atenção à saúde que atue harmonicamente sobre os determinantes sociais da saúde e sobre as condições de saúde estabelecidas; e do financiamento baseado no volume de recursos para o financiamento baseado na geração de valor para as pessoas. E tais reformas são apontadas pelo autor como a solução para superar essa crise e caminhar no sentido da transição do sistema de atenção à saúde com a implantação das redes de atenção à saúde.

Uma das principais iniciativas que direcionaram as ações do Ministério da Saúde no sentido de promover o eixo da integralidade do cuidado foi a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2013b).

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2012).

De acordo com as diretrizes para a implementação da RAS, é necessária uma mudança no modelo hegemônico no SUS, que é centrado na doença e, em especial, no atendimento à demanda espontânea e na agudização das doenças crônicas. Ou seja, a implantação da RAS exige uma intervenção concomitante sobre as doenças agudas e crônicas, em uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, qualificando e fortalecendo as ações sobre as doenças crônicas (BRASIL, 2010a).

Um dos grandes desafios do nosso sistema de saúde é implementar as redes integrais de atenção em saúde com base na Atenção Primária (APS), pois ao mesmo tempo, precisamos qualificar a atenção primária para o exercício do atributo de coordenação do cuidado e também organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS uma resposta adequada. Tudo isso planejado a partir de um correto diagnóstico de necessidades em saúde que considere a diversidade e extensão do território brasileiro (MENDES, 2011).

Uma atenção primária à saúde na perspectiva das RASs deve cumprir três funções essenciais: resolutividade ao atender 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e os contra fluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população adscrita nas redes de atenção à saúde às equipes de cuidados primários. Só será possível organizar o SUS em redes de atenção à saúde se a atenção primária à saúde estiver capacitada a desempenhar adequadamente essas três funções (MENDES, 2012).

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010a).

A organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013d) tem por objetivos gerais:

1. Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas;
2. Garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas;
3. Impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas;
4. Contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

A partir do quadro epidemiológico das doenças crônicas no país houve a priorização da organização da rede em eixos temáticos, dentro dos quais foram

desenvolvidas as linhas de cuidados voltados às doenças/fatores de risco mais prevalentes. São elas: doenças renocardiovasculares; o diabetes; a obesidade; Doenças respiratórias crônicas e o Câncer (de mama e colo de útero) (BRASIL, 2012).

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral. O modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado formatadas *a priori*, não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que não são do interesse do usuário real, que está necessitando de atenção e de cuidado. Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (MALTA & MERHY, 2010).

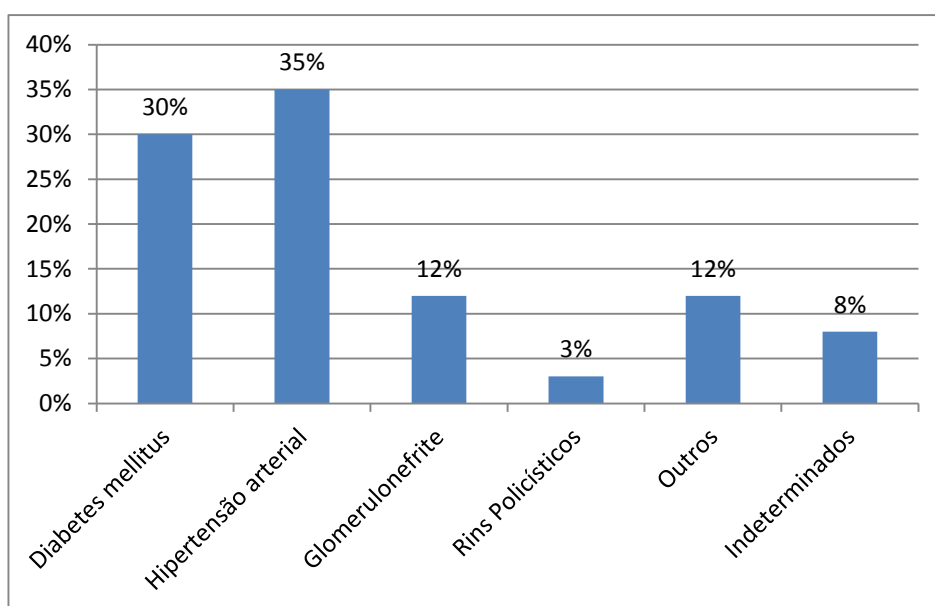
Ao pensar sobre o cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis devemos fazer uma reflexão sobre as linhas de cuidado a essas doenças uma vez que um dos maiores desafios da atenção à saúde em nosso país é melhorar a qualidade da atenção básica e trabalhar com a integração entre os serviços com o objetivo de prestar uma assistência fundamentada na integralidade do cuidado.

E enfrentar esse desafio requer um trabalho pautado na interdisciplinaridade, investimento na maior resolutividade das Unidades Básicas de Saúde (UBS), ofertando ações diversas e que irão colaborar com a melhoria da qualidade de vida e autonomia das pessoas em seu processo de adoecimento (OPAS, 2010).

Para que possamos dar conta dessa atual demanda que emerge com o aumento da prevalência das doenças crônicas e com a mudança do perfil epidemiológico da população brasileira é necessário superar o modelo de atenção biomédico, centrado no atendimento às patologias e na fragmentação do cuidado e construirmos um novo paradigma de saúde voltado à assistência às pessoas de forma integral, onde os sujeitos e seus contextos de vida e adoecimento são o centro de todo o processo de trabalho da equipe interdisciplinar, contribuindo dessa maneira para a autonomia dos usuários dos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e garantindo que a atenção em saúde aos usuários desses serviços seja pautada nos princípios da integralidade, equidade e universalidade do SUS.

O diabetes mellitus e a hipertensão se apresentam como doenças crônicas de grande impacto no sistema de saúde e são apontadas como as duas principais etiologias da Doença Renal Crônica e causa da entrada das pessoas em diálise. O Censo de Diálise (2013) apontam a hipertensão e o diabetes mellitus como principais causas da doença renal crônica, conforme gráfico abaixo divulgado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Dados deste censo mostram que em 2013 havia um total de 100.397 pacientes em tratamento dialítico no Brasil; e que em uma amostra de N: 50.961 pacientes, 42.827 pacientes (84%) possuíam como fonte pagadora do seu tratamento o SUS e 8.153 pacientes (16%) possuíam como fonte pagadora do seu tratamento outros convênios; a faixa etária na qual se concentraram os pacientes em sua maioria foi entre 19 a 64 anos (62,6%); 58% eram do sexo feminino; e com diagnósticos de base distribuídos conforme gráfico apresentado a seguir:

Quadro 1 - Diagnósticos de Base da DRC



Fonte: Censo de Diálise, 2013.

O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas

com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (SCHMIDT, 2011; ROSA, 2008 apud BRASIL, 2013c).

Em face da crescente incidência da Doença Renal Crônica terminal causada pela HAS e o DM a abordagem preventiva e terapêutica no tratamento destas duas patologias se faz de extrema importância no sentido de garantir melhores resultados na prevenção da DRC e também minimizar a sua progressão (REMBOLD, et al., 2009; PEIXOTO, et al., 2013).

2.3 As Políticas De Saúde E Suas Implicações Na Doença Renal Crônica

A Doença Renal Crônica terminal é um dos maiores desafios à saúde pública devido às suas implicações econômicas e sociais, potencializadas quando se considera que, na maioria dos casos em que há perda da função renal, esta poderia ser evitada com a correta abordagem clínica da Doença Renal Crônica (BASTOS & KIRSZTAJN, 2011; CABRAL, 2010).

A prevalência da DRC vem aumentando mundialmente, com um incremento anual de 7% a 10%, que é maior que o crescimento populacional geral. Os fatores apontados para este crescimento têm sido a incidência igualmente crescente de casos de DM e HAS, bem como o aumento na expectativa de vida da população. Existe uma relação direta entre o baixo nível socioeconômico e a presença de DRC. Uma das explicações para essa associação encontra-se na dificuldade de acesso à saúde e ao controle inadequado das doenças primárias (ZAMBONATO et al., 2008; REMBOLD et al., 2009).

No Brasil, há poucos dados sobre DRC não dialítica; porém, uma análise de dados laboratoriais de adultos brasileiros revelou que 2,3% das amostras analisadas representavam Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 45 mL/min/1,73 m², o que representaria uma estimativa de que cerca de 2,9 milhões de brasileiros teriam DRC maior ou igual ao estágio 3B (FERNANDES & BASTOS, 2010).

Devido ao crescente número de portadores de DRC, o Brasil já se tornou o terceiro maior mercado de hemodiálise do mundo. Estima-se que mais de 91mil pacientes esteja em tratamento dialítico, o que corresponde um aumento de aproximadamente 25% em relação ao ano de 2007. Destes, 57,3% corresponde ao

sexo masculino. A maioria dos pacientes em hemodiálise situa-se na faixa etária de 19 a 64 anos, 66,9%, ou seja, a população economicamente ativa. Os pacientes com mais de 65 anos representam 31.5% do total (11-12). Os gastos para manutenção dos programas de Terapia Renal Substitutiva, como hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal, consomem 2 bilhões de reais por ano, o que corresponde a mais de 10% de todo o orçamento do Ministério da Saúde. Do total desses serviços, 93% são financiados pelo SUS; outros 7% resultam de convênios e particulares (SBN/CENSO, 2011).

De acordo com Cherchiglia et al. (2006), em 1976, quando o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), passa a remunerar esse procedimento observa-se significativa expansão da terapêutica dialítica, por meio de serviços privados de médio porte que facilmente se credenciavam junto ao INAMPS. Nota-se, que a partir dos anos 1970, o INAMPS foi decisivo para a difusão destas tecnologias, contribuindo para a consolidação de um mercado predominantemente privado de prestação de serviços, articulado a um segmento de fornecedores de máquinas, equipamentos e medicamentos utilizados em terapias renais substitutivas altamente monopolizadas.

O primeiro esboço de uma política integral ao portador de DRC foi a Portaria 38 do Ministério da Saúde, publicada em 3 de março de 1994, que estabeleceu as Normas do Sistema Integrado de Atenção ao Renal Crônico. Entretanto, a complexidade da nova regulamentação aliada aos poucos recursos com que o Ministério da Saúde contava para implementá-la, limitou sensivelmente o impacto que a mesma poderia alcançar (CHERCHIGLIA et al., 2006).

A tragédia de Caruaru em 1996, quando no Instituto de Doenças Renais (IDR) de Caruaru/PE 54 pessoas morreram contaminadas após serem submetidas a hemodiálise e outras 100 pessoas apresentaram problemas de intoxicação devido a contaminação da água utilizada pelas máquinas por cianobactérias, foi um marco importante para que o estado e a sociedade despertassem para a real situação da terapia renal no Brasil (DE OLIVEIRA GOMES et al., 2015).

Em decorrência deste acontecimento houve a instituição da Autorização de Procedimentos de Alto Custo em Alta Complexidade (APAC) e a substituição das

máquinas de tanque pelas de proporção, agravando a dependência tecnológica nacional (CHERCHIGLIA et al., 2006).

A relevância do problema para o Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecida por meio da publicação pelo Ministério da saúde da *Portaria nº 1168/GM* em 5 de junho de 2004, que institui a Política Nacional da Atenção ao Portador de Doença Renal, e define estratégias assistenciais estruturadas na busca por um cuidado equânime e qualificado dos pacientes com Doença Renal Crônica incluindo prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, como resultado da articulação entre os vários níveis de atenção à saúde do SUS (PEIXOTO et al., 2013).

Em seus aspectos mais importantes, a Política instituída em 2004 passou a prever a integralidade no cuidado das doenças crônicas não transmissíveis, com a introdução das linhas de cuidado integral, incluindo prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. A proposta da linha de cuidado supõe que o usuário do sistema tenha um acompanhamento contínuo, como resultado da articulação dos vários níveis de atenção à saúde ocorrendo a definição e implementação de protocolos e diretrizes clínicas das DCNT com base em evidências de custo-efetividade, vinculando os portadores ao cuidador e à equipe da atenção primária, garantindo a referência e a contrarreferência para a rede de especialidades e a rede hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção. (BARBOSA et al., 2013).

Concomitante à criação desta Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica, por meio da *Portaria nº168/GM*, a vigilância sanitária estabeleceu um novo regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise por meio da *Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 154* de 15 de Junho de 2004, considerando a necessidade de redefinir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise em pacientes ambulatoriais, portadores de insuficiência renal crônica, bem como os mecanismos de sua monitoração; e a necessidade de redução dos riscos aos quais fica exposto o paciente que se submete à diálise (BRASIL, 2004b).

Cabe ressaltar que as políticas anteriores tratavam a Doença Renal Crônica sob o prisma da fragmentação assistencial, centrando suas ações às ofertas de procedimentos pelo sistema previdenciário (BARBOSA et al., 2013).

No SUS, cerca de 30% de todo o orçamento é gasto com procedimentos de alta complexidade, atendendo apenas a 3% dos usuários do sistema. Por conseguinte, a alta complexidade é frequentemente responsabilizada pelos custos elevados dispendidos em saúde (BARBOSA et al., 2013).

Em 2009, a porcentagem dos pacientes em hemodiálise (HD) foi 86,9% e o número de sessões pagas passou de 10 milhões, gerando gasto de 1,5 bilhão de reais. No município do Rio de Janeiro, somente no primeiro trimestre de 2012, o custo com TRS, modalidade HD, ultrapassou 20 milhões de reais (R\$20.468.140,40). Sendo assim, o debate referente ao gasto com TRS e seu impacto no orçamento do governo chama a atenção pela expressividade por ele representada (SESSO et al., 2011; BARBOSA et al., 2013).

Estudos sobre custo com TRS ainda são incipientes, sendo encontrados resultados de pesquisas englobando apenas uma ou outra modalidade terapêutica, em geral a HD, por ser a modalidade mais abrangente. Nos estudos encontrados, o valor médio gasto por paciente/ano foi 21.595 euros na Espanha, 89.154 dólares canadenses no Canadá e 28.033,71 euros em Portugal. No Brasil, em 2012, o valor pago pelo Ministério da Saúde foi alterado de R\$155,00 para R\$170,50 enquanto na Espanha o valor da sessão de HD é 129,96 euros (SESSO et al., 2011; BARBOSA et al., 2013).

É importante considerar os custos dessa terapêutica e o seu impacto no sistema de saúde, uma vez que o crescimento da população com DRC tem implicações nas políticas públicas de saúde (DE ASSIS ACÚRCIOL, 2010).

Verifica-se no país uma primazia da difusão da atividade dialítica, considerada menos custo-efetiva, e esse fato deve-se mais a fatores políticos e institucionais do que econômicos e tecnológicos (CHERCHIGLIA et al., 2006).

Além disso, os custos diretos das DCNT para o sistema de saúde representam impacto crescente. No Brasil, essas doenças estão entre as principais causas de internações hospitalares.

O impacto socioeconômico das DCNT está afetando o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), que abrangem temas como saúde e determinantes sociais (educação e pobreza). Essas metas têm sido afetadas, na maioria dos países, pelo crescimento da epidemia de DCNT e seus fatores de risco (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2011).

Neste sentido, em 2011 foi publicado um Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil – 2011- 2022, o objetivo do plano é o de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. E aborda os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e definem diretrizes e ações em: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; cuidado integral (BRASIL, 2011a).

O Brasil vem organizando, nos últimos anos, ações no sentido de estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para as doenças e agravos não transmissíveis, de modo a conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde. Como parte do processo, o Brasil delineou um sistema baseado em informações de fatores de risco e morbimortalidade. O Hiperdia faz parte desse sistema de vigilância das DCNT - Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensão e diabetes. Em 2006, foi implantada a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que investiga a frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida em adultos (≥ 18 anos) residentes em domicílios com linha fixa de telefone nas capitais do Brasil (BRASIL, 2011a).

Em agosto de 2013 houve uma consulta pública de nº16, por parte do Ministério da Saúde, para estabelecer as diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica– DRC no Sistema Único de Saúde, objetivando oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa sob o risco ou com diagnóstico de DRC, abrangendo a estratificação de risco, estratégias de prevenção, diagnóstico e o seu manejo clínico (BRASIL, 2013a).

Diante da complexidade do panorama instalado na saúde brasileira com a alta incidência e prevalência de DCNT e a não superação do quadro de doenças infecto-contagiosas, diferentes iniciativas do poder público e outras entidades profissionais e de usuários tem sido empreendidas visando otimizar ações de prevenção, tratamento e acompanhamento dos indivíduos portadores de HAS e DM.

No caso específico da DRC causada por HAS e DM as ações relacionadas à prevenção e intervenção precoce são de grande relevância devido ao ônus gerado por tais doenças ao nosso sistema de saúde e sociedade.

O nível primário de atenção em saúde tem importante papel na captação e vinculação da população sob o risco de desenvolver estas doenças, contando para isso com arcabouço legal e protocolos normatizados em âmbito nacional (BRASIL, 2006).

Infelizmente ainda temos que lidar com a falta de coordenação entre os níveis de atenção da rede pública e o despreparo dos profissionais, tendo como consequência a desarticulação das ações de promoção da saúde, cuidados preventivos, curativos e reabilitadores, rompendo com o conceito de integralidade (PEIXOTO et al., 2013).

A realidade é que, mesmo mediante de tantos esforços, como publicação de portarias, manuais e diretrizes, esses recursos não tem sido suficientes para impedir o aumento da incidência de novos casos de pacientes em TRS com doença de base hipertensão e diabetes.

2.4 Linhas De Cuidado

O diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2013b).

Segundo estudos do International Diabetes Federation (2009) o custo dos cuidados relacionados ao diabetes é cerca de duas a três vezes superiores aos dispensados a pacientes não diabéticos e está diretamente relacionado com a ocorrência de complicações crônicas.

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças altamente prevalentes e representam um sério problema de saúde pública, em decorrência das suas complicações crônicas. Entre elas, as doenças cardiovasculares (DCV) são

responsáveis pela primeira causa de mortalidade e, nas hospitalizações e procedimentos de alto custo do SUS, são responsáveis por grande parte de amputações de membros inferiores, diálises (representam mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica que são submetidas à diálise) e procedimentos cardiovasculares (OPAS, 2010).

Segundo a OMS (2005), fatores de risco como sobrepeso, obesidade e sedentarismo e a mudança no estilo de vida da população observado nos últimos anos são responsáveis pelo aumento na prevalência e complicações relacionadas ao diabetes mellitus e a hipertensão arterial.

A proposta trazida pelo ministério da saúde ao trabalhar com as linhas de cuidado é que as ações integradas de prevenção e cuidado à Hipertensão Arterial, ao Diabetes Mellitus e a DRC ocorram prioritariamente na atenção primária, principalmente, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), funcionando como a porta de entrada do Sistema de Saúde e onde as ações de caráter comunitário apresentam possibilidade de serem muito mais eficazes (OPAS, 2010).

Considerando que o modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico não conseguiu proporcionar resolutividade e eficiência ao cuidado das doenças crônicas não transmissíveis, Mendes (2009) propõe que o sistema de saúde seja organizado em uma rede poliárquica, de forma que a Atenção Primária de Saúde (APS) ocupe a posição central, trabalhando de forma articulada e organizando a rede de atenção dentro de uma linha de cuidado pactuada entre todos os níveis envolvidos.

Para que esse modelo de atenção à saúde seja concretizado é necessário investir na melhoria da qualidade da atenção oferecida à população, aperfeiçoando o acolhimento dos usuários, incentivando a responsabilização dos profissionais e equipes de saúde pelo cuidado aos usuários e integrando os serviços através das linhas de cuidado e maior articulação entre os níveis do sistema local de saúde (OPAS, 2010).

Portanto, ao trabalhar com as linhas de cuidado o Ministério da Saúde brasileiro reconhece que o modelo de saúde baseado na prática hospitalocêntrica e curativista não proporciona resolutividade e não é eficaz ao atendimento das demandas de saúde da população e embora essa proposta tenha sido organizada por doenças, pontua que é essencial que a equipe de saúde avalie o usuário integralmente, visto que as doenças crônicas estão associadas a fatores de riscos

ligados aos seus hábitos de vida e contextos sociais, garantindo-lhes o acesso e o cuidado longitudinal para a pessoa independente de qual agravo de saúde a mesma possui.

A proposta de trabalhar com as linhas de cuidado às pessoas com doenças crônicas vem com o objetivo de reverter o quadro atual que estamos vivenciando, onde dados trazidos pela OMS (2003) dizem que, as doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de morte, sendo hoje responsáveis por 60% de todo ônus decorrente de doenças no mundo, sendo que no ano de 2020 serão responsáveis por 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento, e de que atualmente nesses países a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (BRASIL, 2013d).

2.4.1 Linha De Cuidado À Pessoa Com Doença Renal Crônica

A Doença Renal Crônica é a perda progressiva e irreversível da função renal e, em sua fase mais avançada, a Doença Renal Crônica terminal, o paciente necessita de uma Terapia Renal Substitutiva (RIELLA, 2010).

De acordo com documento do Ministério da saúde (BRASIL, 2013b), Doença Renal Crônica é um termo geral para alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico. Trata-se de uma doença de curso prolongado, insidioso e que, na maior parte do tempo de sua evolução, é assintomática. Muitos fatores estão associados tanto à etiologia quanto à progressão para perda de função renal. Por estes motivos é importante reconhecer quem são os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver a DRC, com o objetivo do diagnóstico precoce, bem como quais são os fatores de pior prognóstico, definidos como aqueles fatores que estão relacionados à progressão mais rápida para perda de função renal.

A nova definição da Doença Renal Crônica (DRC), em uso desde 2002, propiciou um estagiamento da doença que independe da sua causa. A partir desta nova abordagem, ficou evidente que a DRC é muito mais frequente do que até então se considerava, e sua evolução clínica está associada a taxas altas de

morbimortalidade (KIDNEY DISEASE OUTCOME QUALITY INITIATIVE - K/DOQI, 2002).

Em 2002, a Kidney Disease Outcome Quality Initiative (K/DOQI), patrocinada pela National Kidney Foundation (NKF), publicou uma diretriz sobre DRC que compreendia avaliação, classificação e estratificação de risco. Nesse importante documento, uma nova estrutura conceitual para o diagnóstico de DRC foi proposta e aceita mundialmente nos anos seguintes. A definição é baseada em três componentes: (1) um componente anatômico ou estrutural (marcadores de dano renal); (2) um componente funcional (baseado na TFG); e (3) um componente temporal. Com base nessa definição, seria portador de DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresentasse TFG < 60 mL/min/1,73m² ou a TFG > 60 mL/min/1,73m² associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (por exemplo, proteinúria) presente há pelo menos 3 meses (K/DOQI, 2002 apud BASTOS & KIRSZTAIN, 2011).

A KDOQI (2002) também sugeriu que a Doença Renal Crônica (DRC) fosse classificada em estágios baseados na Taxa de Filtração Glomerular (TFG), como mostra a Tabela 1, abaixo. A classificação está atualizada pelo National Collaborating Centre for Chronic Condition.

Tabela 1 - Estadiamento da DRC segundo o K/DOQI

| Estágios da DRC | Taxa de filtração glomerular* | Descrição | Proteinúria |
|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|---------------------|
| 1 | ≥ 90 | Lesão renal com TFG Normal ou ↑ | Presente |
| 2 | 60-89 | Lesão renal com leve ↓ da TFG | Presente |
| 3A | 45-59 | ↓ moderada da TFG | Presente ou ausente |
| 3B | 30-44 | ↓ grave da TFG | Presente ou ausente |
| 4 | 15-29 | IRT | Presente ou ausente |
| 5 | <15 | | Presente ou ausente |
| *mL/min/1,73m ² | | | |

Fonte: K/DOQI, 2002.

Os rins são órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase do corpo humano. Assim, não é surpresa constatarmos que diminuição progressiva da função renal implique em comprometimento de, essencialmente, todos os outros órgãos. A função renal é avaliada pela filtração glomerular (FG) e a sua diminuição é observada na Doença Renal Crônica (DRC), associada a perda das funções regulatórias, excretórias e endócrinas do rim. Quando a FG atinge valores muito baixos, inferiores a 15 mL/min/1,73m², estabelece-se o que denominamos falência funcional renal (FFR), ou seja, o estágio mais avançado do *continuum* de perda funcional progressiva observado na DRC (BASTOS et al., 2010).

Os rins têm múltiplas funções, como a excreção de produtos finais de diversos metabolismos, produção de hormônios, controle do equilíbrio hidroeletrólítico, do metabolismo ácido-básico e da pressão arterial (PA). Existem diversas formas de aferir as funções renais, mas do ponto de vista clínico, a função excretora é aquela que tem maior correlação com os desfechos clínicos. Todas as funções renais costumam declinar de forma paralela com a sua função excretora.

O fundamento para se incluir indivíduos com TFG > 60ml/min/1,73m² é que a TFG pode ser mantida em níveis normais ou elevados a despeito de uma lesão renal importante se encontra no fato de que pacientes com lesão renal tem risco aumentado de apresentarem os dois principais desfechos da doença renal crônica: perda da função renal e desenvolvimento de doença cardiovascular, sendo o desfecho mais grave da DRC a insuficiência renal; entretanto, há muito mais indivíduos com função renal diminuída do que com insuficiência renal avançada (K/DOQI, 2002).

Os recursos diagnósticos utilizados para identificar o paciente com DRC são a TFG, o exame sumário de urina (EAS) e um exame de imagem, preferencialmente a ultrassonografia dos rins e vias urinárias (BRASIL, 2013b).

A TFG é a melhor medida geral da função renal e a mais facilmente compreendida pelos profissionais de saúde. Ela é definida como a capacidade dos rins de eliminar uma substância do sangue e é expressa como o volume de sangue que é completamente depurado em uma unidade de tempo. Normalmente, o rim filtra o sangue e elimina os produtos finais do metabolismo protéico, enquanto preserva solutos específicos, proteínas (particularmente albumina) e componentes celulares.

A TFG pode estar reduzida bem antes do início dos sintomas e se correlaciona com a gravidade da DRC (K/DOQI, 2002; RIELLA, 2010).

Na prática clínica, a TFG é avaliada por meio da mensuração de níveis de substâncias que são normalmente produzidas pelo corpo. A uréia, o primeiro marcador endógeno utilizado, não é completamente confiável, já que seus níveis são mais vulneráveis a mudanças por razões não relacionadas com a TFG (BASTOS & KIRSZTAIN, 2011).

Clinicamente, o método mais utilizado para obter informações sobre a TFG é a depuração de creatinina, com coleta de urina ao longo de 24 horas, no qual a excreção de creatinina urinária em 24 horas é dividida pela concentração de creatinina sérica. Infelizmente, depuração de creatinina não preenche o critério de um marcador ideal para TFG (K/DOQI, 2002; RIELLA, 2010).

A classificação deve ser aplicada para tomada de decisão no que diz respeito ao encaminhamento para os serviços de referências e para o especialista. Para fins de organização do atendimento integral ao paciente com DRC, o tratamento deve ser classificado em conservador, quando nos estágios de 1 a 3, pré-diálise quando 4 e 5-ND (não dialítico) e TRS quando 5-D (dialítico). O tratamento conservador consiste em controlar os fatores de risco para a progressão da DRC, bem como para os eventos cardiovasculares e mortalidade, com o objetivo de conservar a TFG pelo maior tempo de evolução possível. A pré-diálise, consiste na manutenção do tratamento conservador, bem como no preparo adequado para o início da TRS em paciente com DRC em estágios mais avançados (BRASIL, 2013b).

Pacientes que evoluem para Doença Renal Terminal (DRET) necessitam de algum tipo de Terapia Renal Substitutiva (TRS), sendo as modalidades disponíveis: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. No início da década passada, estimava-se que haveria cerca de 2 milhões de pessoas em TRS em todo o mundo em 2010 (COLLINS et al., 2010).

A DRC é a síndrome metabólica, que condiciona o paciente a realizar terapias de substituição da função renal. Trata-se de um grave problema de saúde pública, pois, no Brasil, a prevalência de pessoas mantidas em programa dialítico aumentou significativamente nos últimos anos, e a tendência é se elevar cada vez mais, pois as principais causas de IRC são a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e

o diabetes mellitus (DM), patologias bastante prevalentes na nossa realidade (RIELLA, 2010).

A DRC causada pelo diabetes, e conhecida como doença renal diabética é um tipo de doença glomerular, colocada em destaque por ser a maior causa isolada de insuficiência renal nos EUA. A nefroesclerose hipertensiva é a segunda causa mais frequente de IRC nos EUA (K/DOQI, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2013b), os indivíduos sob o risco de desenvolver DRC são:

a) Pessoas com diabetes (quer seja do tipo 1 ou do tipo 2): o diagnóstico do diabetes deve ser realizado de acordo com o nível sérico da glicemia de jejum acima de 126 mg/dL, ou acima de 200 mg/dL 2 horas após a ingestão de 75g de glicose, ou qualquer valor de hiperglicemia, na presença de sintomas clássicos, como poliúria, polidipsia ou polifagia;

b) Pessoa hipertensa, definida como valores de pressão arterial acima de 140/90 mmHg em duas medidas com um intervalo de 1 a 2 semanas;

c) Idosos;

d) Portadores de obesidade (Índice de Massa Corpórea - IMC > 30 Kg/m²);

e) Histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca);

f) Histórico de DRC na família;

g) Tabagismo;

h) Uso de agentes nefrotóxicos;

Após o diagnóstico da DRC, devem ser considerados os preditores de progressão, que são marcadores de que o indivíduo com DRC tem pior prognóstico para perda de função renal ao longo da evolução clínica:

a) Pessoas com níveis pressóricos mal controlados;

b) Pessoas com níveis glicêmicos mal controlados;

c) Pessoas com níveis de colesterol mal controlados;

d) Estágios da DRC, sendo que há uma tendência à perda de função renal mais rápida nos estágios mais avançados da doença;

e) Presença de albuminúria e a sua intensidade, sendo que quanto maior o nível de albuminúria, pior o prognóstico para perda de função;

- f) Histórico de DRC na família;
- g) Tabagismo;
- h) Uso de agentes nefrotóxicos.

Para melhor estruturação do tratamento dos pacientes com DRC, bem como para estimativa de prognóstico, é necessário que, após o diagnóstico, todos os pacientes sejam classificados, de acordo com a tabela 2. Essa classificação tem estreita relação com prognóstico, levando-se em consideração principalmente os principais desfechos da DRC: doença cardiovascular, evolução para TRS e mortalidade. Por haver uma relação estreita entre o estágio da DCR com os desfechos, conforme mencionado acima, o cuidado clínico no controle dos fatores de progressão da DRC devem ser sempre intensificados, de acordo com a evolução da DRC (BRASIL, 2013b).

A linha de cuidado para a DRC visa à manutenção da função renal, e quando a progressão é inexorável, a lentificação na velocidade de perda da função renal. A redução progressiva da TFG está associada ao declínio paralelo das demais funções renais, portanto com a progressão da DRC é esperado o desenvolvimento de anemia, acidose metabólica e alterações do metabolismo mineral e ósseo. Além disso, há uma relação inversamente proporcional entre a TFG e o risco de morbidade cardiovascular, mortalidade por todas as causas e, especialmente, mortalidade cardiovascular. Por fim, outro desfecho que pode ocorrer em pacientes com DRC é a DRET (Doença Renal Crônica Terminal), quando há necessidade de uma das TRS (BRASIL, 2013b).

Durante o estágio 5, quando a filtração glomerular fica abaixo de 15 mL/min/1,73 m², ocorre a falência renal que leva à necessidade de Terapia Renal Substitutiva (K/DOQI, 2002).

O tratamento ideal da DRC é baseado em três pilares de apoio: 1) diagnóstico precoce da doença; 2) encaminhamento imediato para tratamento nefrológico; e 3) implementação de medidas para preservar a função renal (BASTOS & KIRSZTAIN, 2011).

As atuais modalidades de tratamento para DRC são: conservadora – dieta e medicamentos; dialítico [hemodiálise (HD) e diálise peritoneal diálise peritoneal] e transplante renal (RIELLA, 2010).

Há evidências recentes de que os maus resultados da nefropatia crônica como a insuficiência renal, doença cardiovascular e morte prematura, podem ser prevenidos ou retardados. Fases precoces da insuficiência renal podem ser detectadas através de exames laboratoriais. O tratamento de fases iniciais da nefropatia crônica é efetivo no retardo da progressão para insuficiência renal e o tratamento de fatores de risco cardiovasculares nessas fases iniciais pode reduzir as complicações cardiovasculares antes e depois do aparecimento de insuficiência renal (PECOITS-FILHO & RIELLA, 2010).

Portanto, a detecção precoce da DRC pode se realizar pelos controles laboratoriais rotineiros e de baixo custo que profissionais da Atenção Primária a Saúde (APS) realizam periodicamente em seus pacientes hipertensos e diabéticos (NAVARRO, 2009; ALCÁINE et al., 2010).

Todo paciente pertencente aos chamados grupos de risco, mesmo que assintomático, deve ser avaliado anualmente com exame de urina, para detectar perda de proteína, e creatinina sérica (Cr); como conduta de triagem para prevenção e diagnóstico precoce da DRC (K/DOQI, 2002; BRASIL, 2006; BASTOS & KIRSZTAJN, 2011).

Na maioria dos principais fatores de risco os desfechos tendem a ser desfavoráveis mostrando a necessidade de ações adicionais e oportunas de promoção e prevenção da saúde, especialmente na forma de legislação e regulamentação e daquelas que permitem cuidados crônicos de qualidade (SCHMIDT, 2011).

De acordo com as diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente renal crônico o manejo clínico dessas pessoas deve se dar da seguinte forma (BRASIL, 2014a):

No estágio 1 – TFG \geq 90mL/min/1,73m² na presença de proteinúria ou hematúria glomerular ou alteração no exame de imagem. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis de progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (MS): controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A avaliação da TFG e do EAS deverá ser realizada anualmente. Esses pacientes devem ser encaminhados

às unidades de atenção especializadas em Doença Renal Crônica e apresentar uma das seguintes alterações clínicas: Relação Albuminúria/Creatinúria (RAC) acima de 1 g/g, se não diabético, e perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA). Recomenda-se o encaminhamento para atualização do calendário vacinal, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS).

Está recomendado para todos os pacientes no estágio 1:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado;
2. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;
3. Abandono do tabagismo.

Os alvos para o controle da hipertensão são os seguintes:

- Não diabéticos e com RAC < 30: PA < 140/90 mmHg;
- Diabéticos e com RAC > 30: PA ≤ 130/80 mmHg;
- Todos os pacientes diabéticos e/ou com RAC ≥ 30 devem utilizar IECA ou BRA.

Para pacientes diabéticos, deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7%.

No estágio 2 – TFG ≥ 60 a 89 mL/min/1,73m². Semelhante ao estágio 1, o acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis de progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS. A avaliação da TFG, do EAS e da RAC deverá ser realizada anualmente. Esses pacientes devem ser encaminhados às unidades de atenção especializadas em Doença Renal Crônica e apresentar uma das seguintes alterações clínicas: RAC acima de 1 g/g, se não diabético, e perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA). Recomenda-se o encaminhamento para atualização do calendário vacinal, conforme PNI/MS. A esse estágio se aplica as mesmas recomendações do estágio 1 e manter os mesmos alvos para o controle da hipertensão.

Para pacientes diabéticos, deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7%.

Estágio 3A – TFG \geq 45 a 59 mL/min/1,73m². O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS. A avaliação da TFG, do EAS, RAC e da dosagem de potássio sérico deverá ser realizada anualmente. A dosagem do potássio sérico justifica-se porque a redução da TFG está associada à redução da capacidade da sua excreção, bem como a hipercalemia associada à IECA ou BRA é mais frequente quanto menor for a TFG. Em relação às alterações do metabolismo mineral e ósseo, menos de 10% desses pacientes apresentam alterações no nível sérico de fósforo e pouco mais de 20% no Parathormônio (PTH) sérico. Recomenda-se a dosagem anual do fósforo e do PTH intacto, e havendo alterações nos seus níveis, o caso deve ser discutido com o nefrologista responsável pelo matriciamento da UBS. Nos casos de pacientes com DRC estágio 3A com RAC $>$ 30 mg/g, essa avaliação deve ser semestral. Esses pacientes devem ser encaminhados às unidades de atenção especializadas em Doença Renal Crônica quando apresentarem uma das seguintes alterações clínicas: RAC acima de 1 g/g, se não diabético, e perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA). Deverá ser realizada sorologia para hepatite B (AgHbs, Anti-HBc IgG e Anti-HBs) no início do acompanhamento. Recomenda-se o encaminhamento para atualização do calendário vacinal, conforme PNI/MS. A esse estágio se aplica as mesmas recomendações do estágio 1 e 2, e manter os mesmos alvos para o controle da hipertensão, acrescido de correção da dose de medicações como antibióticos e antivirais de acordo com a TFG. A hemoglobina glicada para diabéticos deve ser mantida em torno de 7%.

No estágio 3B – TFG \geq 30 a 44 mL/min/1,73m². O acompanhamento desses indivíduos deverá ser mantido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS. Havendo necessidade, as unidades de atenção especializadas em Doença Renal Crônica poderão matriciar o acompanhamento do paciente nesse estágio da DRC. Esses pacientes devem ser

encaminhados às unidades de atenção especializadas em Doença Renal Crônica quando apresentarem uma das seguintes alterações clínicas: RAC acima de 300 mg/g, se não diabético, e perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA).

A avaliação da TFG, do EAS, RAC e da dosagem de potássio sérico deverá ser realizada semestralmente. Os demais exames deverão ser realizados anualmente conforme descrito abaixo: cálcio, fósforo, PTH e Proteínas totais e frações. Em pacientes com diagnóstico de anemia (Hemoglobina - Hb <13g/Dl, para homens e Hb <12, para mulheres), hematócrito e hemoglobina, ferritina e índice de saturação de transferrina (IST).

A esse estágio se aplica as mesmas recomendações do estágio 3 e os mesmos alvos para controle da hipertensão. A hemoglobina glicada para diabéticos deve ser mantida em torno de 7.

No estágio 4 – TFG \geq 15 a 29 mL/min/1,73m². O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pela equipe multiprofissional composta de no mínimo os seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, **mantendo vínculo** com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). O tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular deve ser mantido de acordo com as recomendações do MSA avaliação nefrológica deverá ser realizada trimestralmente, ou de acordo com indicação clínica. Nesse estágio deverá ser realizado o esclarecimento sobre as modalidades de TRS por uma equipe multiprofissional da atenção especializada, com o registro de tal esclarecimento no prontuário. Caso o paciente opte pela hemodiálise como TRS, pode-se encaminhá-lo, após avaliação criteriosa pelo Médico Nefrologista, para confecção de fístula arteriovenosa em serviço de referência quando a TFG for menor do que 20 ml/min. Em casos de pacientes que optarem por diálise peritoneal, esses poderão ser encaminhados, após avaliação criteriosa pelo Médico Nefrologista, juntamente com seus familiares, para treinamento pela equipe multidisciplinar. Concomitante, os pacientes podem ser encaminhados para o serviço de referência de implante de cateter em período suficiente para o início programado da diálise.

Os exames mínimos realizados devem seguir a seguinte programação:

- a) Trimestralmente: creatinina, ureia, cálcio, fósforo, hematócrito e hemoglobina, ferritina e índice de saturação de transferrina (IST) nos pacientes com anemia e potássio.
- b) Semestralmente: PTH, fosfatase alcalina, gasometria venosa ou reserva alcalina, Proteínas totais e frações e RAC.
- c) Anualmente: Anti-HBs.

Deverá ser realizada sorologia para hepatite B (AgHbs, Anti-HBc IgG e Anti-HBs) no início do acompanhamento. Recomenda-se o encaminhamento para atualização do calendário vacinal, conforme PNI/MS.

A esse estágio se aplica as mesmas recomendações do estágio 3 e os mesmos alvos para controle da hipertensão, acrescido de redução da ingestão de proteínas para 0,8 g/Kg/dia em adultos, acompanhado de adequada orientação nutricional, devendo-se evitar ingestão maior do que 1,3g/kg/dia nos pacientes que necessitem, por outra indicação, ingesta acima de 0,8 g/kg/dia; reposição de bicarbonato via oral para pacientes com acidose metabólica, definida por nível sérico de bicarbonato abaixo de 22 mEq/L na gasometria venosa. A hemoglobina glicada para diabéticos deve ser mantida em torno de 7.

Estágio 5-ND (não dialítico) – TFG <15 mL/min/1,73m², em paciente que não está em TRS. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pela equipe multiprofissional composta de no mínimo os seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, **mantendo vínculo** com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). O tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular deve ser mantido de acordo com as recomendações do MS. A avaliação nefrológica deverá ser realizada mensalmente. Nesse estágio deverá ser realizado o treinamento e preparo para a modalidade de TRS escolhida pelo paciente, por uma equipe multiprofissional da atenção especializada. Os exames mínimos realizados devem seguir a seguinte programação:

- a) Mensalmente: creatinina, ureia, cálcio, fósforo, hematócrito e hemoglobina, potássio.

- b) Trimestralmente: proteínas totais e frações, ferritina, índice de saturação de transferrina (IST), fosfatase alcalina, PTH e gasometria venosa ou reserva alcalina.
- c) Semestralmente: vitamina D.
- d) Anualmente: anti-Hbs, anti-Hcv, HBsAg, HIV.

Deverá ser realizada sorologia para hepatite B (AgHbs, Anti-HBc IgG e Anti-HBs) no início do acompanhamento. Recomenda-se o encaminhamento para atualização do calendário vacinal, conforme PNI/MS.

A esse estágio se aplica as mesmas recomendações do estágio 4 e os mesmos alvos para controle da hipertensão. A hemoglobina glicada para diabéticos deve ser mantida em torno de 7.

Estágio 5-D (em diálise) – deve-se indicar TRS para pacientes com TFG inferior a 10 mL/min/1,73m². Em pacientes diabéticos e com idade inferior à 18 anos, pode-se indicar o início da TRS quando a TFG for menor do que 15 mL/min/1,73m². Em todas essas situações, deve-se respeitar a condição clínica e alteração laboratorial do paciente. A escolha do método de TRS deve levar em consideração a escolha do paciente, bem como a condição clínica, de acordo com avaliação da equipe multiprofissional. Antes do início da TRS é recomendado que o paciente assine um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) sobre a modalidade escolhida e esse termo deve ser anexado ao prontuário. O acompanhamento desses indivíduos em procedimento dialítico é realizado nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, pelo nefrologista e equipe multiprofissional desse serviço, **mantendo vínculo** com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). O tratamento dos fatores de risco modificáveis para mortalidade cardiovascular deve ser mantido de acordo com as recomendações do MS. A avaliação nefrológica deverá ser realizada mensalmente.

A esse estágio se aplica as mesmas recomendações do estágio 3, acrescido de adequação da ingestão de proteínas de acordo com o estado nutricional, avaliação da hiperfosfatemia e da adequação da diálise e para o controle da hipertensão o alvo deve ser PA < 140/90 mmHg. A hemoglobina glicada para diabéticos deve ser mantida em torno de 7.

Estágio 5-D em Hemodiálise - Os exames mínimos realizados para pacientes em hemodiálise devem seguir a seguinte programação:

- a) Mensalmente: hematócrito, hemoglobina, ureia pré e pós a sessão de hemodiálise, sódio, potássio, cálcio, fósforo, transaminase glutâmica pirúvica (TGP), glicemia para pacientes diabéticos e creatinina durante o primeiro ano.
 - Quando houver elevação de TGP deve-se solicitar: AntiHBc IgM, HbsAg e AntiHCV.
 - A complementação diagnóstica e terapêutica nos casos de diagnóstico de hepatite viral deve ser assegurada aos pacientes e realizada nos serviços especializados.
- b) Trimestralmente: hemograma completo, índice de saturação de transferrina, dosagem de ferritina, fosfatase alcalina, PTH, Proteínas totais e frações e hemoglobina glicosilada para diabéticos.
- c) Semestralmente: Vitamina D e AntiHBs. Para pacientes susceptíveis, definidos como AntiHBC total ou IgG, AgHBs ou AntiHCV inicialmente negativos, fazer AgHbs e AntiHCV.
- d) Anualmente: colesterol total e frações, triglicérides, alumínio sérico, glicemia, TSH, T4, dosagem de anticorpos para HIV, Rx de tórax em PA e perfil, ultrassonografia renal e de vias urinárias, eletrocardiograma.
- e) Exames eventuais: hemocultura na suspeita de infecção da corrente sanguínea e teste do desferal na suspeita de intoxicação pelo alumínio.

Estágio 5-D em Diálise Peritoneal - Os pacientes que optarem pela diálise peritoneal, recomenda-se uma visita domiciliar para avaliação da adequação ambiental para realização do procedimento.

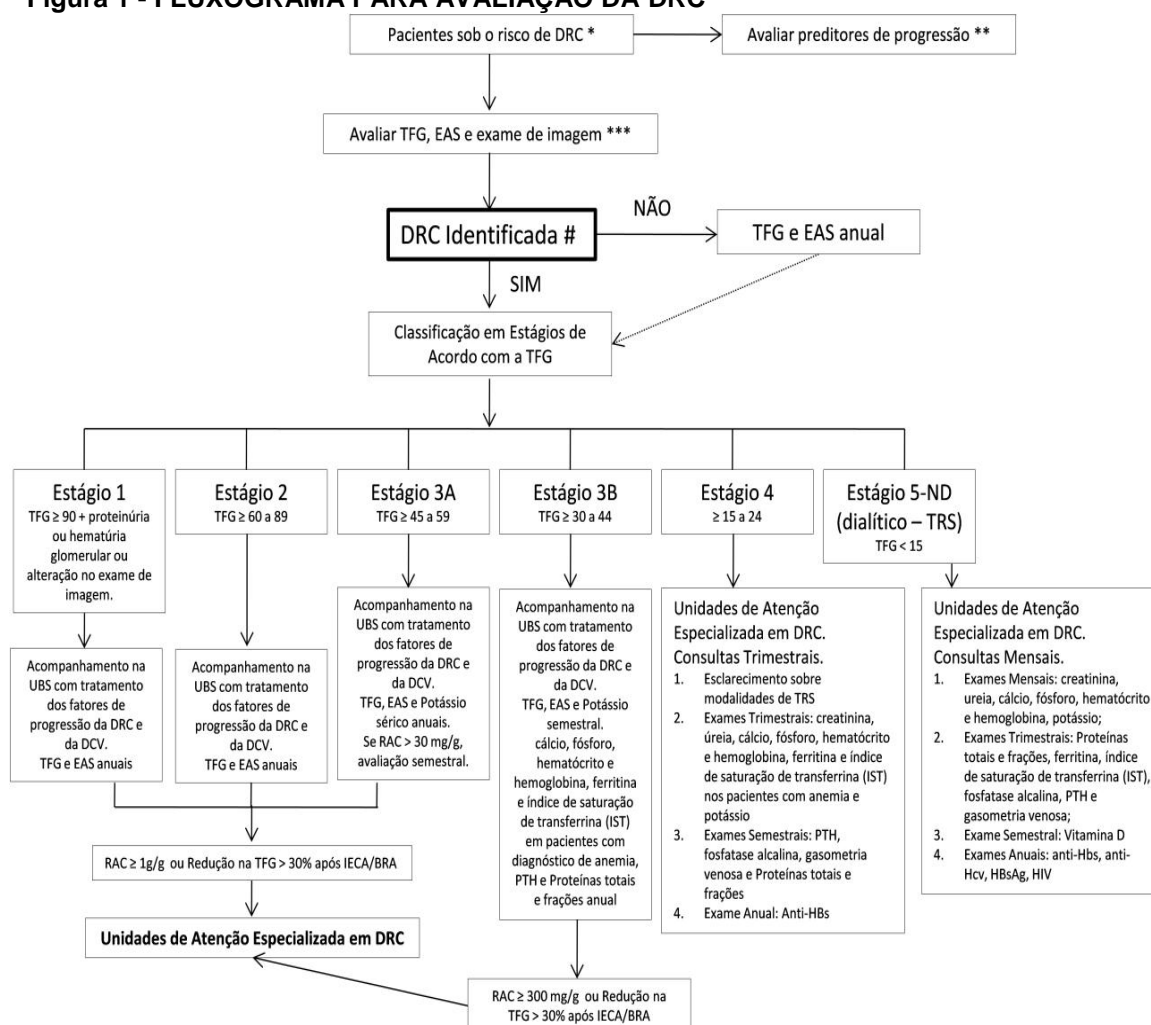
Os exames mínimos realizados para pacientes em diálise peritoneal devem seguir a seguinte programação:

- a) Mensalmente: hematócrito, hemoglobina, sódio, potássio, cálcio, fósforo, creatinina e glicemia para pacientes diabéticos;
- b) Trimestralmente: hemograma completo, índice de saturação de transferrina, dosagem de ferritina, fosfatase alcalina, PTH, glicemia, Proteínas totais e frações e hemoglobina glicosilada para diabéticos;

- c) Semestralmente: Vitamina D, Colesterol total e frações, triglicérides. Realizar o KT/V semanal de ureia, através da dosagem da ureia sérica e no líquido de diálise peritoneal. Em pacientes com função renal residual, realizar depuração de creatinina através da coleta de urina de 24 horas e depuração de ureia, com coleta de urina de 24 horas.
- d) Anualmente: alumínio sérico, TSH, T4, Rx de tórax em PA e perfil, ultrassonografia renal e de vias urinárias, eletrocardiograma.
- e) Exames eventuais: teste do desferal na suspeita de intoxicação pelo alumínio; na suspeita de peritonite, análise do líquido peritoneal com contagem total e diferencial de leucócitos, bacterioscopia por gram e cultura; teste de equilíbrio peritoneal, no início do tratamento e repetir nos casos de redução de ultrafiltração e/ou inadequação de diálise. Para o teste de equilíbrio peritoneal é necessário realizar uma dosagem sérica de creatinina, duas de creatinina no líquido peritoneal, em tempos diferentes, e três dosagens de glicose no líquido peritoneal, em tempos diferentes.

As unidades de atenção especializada em DRC devem assegurar aos pacientes os antimicrobianos para o tratamento de peritonite e infecções relacionadas ao uso de cateteres, desde que as condições clínicas do paciente permitam que essas infecções sejam tratadas a nível ambulatorial.

Figura 1 - FLUXOGRAMA PARA AVALIAÇÃO DA DRC



Fonte: Brasil (2014a). Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRET.

2.4.2 Linha de Cuidado para o Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

Hipertensão arterial (HA) e função renal estão intimamente relacionadas, podendo a hipertensão ser tanto a causa como a consequência de uma doença renal. Nas formas maligna ou acelerada, a hipertensão pode determinar um quadro grave de lesão renal, de natureza microvascular, caracterizada por proliferação miointimal ou necrose fibrinóide, a nefrosclerose maligna. Esse quadro pode acarretar, com grande frequência e em pouco tempo, se a hipertensão não for tratada, um quadro de insuficiência renal crônica (IRC) terminal (BORTOLOTTI, 2008).

A hipertensão arterial crônica, não maligna, também pode determinar quadro de lesão renal, também de natureza microvascular, caracterizado por arteriosclerose hialina, porém de evolução mais lenta e menos agressiva, conhecidas como nefrosclerose benigna, mas que também pode levar à IRC terminal. As formas maligna e benigna de nefrosclerose, que, em conjunto, são denominadas nefrosclerose hipertensiva, determinam em números absolutos, dada a alta prevalência de HA na população geral, um importante contingente de portadores de disfunção renal (BORTOLOTTI, 2008).

A hipertensão arterial compromete principalmente as estruturas vasculares renais (artérias, arteríolas e capilares glomerulares). A instalação de placa aterosclerótica nas artérias renais pode ser complicação e também um agravante da hipertensão que, às vezes, adquire caráter renovascular (desde que a obstrução seja suficiente para causar isquemia renal). Entretanto, são nas arteríolas e glomérulos que ocorrem as consequências mais sérias da hipertensão arterial sobre os rins. A parede das arteríolas renais sofre espessamento das camadas muscular e elástica, reduzindo o fluxo efetivo para as estruturas a jusante. Esta isquemia promove a liberação de renina, agravando ainda mais a hipertensão e comprometendo a filtração glomerular (ALMEIDA & RODRIGUES, 2010).

Do ponto de vista estrutural glomerular, a esclerose progressiva dos glomérulos é um achado característico da hipertensão. O aumento da pressão intraglomerular e o hiperfluxo promovem a esclerose parcial ou total dos glomérulos, por mecanismos não completamente identificados, mas que incluem a formação intra-renal de angiotensina II. A consequência das lesões arteriolares e glomerulares é a queda lenta e progressiva da filtração glomerular e a correspondente perda da função renal (insuficiência renal crônica). Este quadro é conhecido como nefrosclerose e costuma acompanhar os casos de hipertensão “benigna”, ou melhor, sem caráter maligno. Na hipertensão maligna, além do quadro anterior, ocorre também necrose fibrinóide das arteríolas, cujo processo de regeneração frequentemente leva à endarterite proliferativa com caráter obliterante (proliferação em casca de cebola). A elevação extrema da pressão arterial, como ocorre na hipertensão maligna, provoca lesão direta dos capilares glomerulares (ruptura), pois há quebra completa dos mecanismos de proteção renal (ALMEIDA & RODRIGUES, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta prevalência no Brasil e no mundo, e o seu custo social é extremamente elevado. É importante fator de risco, sendo a causa mais frequente das demais doenças do aparelho circulatório. Além disso, a hipertensão está, ainda, associada às demais doenças e condições crônicas, tais como doença renal crônica, diabetes, entre outras. Essas evidências lhe conferem magnitude, em razão do agravamento das condições de saúde do indivíduo, concorrendo para a perda da qualidade de vida, para a letalidade precoce das doenças, para os altos custos sociais e do sistema de saúde (SUS e sistema suplementar) (BRASIL, 2011a).

O manejo adequado da hipertensão arterial, de caráter prioritário, requer ações articuladas nos três eixos em que está desenhado o plano de cuidado à pessoa hipertensa: a vigilância da hipertensão, das comorbidades e de seus determinantes; a integralidade do cuidado; e a promoção da saúde. O investimento em educação e a mobilização social potencializam e qualificam o autocuidado e a construção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2011a).

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial publicada em 2010 pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90 \text{ mmHg}$). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos; possui alta prevalência e baixas taxas de controle e é apontada como um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.

A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC, 2010). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico

e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010 apud BRASIL, 2013d).

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2012) é de 24,3%, sendo maior em mulheres (26,9%) do que em homens (21,3%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 44,6% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 13,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram 12 anos ou mais (15,4%) (VIGITEL, 2012).

Cerca de 40% dos usuários da rede da Atenção Primária são portadores de HAS na Alemanha, e destes apenas 18,5% estavam com a PA controlada (SHARMA et al., 2004). A média europeia de controle de HAS em serviços de Atenção Básica é de 8% e, nos EUA, tem se mantido em torno de 18%, enquanto, na América Latina e África, há uma variação de 1% a 15% de controle deste problema (BRASIL, 2013d).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão (BRASIL, 2013d).

Entende-se que nos serviços de AB um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de Saúde enfrentam é a assistência de saúde ao portador de HAS e que existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. Estudos apontam que em países com redes estruturadas de AB, 90% da população adulta consulta, pelo menos uma vez ao ano, seu médico de família. Mesmo assim, existem dificuldades no diagnóstico e no seguimento ao tratamento (BRASIL, 2013d).

Com o objetivo de fortalecer e qualificar a atenção à pessoa portadora de HAS, e considerando a longitudinalidade e integralidade do cuidado, o ministério da saúde propõe a organização da linha de cuidado da hipertensão arterial sistêmica, buscando garantir às pessoas com pressão arterial (PA) limítrofe e HAS um fluxo assistencial que atenda às suas necessidades de saúde, identificando quais ações devem ser desenvolvidas, incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; definir os fluxos assistenciais que são necessários para atender as necessidades de saúde dessa população; identificar a população estimada de pessoas com HAS e os diferentes estratos de risco e realizar a programação de cuidado de acordo com as necessidades individuais e os parâmetros para essa doença; dentre outras ações (BRASIL, 2013d).

Diante dessa dificuldade de tratamento e controle da HAS, o Ministério da Saúde pontua que se torna imprescindível que façamos algumas reflexões a respeito da prática de assistência atual que os profissionais vêm utilizando para abordagem desses usuários nos serviços de saúde e quais os fatores que vem dificultando o controle da HAS, qual seria a melhor forma de abordagem desses usuários, quais tecnologias estamos colocando a disposição dos usuários e se elas estão alcançando a efetividade e resolutividade necessária ao atendimento à essa população e se utilizamos os processos educacionais para o treinamento destes profissionais que são responsáveis pela captação dos usuários do sistema de saúde (BRASIL, 2013c).

Segundo a proposta da linha de cuidado à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013c), a organização da linha deve ter como ponto de partida a atenção a HAS na Unidade Básica de Saúde (UBS), relacionando a história natural da doença e como se dá a realização do cuidado às pessoas com pressão arterial limítrofe e HAS, garantindo o fluxo assistencial que atenda às suas necessidades de saúde; deve-se identificar os pontos de atenção no município/distrito/região/estado e suas respectivas competências, estabelecendo quais ações esses pontos de atenção devem desenvolver, incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; pontuar as necessidades das UBSs quanto ao apoio logístico para o cuidado aos usuários; identificar as necessidades das UBSs quanto ao sistema de apoio diagnóstico, terapêutico, de assistência farmacêutica e sistema de informação; identificar como funciona o sistema de gestão

da rede; desenhar o itinerário terapêutico dos usuários na rede, definindo os fluxos assistenciais necessários para atender as demandas de saúde dos usuários e as diretrizes ou protocolos assistenciais; identificar a população estimada de pessoas com HAS e os diferentes estratos de risco, realizando a programação de cuidado à partir das necessidades individuais e os parâmetros para essa doença; e, definir as metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação das linhas de cuidado.

O diagnóstico precoce da HAS é de suma importância, pois se configura em uma doença de alta morbimortalidade e com perda importante da qualidade de vida. Uma vez que seu diagnóstico não requer tecnologias sofisticadas e que o pilar de seu tratamento e controle está na mudança de estilo de vida e medicamentos de baixo custo, torna-se um atendimento eficaz e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica. O acompanhamento e o controle da PA pelas equipes de atenção básica reduzem as complicações cardiovasculares e desfechos como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, problemas renais e outros (BRASIL, 2013c).

O rastreamento de pessoas hipertensas deve ser feito da seguinte maneira: todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada (BRASIL, 2013c).

A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. De acordo com a média dos dois valores pressóricos obtidos, a Pressão Arterial (PA) deverá ser novamente verificada:

- A cada dois anos, se PA menor que 120/80 mmHg (BRASIL, 2006 apud BRASIL, 2013c);
- a cada ano, se PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg nas pessoas sem outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) (CHOBANIAN et al., 2003 apud BRASIL, 2013c);
- em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas, se PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV).

A aferição ambulatorial com esfigmomanômetro é a mais amplamente utilizada. A pressão alta (hipertensão) é usualmente definida em adultos como sendo a pressão sistólica igual ou superior a 140 mmHg ou uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg. Devido à variabilidade individual da medida da pressão arterial, é recomendado, para se realizar o diagnóstico, que se obtenham duas ou mais aferições em pelo menos duas ou mais visitas ao longo de um período de uma ou mais semanas (BRASIL, 2010b).

Quadro 2 - Recomendação de Acompanhamento com base na aferição da PA inicial

| | |
|--|--|
| Normal | Reavaliar em dois anos |
| Pré-hipertensão | Reavaliar em um ano |
| HAS Estágio 1 | Confirmar em dois meses |
| HAS Estágio 2 | Avaliar e/ou referir a um serviço de cuidados dentro de um mês. |
| Para aqueles com pressão muito alta (i.e., > 180/110 mmHg) | Avaliar e tratar imediatamente ou dentro de uma semana, dependendo da situação clínica e complicações. |

Fonte: Adaptado: National Heart Lung and Blood Institute, 2004.

As pessoas com PA limítrofe (entre 130/85 a 139/89mmHg) deverão ser avaliadas para identificar a presença de outros fatores de risco (FR) para doença cardiovascular (DCV), na presença desses fatores, a pessoa deverá ser avaliada pela enfermeira, em consulta individual ou coletiva, com o objetivo de estratificar o risco cardiovascular. A PA deverá ser novamente verificada em mais duas ocasiões em um intervalo de 7 a 14 dias. Na ausência de outros FR para DCV, a enfermeira, durante consulta coletiva, deve orientar a pessoa para mudança de estilo de vida (MEV), sendo que a PA deverá ser novamente verificada em um ano. As pessoas com PA limítrofe possuem um risco aumentado de HAS, devendo ser estimuladas pela equipe de Saúde a adotarem hábitos saudáveis de vida. No caso de diagnóstico confirmado de HAS, a pessoa deverá ser agendada para consulta médica com o objetivo de iniciar o acompanhamento e tratamento (BRASIL, 2013c).

O cuidado à pessoa com HAS deve ser multiprofissional e o objetivo do tratamento é controlar os níveis pressóricos deste paciente, com enfoque na mudança do estilo de vida, adoção de hábitos saudáveis e a adesão ao tratamento

medicamentoso e não medicamentoso, com a finalidade de reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas em tratamento. O tratamento não medicamentoso consiste nas mudanças de estilo de vida como redução do uso de bebidas alcóolicas, prática de atividade física, controle do peso e abandono do tabagismo e considerar a substituição dos anticoncepcionais orais por outros métodos de contracepção (BRASIL, 2013c).

O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2010b).

2.4.3 Linha De Cuidado Para O Diabetes Mellitus

O Diabetes mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade de esta exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica e distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas (WHO, 2005).

O DM tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo DM tipo 1, que responde por aproximadamente 8% (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil 2013c), o DM pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica ser feita frequentemente pelos seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, obesidade e sedentarismo), e não pelos seus sintomas. E, portanto, é extremamente importante que as equipes de atenção básica estejam atentas não apenas aos sintomas do DM, mas também de seus fatores de risco.

A OMS estima que o número de diabéticos no mundo todo podem alcançar 336 milhões de pessoas no ano de 2030 (WHO, 2005). De acordo com a International Diabetes Federation (IDF, 2012) a prevalência de DM nos países da

América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida enquanto que nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos.

No Brasil, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2012), no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, a frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes foi de 7,4%, sendo de 6,5% entre homens e de 8,1% entre mulheres. Em ambos os sexos, o diagnóstico da doença se tornou mais comum com o avanço da idade, com maior aumento a partir dos 35 anos. Mais de um quinto dos homens e das mulheres com 65 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes. Em ambos os sexos, a frequência máxima de diabetes foi encontrada em indivíduos com até oito anos de escolaridade: 10,3% em homens e 13,7% em mulheres.

De acordo com dados apresentados pela VIGITEL no período de 2006 a 2012, a frequência de pessoas que referiram diagnóstico médico de diabetes passou de 5,7% em 2006 para 7,4% em 2012 (BRASIL, 2013c).

Aproximadamente 50% dos indivíduos diagnosticados com DM tipo 2 desconheciam ter a doença, e que esse fato contribui significativamente para que, no momento do diagnóstico, já tenhamos a presença de alterações micro e macro vasculares no organismo (BRASIL, 2013c). Dados da Organização Mundial da Saúde (2003) estimam, ainda que o Brasil passe da 8ª posição com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030, sendo que este incremento em muito se deve aos hábitos alimentares e estilos de vida da população.

As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Gastos relacionados ao diabetes mundialmente, em 2010, foram estimados em 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012).

O DM é considerado causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (SCHMIDT et al., 2010). Portanto, a detecção precoce de tais complicações deve ser realizada em tempo oportuno, com definição de responsabilidades compartilhadas entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção, para acompanhamento e seguimento do caso (CASTILLO, 2010).

A história natural do DM tipo 1 e tipo 2 é marcada pelo aparecimento de complicações crônicas, microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia diabética) e macrovasculares (doenças isquêmicas cardiovasculares). A patogenia dessas complicações ainda não está totalmente esclarecida, sabe-se que a duração do diabetes é um fator de risco importante, mas outros fatores como HAS, fumo e colesterol elevado interagem com a hiperglicemia, determinando o curso clínico da micro e da macroangiopatia (DONELLY, 2000 apud BRASIL, 2013c).

A nefropatia diabética é uma complicação microvascular do diabetes associada com morte prematura por uremia ou problemas cardiovasculares. É a principal causa de Doença Renal Crônica em pacientes que ingressam em serviços de diálise (BRASIL, 2013c).

É necessário investir em ações que podem prevenir o diabetes e suas complicações, como rastrear quem tem alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária), iniciando os cuidados preventivos; rastrear quem tem diabetes e não sabe (prevenção secundária), objetivando oferecer o tratamento mais precoce e assegurar o processo de educação em saúde no intuito de preservar a qualidade de vida das pessoas com DM (BRASIL, 2013c).

Assim objetivando fortalecer e qualificar a atenção à pessoa portadora de DM, e considerando a longitudinalidade e integralidade do cuidado, o ministério da saúde propõe a organização da linha de cuidado do DM buscando garantir às pessoas com DM um fluxo assistencial que atenda às suas necessidades de saúde, identificando quais ações devem ser desenvolvidas, incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; definir os fluxos assistenciais que são necessários para atender as necessidades de saúde dessa população; identificar a população estimada de pessoas com DM e os diferentes estratos de risco e realizar a programação de cuidado de acordo com as

necessidades individuais e os parâmetros para essa doença; dentre outras ações (BRASIL, 2013c).

Algumas ações podem prevenir o diabetes e suas complicações e essas ações podem ter como alvo rastrear quem tem alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária) e assim iniciar cuidados preventivos; além de rastrear quem tem diabetes, mas não sabe (prevenção secundária), a fim de oferecer o tratamento mais precoce (BRASIL, 2013c).

A Associação Americana de Diabetes preconiza que o público-alvo para rastreamento do diabetes seja apresentado como no quadro a seguir:

Quadro 3 - Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos

| |
|---|
| <p>Excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • História de pai ou mãe com diabetes; • Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos); • História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg; • Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL); • Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada; • Obesidade severa, <i>acanthosis nigricans</i>; • Síndrome de ovários policísticos; • História de doença cardiovascular; • Inatividade física; <p>OU Idade ≥ 45 anos;</p> <p>OU Risco cardiovascular moderado.</p> |
|---|

Fonte: American Diabetes Association (2013).

De acordo com a American Diabetes Association (2013), pessoas com fatores de risco para DM deverão ser encaminhadas para uma consulta de rastreamento e solicitação do exame de glicemia, não existindo evidências para a frequência do rastreamento ideal. Alguns estudos apontaram que as pessoas que apresentam resultados negativos podem ser testadas a cada três a cinco anos. Casos de tolerância diminuída à glicose, glicemia de jejum alterada ou diabetes gestacional prévio, podem ser testados mais frequentemente, por exemplo, anualmente.

As pessoas denominadas de casos pré-diabetes pelo seu maior risco de desenvolver a doença, deverão ser orientadas para prevenção do diabetes, o que

inclui orientações sobre alimentação saudável e hábitos ativos de vida, além da reavaliação anual com glicemia de jejum (BRASIL, 2013b).

A consulta de rastreamento para a população-alvo definida pelo serviço de saúde deverá ser realizada pelo enfermeiro da UBS e, posteriormente, encaminhado ao médico para confirmação do diagnóstico de DM dos casos suspeitos (BRASIL, 2013b).

Os objetivos da consulta de rastreamento são: conhecer a história pregressa da pessoa; realizar o exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, de dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e do cálculo do IMC; identificar os fatores de risco para DM; avaliar as condições de saúde e solicitar os exames laboratoriais necessários e que possam contribuir para o diagnóstico e para a decisão terapêutica ou preventiva. (BRASIL, 2013b).

As pessoas com diagnóstico de DM deverão ser acompanhadas na Atenção Básica, onde deverá ser realizado o planejamento do seu atendimento de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal do diabetes, incluindo o apoio para a mudança do estilo de vida (MEV), o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas. O tratamento do DM baseia-se na adoção de hábitos de vida saudáveis, prática regular de atividade física, alimentação equilibrada, abandono do tabagismo e uso moderado de álcool, acrescido ou não do tratamento farmacológico. Caso a pessoa utilize a insulina com doses múltiplas esse suporte deverá ser de responsabilidade da UBS, mas poderá ser feito em ambulatórios especializados, em casos específicos (BRASIL, 2013b).

O Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus, programa de rastreamento realizado em 2001 no Brasil, levou à detecção e à incorporação ao sistema de saúde de aproximadamente 320 mil pessoas com diabetes. Como resultado, o diagnóstico e o tratamento do diabetes foram aperfeiçoados na Atenção Básica, por meio da implantação de normas orientando o cuidado ao portador de diabetes. Além disso, os medicamentos básicos para controle de hipertensão e diabetes são disponibilizados gratuitamente, por meio do Programa Farmácia Popular (SCHMIDT, 2011). Este plano apóia-se num sistema informatizado que permite o cadastro e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos na Rede Básica em nível nacional (SisHIPERDIA), gerando informações

para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos pacientes cadastrados (BRASIL, 2014b).

3 MÉTODO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva. Na abordagem qualitativa, o pesquisador procura aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda – ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente e contexto social – interpretando-os segundo a perspectiva dos participantes da situação enfocada, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito (TERENCE FILHO, 2006).

De acordo com Deslauriers e Kérisit (2010), uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva colocará a questão dos mecanismos e dos atores (o “como” e o “o quê” dos fenômenos) por meio da precisão dos detalhes, ela fornecerá informações contextuais a pesquisa.

Para Minayo (2010), a pesquisa, além de uma prática, é também uma atitude de constante busca, definindo um processo intrinsecamente inacabado e permanente; é uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

A abordagem da pesquisa qualitativa é aquela que busca as respostas para questões humanas, de relações e sentidos. Seu campo é aquele que abarca o nível de significados, vivências, intencionalidades, atitudes, e sua busca são a interpretação e entendimento dessas realidades subjetivas que levam a uma realidade observada (FERREIRA, 2011).

Segundo Triviños (2010, p.122), “o comportamento humano muitas vezes tem mais significados do que os fatos pelos quais ele se manifesta”. Para o mesmo se faz necessário observar os sujeitos não em situações isoladas, artificiais, mas na perspectiva de um contexto social, coloca ênfase na ideia dos significados latentes do comportamento humano.

3.1 CENÁRIO

O cenário do estudo foi um serviço de nefrologia localizado em uma cidade do interior da Zona da Mata Mineira. Caracteriza-se por ser uma entidade de caráter privado que atende ao município e à microrregião. O serviço de nefrologia disponibiliza aos portadores de DRC o tratamento de terapia renal substitutiva (TRS) nas modalidades de hemodiálise e diálise peritoneal.

A escolha deste setor para a realização desta pesquisa se deve ao fato de ser um serviço pioneiro e de qualidade na região no tratamento de pacientes com diagnóstico de DRC.

A equipe deste serviço é composta por seis médicos nefrologistas, seis enfermeiros, uma nutricionista, uma assistente social e três psicólogas, que atendem em média 210 pessoas na modalidade de hemodiálise, atuando em três turnos, manhã, tarde e noite, de segunda a sábado, e 5 pessoas em programa de diálise peritoneal.

3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Vinte pacientes renais crônicos com doença de base hipertensão e/ou diabetes mellitus que se encontravam em Terapia Renal Substitutiva, participaram deste estudo. O período de realização das entrevistas foi de outubro de 2014 à janeiro de 2015.

Os critérios de inclusão adotados pela pesquisa foram: ser paciente do cenário de investigação; ser portador de hipertensão e/ou diabetes em TRS; ter mais de 18 anos; e aceitar participar como voluntário, demonstrando sua aquiescência através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice A**), elaborado de acordo com as disposições regulamentadoras da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012). Os pacientes foram abordados no serviço de nefrologia em seu horário de hemodiálise. A pesquisa foi autorizada pelo CONEP (CEE: 772.142).

Antes de iniciar o trabalho de campo foi requerida a autorização do Diretor Clínico da instituição e da Direção Técnica do serviço de nefrologia. Esta solicitação

abrange a realização da pesquisa, citação do cenário na divulgação dos resultados exclusivamente em eventos e/ou periódicos de natureza científica.

3.3 ESTRATÉGIAS DE APREENSÃO DOS DADOS

Inicialmente foi realizada uma consulta aos prontuários dos pacientes com o objetivo de identificar aqueles que vivenciavam como doença de base hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus e para possibilitar identificar as pessoas que atendessem aos critérios de inclusão.

Foi utilizado como instrumento de pesquisa um roteiro de entrevista semiestruturado (**Apêndice B**) com algumas questões norteadoras formuladas com base nos objetivos da pesquisa com o intuito de orientar o pesquisador e não limitar a fala dos participantes. Segundo Triviños (2010), este é um dos métodos de coleta de dados mais importante, pois, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do pesquisador, oferece todas as perspectivas para que o entrevistado alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação na elaboração da pesquisa. Nesse processo o investigador tem a liberdade de direcionar a entrevista para seu foco de interesse e o entrevistado tem a liberdade necessária para construir suas narrativas, enriquecendo o processo investigativo.

Segundo Bardin (2011, p.93-94), a subjetividade está muito presente em uma entrevista, visto que quando uma pessoa fala, estão presentes os seus pensamentos, seus valores, suas emoções e afetividades, e a afloração de seu inconsciente.

As entrevistas foram gravadas em mídia digital, transcritas e permanecerão em posse do investigador pelo período de cinco anos; após esse prazo serão destruídas.

Por se tratar de uma entrevista, é sabido que este tipo de procedimento pode ocasionar risco mínimo ao participante quando discorre sobre situações da sua vivência, ressalta-se que as respostas dos sujeitos entrevistados foram tratadas de forma anônima e confidencial. Desse modo o pesquisador se comprometeu a reparar os danos caso viessem a ocorrer.

A pesquisa de campo desenvolveu-se nos meses de outubro de 2014 a janeiro de 2015. As entrevistas foram realizadas durante o procedimento de diálise. Antes de iniciar a entrevista apresentava-me ao potencial participante do estudo, informando-lhe que era enfermeira, mestranda em enfermagem e que havia trabalhado por 8 anos em um serviço de TRS. A minha intenção nesse momento era proporcionar certa segurança a pessoa, uma vez que minha experiência em TRS me possibilitava ter um conhecimento sobre a terapia e as situações vivenciadas por elas durante o procedimento. Após esse momento apresentava os objetivos do estudo ao participante e solicitava seu consentimento por escrito para participar do estudo, realizar a entrevista, gravá-la e divulgar os resultados. Nesse momento esclarecia ao participante sobre a garantia do seu anonimato, sendo que para isso os relatos foram identificados como Pessoa 1 (P1), Pessoa 2 (P2) e assim consecutivamente. Após obter a anuência dos participantes, iniciava a entrevista.

3.4 Organização dos Achados para Análise

A partir das informações colhidas nas entrevistas, as respostas foram organizadas baseadas na análise de conteúdo. Processo de fazer que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações. É um instrumento marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações. De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, é uma busca de outras realidades por meio das mensagens.

Neste sentido, apoia-se na análise temática, uma das modalidades utilizadas para análise de conteúdo, que segundo Bardin (2011), envolve três etapas:

1. Pré-análise: é a organização do material. A pergunta básica inicial refere-se às técnicas que serão empregadas para a reunião de informações. As respostas aos questionários abertos e a entrevista semiestruturada bem como as observações livres obtidas constituirão o material que será estudado através da análise de conteúdo.

2. Descrição analítica: tem início na pré-análise. O material de documentos que constitui o corpus é submetido a um estudo aprofundado, orientado, em princípio, pelas hipóteses e referenciais teóricos. Os procedimentos como a codificação, a classificação e a categorização são básicas nestas instâncias de estudo.

3. Fase de interpretação referencial: é apoiada nos materiais de informação que se iniciou na pré-análise e alcança agora sua maior intensidade. A reflexão, a intuição, com embasamento nos materiais empíricos, estabelecem relações, aprofundando as conexões das ideias, chegando, se possível, às propostas básicas de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais. Na interação dos materiais, no tipo de pesquisa que nos interessa, não é possível que o pesquisador detenha sua atenção exclusivamente no conteúdo manifesto dos documentos. Ele deve aprofundar sua análise tratando de observar o conteúdo latente pertinente aos sujeitos da pesquisa.

A vivência de uma enfermidade faz com que as pessoas busquem tratamento a partir ou não de suas escolhas, traçando um caminho pelo sistema de saúde, ou seja, delineando o seu itinerário terapêutico.

A literatura socioantropológica utiliza o termo itinerário terapêutico para definir este percurso. Segundo alguns autores, itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os recursos fitoterápicos e homeopáticos, cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, atenção hospitalar, etc.). Referem-se a todos os recursos dos quais as pessoas se utilizam na tentativa de resolver o seu infortúnio, uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que vão construir sua trajetória de busca por cuidado (MARTINEZ, 2006; CABRAL et al., 2011).

Para conhecermos o IT é necessário percorrer o caminho de interpretação das experiências humanas e o desenho de suas ações que se desenrolam no domínio dos macroprocessos sociais. Torna-se necessário que toda a análise sobre IT ponha em evidência as experiências, as trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades envolto de vivências, cultura e história (ALVES E SOUZA, 1999).

4 ANÁLISE DO ESTUDO

As narrativas dos entrevistados demonstram o caminho percorrido por eles no sistema de saúde em busca do cuidado de forma muito particular, revelando momentos vivenciados pelos mesmos de forma singular. Porém, ao analisar as histórias vividas para o alcance dos objetivos desse estudo percebemos a convergência das narrativas na vivência do processo de adoecimento que possibilitou o reconhecimento do itinerário terapêutico desenhado por essas pessoas.

A seguir, com o objetivo de compreender e analisar o perfil encontrado nos participantes do estudo, apresenta-se uma caracterização e, posteriormente, as categorias temáticas que emergiram da análise das entrevistas.

4.1 Caracterização Dos Participantes Do Estudo

Os resultados são apresentados de acordo com o perfil socioeconômico e demográfico de 20 pessoas portadoras de Doença Renal Crônica que apresentavam como doença de base a hipertensão e/ou diabetes mellitus em Terapia Renal Substitutiva, em uma clínica na Zona da Mata Mineira.

Para apresentar as informações sobre as características socioeconômicas e demográficas do estudo, elaboramos a tabela 2 a seguir.

Tabela 2 - Distribuição das características socioeconômicas e demográficas dos participantes do estudo.

| Características | F(n): 20 | % |
|--|-----------------|----------|
| Idade | | |
| 20 - 30 anos | 1 | 5% |
| 31 - 50 anos | 3 | 15% |
| 51 - 65 anos | 7 | 35% |
| > 65 anos | 9 | 45% |
| Sexo | | |
| Masculino | 11 | 55% |
| Feminino | 9 | 45% |
| Estado Civil | | |
| Solteiro | 3 | 15% |
| Casado | 11 | 55% |
| Viúvo | 2 | 10% |
| Separado/Divorciado | 3 | 15% |
| Religião | | |
| Católica | 15 | 75% |
| Evangélica | 4 | 20% |
| Não segue religião | 1 | 5% |
| Raça | | |
| Branca | 11 | 55% |
| Negra | 9 | 45% |
| Escolaridade | | |
| Analfabeto | 1 | 5% |
| Fundamental Incompleto | 14 | 70% |
| Fundamental Completo | 3 | 15% |
| Ensino Médio Completo | 3 | 15% |
| Ensino Superior | 1 | 5% |
| Ocupação | | |
| Aposentado | 13 | 65% |
| Trabalhador Autônomo | 1 | 5% |
| Do Lar | 3 | 15% |
| Auxílio Doença | 3 | 15% |
| Renda Familiar | | |
| 1 salário mínimo | 4 | 20% |
| > um salário mínimo e < 3 salários mínimos | 10 | 50% |
| > 3 salários mínimos | 6 | 30% |
| Área de Moradia | | |
| Zona Urbana | 20 | 100% |
| Zona Rural | 0 | 0% |
| Tipo de Tratamento | | |
| Hemodiálise | 20 | 100% |

Fonte: Banco de dados primários – 2014/2015.

A faixa etária predominante do grupo estudado foi a de pessoas acima de 65 anos, representando 45% (n: 9). Na sequência aparece a faixa etária de 51 a 64 anos, com 35% (n: 7); seguida pela faixa etária compreendida entre pessoas entre 31 e 50 anos, cujo percentual atingiu 15% (n: 3). Completando o grupo encontrou-se 1 entrevistado (5%) pertencente à faixa etária de 20 à 30 anos. Os dados encontram semelhança com os dados apresentados pelo Censo de Diálise (2013), onde 62,3% das pessoas se encontram na faixa etária de 19 a 64 anos. Demonstrando que em âmbito nacional a DRC é mais prevalente na população economicamente ativa.

Em estudo realizado por Perico e Remuzi (2015) ressaltam que o envelhecimento populacional, o aumento acentuado na incidência de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão vem impulsionando o crescimento de pessoas com doença renal crônica em estágio terminal e que necessitam de algum tipo de TRS, causando um impacto financeiro nos sistemas de saúde. Esses autores consideram que essa tendência é um fenômeno mundial, porém ainda pouco reconhecido pelos formuladores de políticas de saúde e pelos profissionais de saúde em geral, principalmente os profissionais da atenção primária. Os autores consideram ser de extrema importância à formulação de programas de prevenção de DRC com ênfase às populações desfavorecidas.

A distribuição dos participantes conforme o sexo constatou-se um equilíbrio entre os participantes, sendo 55% (n: 11) do sexo masculino e 45% do sexo feminino (n: 9). Esses dados estão em consonância com os dados do Censo Brasileiro de Diálise (2013), no qual 58% são do sexo masculino e 42% do sexo feminino.

Os participantes da pesquisa, em sua maioria, são casados, representando 55% do total (n: 11); em seguida estão os indivíduos solteiros, com 15% (n: 3), e separados/divorciados com 15% (n:3). O restante das pessoas são viúvas, e aparece com 10% (n: 2) deste total. A maioria pertence à religião católica 75% (n: 15), seguida da evangélica 20% (n: 4), e 5% (n: 1) não seguem religião. Tais números demonstram resultado semelhante àqueles encontrados em pesquisas populacionais, nas quais a religião católica é predominante no Brasil (IBGE, 2010b).

De acordo com a raça evidenciamos que a maioria se autodeclarou da raça branca 55% (n: 11) e 45% (n: 9) se reconhece como não-branco. Em relação à escolaridade, observamos um predomínio da baixa escolaridade, uma vez que 70% (n: 14) dos participantes da pesquisa tem apenas o ensino fundamental incompleto.

O restante, 15% (n: 3) aparece com o ensino médio completo; e na sequência aparecem: aqueles que cursaram o ensino fundamental completo 5% (n: 1); ensino superior 5% (n: 1) e analfabeto 5% (n: 1).

Quanto à distribuição dos participantes segundo a ocupação, observa-se que a maioria dos sujeitos é aposentada, perfazendo 65% (n: 13); na sequência se encontra 15% (n: 3) que fazem uso do benefício de auxílio doença; outros 15% (n: 3) se referem como do lar, e 5% (n: 1) é trabalhador autônomo.

Quanto a renda mensal familiar, predominam os entrevistados com renda mensal entre 1 e 3 salários mínimos 50% (n:10), seguidos daqueles com renda maior que 3 salários mínimos 30% (n:6); por último se encontram os que possuem renda familiar de 1 salário mínimo, perfazendo 20% (n:4) do total amostrado.

Com relação à localidade da moradia 100% dos participantes declaram residir na zona urbana.

De acordo com Alves, L.C. et al (2010), as pessoas que residem em áreas urbanas apresentam melhores condições de vida, maior disponibilidade e acesso aos serviços preventivos e de assistência médica básica ou especializada.

No entanto, na presente pesquisa não foi observado que o fato de todos os participantes residirem 100% na zona urbana tenha sido um fator de contribuição para facilitar o acesso aos serviços de saúde e a prevenção dos agravos das doenças de base.

Em pesquisa realizada sobre o perfil socioeconômico de pessoas com DRC em TRS na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul encontrou-se dados semelhantes ao desta pesquisa com prevalência de pessoas do gênero masculino, faixas etárias mais elevadas, proveniência do meio urbano, estado civil casado e menor escolaridade. Nesse estudo, os autores apontaram para a associação entre o baixo nível socioeconômico e o aumento da prevalência de DRC, considerando este um fator de risco para doenças crônicas, encontrando uma relação inversa com a incidência de DRC. Essa associação entre nível socioeconômico e a DRC encontra explicação na dificuldade de acesso aos sistemas de saúde e o controle inadequado de doenças como a hipertensão e o diabetes (ZAMBONATO et al., 2008).

Outro estudo realizado por pesquisadores norte-americanos também associam o baixo nível socioeconômico e a incidência de DRC, apontam para o aumento da carga de DRC em populações desfavorecidas ressaltando que o baixo

nível socioeconômico e a falta de acesso aos cuidados de saúde contribuem para aumentar as disparidades e o agravamento das condições de saúde. Pontuando como estratégias para reduzir o impacto das doenças crônicas sobre as populações desfavorecidas a sensibilização da comunidade a promoção de práticas educativas voltadas a esse público e maior oportunidade de acesso à medicina preventiva aos grupos que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento de DRC (GARCIA-GARCIA & J.H.A, 2015).

As disparidades na prevalência e progressão da DRC têm sido geralmente associadas à raça, etnia, gênero ou diferenças genéticas que influenciam sua prevalência e o controle dos fatores de risco para DRC, como diabetes e hipertensão, e recentemente tem-se considerado também a importância e relevância do ambiente social e condições econômicas como fator de risco no desenvolvimento e complicações da DRC. Em pesquisas nos EUA o ambiente social tem sido apontado como uma chave determinante para a persistência de desigualdades na saúde, enfocando ser necessário concentrar as estratégias de promoção da saúde nos comportamentos e hábitos de vida, em fatores sociais e ambientais no sentido de estabelecer maior equidade social entre as populações vulneráveis (NICHOLAS et al., 2015).

A OMS (2003) identificou três princípios – chave com objetivo de melhorar a saúde em nível mundial e reforçar o impacto sobre os fatores socioeconômicos: melhorar as condições de vida diária; resolver a questão da desigualdade de distribuição de renda; desenvolver e concentrar esforços nos determinantes sociais de saúde e sensibilizar a opinião pública com relação aos mesmos.

Segundo Nicholas et al. (2015), os determinantes socioeconômicos e ambientais influenciam não somente o acesso aos cuidados de saúde de qualidade como impactam o desenvolvimento e evolução da DRC. O entendimento das situações de vulnerabilidade das pessoas e populações menos favorecidas irá facilitar a adoção de estratégias de prevenção e tratamento da DRC.

Em pesquisa feita nos EUA com uma população de 11.027 pacientes brancos e negros com idade entre 18 e 30 anos e que iniciaram diálise entre 2006 e 2008 buscou-se avaliar a relação entre raça, nível socioeconômico e risco de mortalidade. Foi constatado um aumento da taxa de mortalidade entre negros que possuíam nível socioeconômico mais baixo do que entre os brancos com o mesmo

nível socioeconômico, sendo que essa diferença de mortalidade declinava entre os negros e brancos com condições socioeconômicas semelhantes, demonstrando uma relevância maior dos determinantes sociais sobre a taxa de mortalidade dessas pessoas (JONHS et al., 2014)

Com relação ao tipo de Terapia Renal Substitutiva (TRS), 100% da amostra de pessoas participantes da pesquisa são submetidas ao tratamento com hemodiálise.

De acordo com o tempo de tratamento em diálise 45% (n: 9) dos participantes realizam a terapia renal substitutiva a menos de 2 anos; 20% (n:4) entre 3 a 5 anos; 15% (n: 3) entre 6 a 10 anos e os outros 20% (n:4) realizam a terapia a mais de 11 anos.

A modalidade dialítica mais frequentemente empregada tem sido a hemodiálise convencional, três vezes por semana com duração de 4 horas cada sessão. A diálise peritoneal tem sido reservada para pacientes com melhores condições socioeconômicas, ou para aquelas pessoas sem possibilidade de confecção de um acesso vascular (FERMI, 2010).

A utilização de modalidades de diálise no tratamento da DRET varia ao redor do mundo e não existe um consenso na literatura sobre a escolha mais apropriada do método de diálise (ANDRADE et al., 2010).

Em pesquisa realizada no Brasil com o objetivo de identificar quais fatores determinam a escolha entre Hemodiálise (HD) e Diálise Peritoneal (DP), foram avaliadas 11.563 pessoas em TRS, sendo que destas 88% começaram o tratamento dialítico em HD e 12% em DP, concluindo-se que no Brasil a escolha não é aleatória, pessoas jovens, diabéticos e àquelas mais antigas em terapia tinham maior probabilidade de serem alocadas em DP. Além das variáveis individuais, a escolha sofre influência também de questões relativas ao financiamento, pois no Brasil HD é pago em uma estrutura de taxa de serviço e DP por reembolso (ANDRADE et al., 2010).

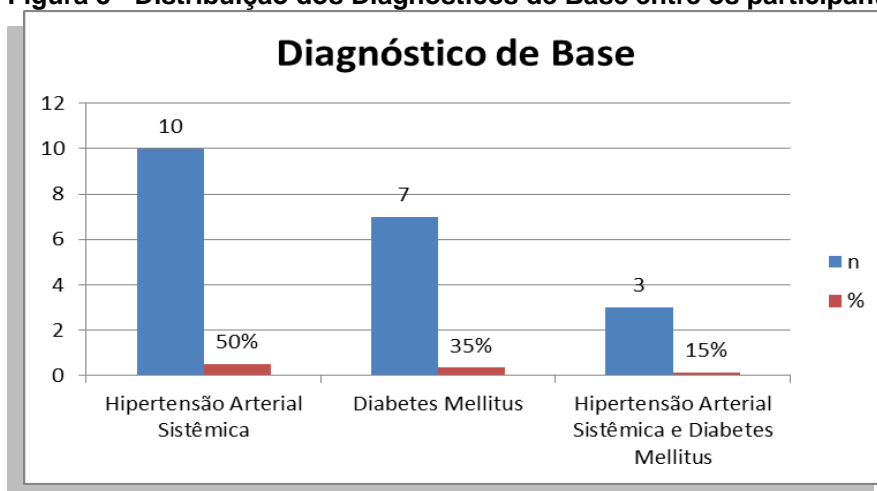
Outro fator relatado pelos autores Andrade et al. (2010) no mesmo estudo seria o Estado de residência das pessoas, uma vez que existe uma desigualdade no acesso aos cuidados de saúde entre as Regiões Brasileiras. Destacando ainda que o encaminhamento tardio ao nefrologista é um ponto – chave na escolha da modalidade de TRS, indicando que quando as pessoas iniciam diálise de urgência,

na maioria dos casos esse início se dá pela hemodiálise, em contrapartida àquelas pessoas acompanhadas precocemente pelo nefrologista tinham o início da terapia por diálise peritoneal na maioria dos casos.

Há que se considerar também fatores socioeconômicos e nível de escolaridade, pois esses fatores podem limitar a capacidade das pessoas em gerir a diálise em sua residência. Além disso, fatores como raça, etnia, sexo, idade, distância da residência e o centro de TRS, também devem ser considerados para a escolha da modalidade de terapia renal substitutiva (DAUGIRDAS et al., 2008).

Ao analisar a doença de base que levou a DRC das pessoas investigada, os dados se apresentaram com a seguinte proporção: 50% dos participantes (n: 10) portadores da Doença Renal Crônica sofrem de hipertensão; outros 35% (n: 7) são somente diabéticos; e 15% (n: 3) são diabéticos e hipertensos. Esses dados estão em conformidade com o perfil apresentado pelo Censo de Diálise (2013), onde 35% possuem como doença de base a hipertensão arterial e 30% o diabetes mellitus. Conforme ilustrado na figura 3.

Figura 3 - Distribuição dos Diagnósticos de Base entre os participantes.



Fonte: Das autoras (Banco de dados primários - 2014- 2015).

Em estudo realizado no período de 2000 a 2009 com dados da base nacional de TRS de pessoas atendidas no SUS, encontramos dados semelhantes aos achados dessa pesquisa, onde a principal causa de DRC foi a hipertensão, seguida pelo diabetes, os homens representavam a maioria (57%) dos pacientes incidentes em TRS; 89% dos pacientes submeteram-se a hemodiálise, 11% a diálise peritoneal (CHERCHIGLIA et al., 2010).

Após a descrição das características dos participantes do estudo apresentaremos as categorias que emergiram das reflexões realizadas a partir da leitura exaustiva das entrevistas e da análise das mesmas. Nesse processo emergiu a construção de 4 categorias que foram nomeadas da seguinte maneira: “A Descoberta Do Adoecimento” ; “Tecendo Saberes Sobre o Adoecimento”; “ O Sentido do Tratamento Renal Substitutivo” e “Caminhos Percorridos em Busca de Tratamento: uma trajetória de (des) cuidado”.

4.2 A Descoberta Do Adoecimento

Nesta categoria analisamos, nas narrativas dos participantes do estudo, os aspectos relacionados à descoberta do adoecimento que os colocam diante da possibilidade do tratamento renal substitutivo.

Os recortes das entrevistas a seguir trazem elementos de uma descoberta que é marcada pela ocorrência de sintomas não relacionados pelas pessoas como uma manifestação da doença renal.

Mas não era tão grave assim né, era infecção urinária, diabetes né que provocou. O rim mesmo é agora, tem quase um ano. Era pra tratar infecção urinária, mas aí eu comecei a inchar muito, inchar, inchar [...]. Eu fiquei igual um robô, tava durinha, inchou tudo e eu achava que era gordura né... Mandava eu tomar os remédios lá, aí que minhas pernas começou a endurecer muito. Quando foi em dezembro eu fiquei ruim com falta de ar, não respirava mais, aí fui no hospital e a Dra XXX me segurou lá, fez os exames e falou:” nós vamos agora pra hemodiálise” (P5) .

Tem o postinho lá perto da minha casa, aí eu ia lá, mas eu tinha uma dor nas pernas e não aguentava andar de jeito nenhum, eu ia andar mas eu chorava muito de dor do joelho pra baixo... Não sabia, foi depois que internei, que a médica que eu tratava, a Dra XXX, é que falou comigo que eu tava com problema de rim, e meu rim um tava todo inflamado... Ah, eu tava sentindo, eu fiquei muito inchada... Uma inchação medonha, eu sentia muita dor de cabeça, o corpo doía muito, a perna doía, eu não aguentava ficar em pé, o problema foi esse (P9).

Deve que tinha muito tempo né, porque eu sentia muito tempo dor né, mas nunca tinha feito exame, nada, tive internada também eles tirou só a chapa do meu pé, aí eles falou que era... O médico a primeira vez falou que eles não tavam descobrindo o quê que era a dor, aí passaram remédio pra mim eu fiquei mais ou menos, onde que eu tô te falando que lá vai um pouco devagar, mas depois o rim atacou mesmo aí a dor foi demais né, aí teve que internar e fazer hemodiálise pra mim poder melhorar né, porque a dor que eu sentia era do rim que o rim atacava, aí que eu descobri . Já tinha um ano mais ou menos que eu sentia, porque a dor das pernas não passava, tinha hora que eu sentia dor nas escadeira, não parava é eu não podia ficar em pé muito tempo, se ficasse em pé muito tempo pra fazer alguma coisa aquilo que me dava aquela dor de cansaço, tinha que sentar parece que se eu não sentasse eu ia cair e já era o rim (P12).

Porque eu tava só passando mal, passando mal, tratando de pressão alta e não sabia o quê que era, aí o Dr XXX mandou eu fazer os exames, aí acusou o problema de rins, aí ele me encaminhou (P13).

Para os participantes do estudo a descoberta da DRC ocorre quando a pessoa identifica e vivencia os primeiros sintomas da doença, mas não correlacionam esse sintoma a uma doença especificamente. E, após receberem o diagnóstico de DRC pensam esse comprometimento como uma fatalidade e muitas vezes não conseguem relacioná-lo com a sua doença de base. Talvez essa analogia encontre base no estudo de Fermi (2010) quando diz que no início, quando a função renal encontra-se moderadamente comprometida, o paciente não apresenta sintomas.

A DRC é uma doença de caráter insidioso, sua evolução ocorre de forma lenta e progressiva, e possui sintomas e manifestações clínicas iniciais bastante inespecíficos como cefaléia, náuseas, vômitos, anorexia, fadiga, edema palpebral e de membros inferiores, alteração da coloração da urina, hálito urêmico e outros. Esses sinais e sintomas são decorrentes da uremia que ocorre devido à retenção de escórias nitrogenadas e toxinas no sangue (HIGA et al., 2008).

O depoimento a seguir descreve os sintomas típicos da uremia relatados por um participante, ficando evidente a surpresa do diagnóstico da DRC e o início da terapia renal substitutiva de urgência, ou seja, o problema foi identificado tardiamente e a pessoa não pôde ser preparada para o início do tratamento.

Foi ano passado, é setembro, eu tava internado no hospital, aí a Dra XXX foi e falou que eu tinha que fazer hemodiálise, achei que eu tava só com pneumonia, por causa da falta de ar, tava inchado também, aí ela foi pegou e me falou segunda-feira o negócio da hemodiálise e na terça-feira me trouxeram pra cá e me colocaram um cateter e começaram a fazer hemodiálise em mim. Eu tava há um mês mais ou menos, eu tava com falta de ar entendeu, com gosto de urina na boca, aí é a gripe que num foi melhorando, foi só piorando, aí acabou que eu internei porque eu já não tava aguentando mais, tava escarrando sangue (P 4).

De acordo com Bastos e Kirsztajn (2010) a pessoa que se encontra no estágio 5 da DRC deve ser preparada para o início da TRS e esclarecido quanto as opções ou modalidades de terapia existentes, para que a pessoa possa em conjunto com a equipe multiprofissional optar pela modalidade de terapia mais adequada para atender às suas necessidades. Dessa forma seriam evitados procedimentos de urgência que terão impacto negativo na morbimortalidade dessas pessoas e em sua qualidade de vida. Sua detecção precoce demanda conhecimento técnico dos profissionais, acesso a exames e consultas especializadas.

O reconhecimento dos primeiros sintomas da DRC se tornou um desafio aos profissionais e vêm contribuindo para que o seu diagnóstico ocorra de forma tardia. A política de cuidado às pessoas com DRC salienta que é necessário ações para que ocorra uma melhora nas estratégias de diagnóstico e tratamento precoces, otimização para o encaminhamento aos cuidados especializados, implementação de medidas de controle do avanço da doença, identificação e correção das complicações e comorbidades associadas, bem como o preparo, educação e orientação dessa pessoa para que opte por uma das modalidades de terapia renal substitutiva (BRASIL,2014a).

Portanto, é imprescindível o reconhecimento precoce e o estabelecimento de intervenções que visam diminuir ou estabilizar a progressão da DRC e que previnam a ocorrência da DRET. Segundo Bastos e Kirsztajn (2010), a probabilidade de progressão da DRC é determinada por interações entre fatores clínicos, ambientais e genéticos, dentre esses fatores destaca-se: idade, sexo, diabetes, hipertensão, proteinúria, anemia, complicações metabólicas, obesidade, tabagismo e dislipidemia. Para esses

autores é de suma importância que os profissionais da atenção básica e nefrologistas identifiquem esses fatores de risco rapidamente e intervenham precocemente para evitar a ocorrência e progressão da DRC.

Em estudos realizados sobre o Itinerário Terapêutico de pessoas em TRS os resultados encontrados foram semelhantes ao da presente pesquisa, onde a descoberta da DRC ocorreu com o aparecimento dos primeiros sintomas e desconfortos os quais na maioria das vezes não foram associados pelas pessoas como uma doença renal, além de ter sido algo de caráter inesperado causando surpresa em algumas pessoas pela rapidez na progressão da doença, culminando com início da TRS em caráter de urgência (CABRAL, 2010; ARAÚJO et al, 2014).

4.3 Tecendo Saberes Sobre O Adoecimento

Nesta categoria são analisados os aspectos relacionados aos sentidos atribuídos pelos participantes do estudo no que diz respeito ao conhecimento, tanto sobre a doença renal substitutiva quanto da doença hipertensiva e o diabetes.

Os participantes elaboram seus saberes baseados, muitas vezes, em troca de informação com os profissionais de saúde, ou com amigos, familiar e até com outras pessoas que vivenciam o mesmo processo de adoecimento Os recortes a seguir demonstram estas percepções.

Olha, eu sei que faço hemodiálise pra dar mais firmeza no rim né, fazer ele levantar um pouquinho, eu acho que ele tava deitado, com preguiça... Eu ainda faço xixi...O médico falou que é crônico, eu que falei preguiçoso, mas é crônico, ele falou os rins da senhora tá crônico, falou assim. Aí eu senti será que ele tá murcho, eu sentia que ele tava deitado, na minha mente. Mesmo a urina eu urinava até muito, mas aqui eles falaram que eu urinava só água, agora eu tô sentindo que eu já tô urinando normal... (P1).

Eu acho que é o diabetes né que deu o problema nos rins, ela que fez né, só sei disso acho que foi ela. Porque eu comia muito doce quando tava trabalhando, chupava muita bala... Agora sobre essa doença no rim, ah isso aí num sei te falar nada não... Num sei te falar

nada não, nem sei o quê causou isso, não sei não. Eles falavam que era negócio de muito doce e açúcar né, mas num sei (P6).

Ah eles falaram que é pressão alta que causou esse problema nos rins, às vezes por ter essa pressão também as coisas que eu comia e bebia, isso me prejudicou bastante, antigamente eu bebia também, então aí prejudicou bastante...Mas não sabia que pressão alta podia causar problema nos rins, isso ninguém me falou antes não (P10).

Olha, inclusive eu tenho colega que já aconteceu isso de problema nos rins, muitos falam que o problema vem do diabetes, do colesterol alto né, a pessoa não faz tratamento e mais é sei lá, é só isso que eu tô sabendo. Ele (o médico) disse que o meu, como é que eu vou falar? Tinha 30% cada um, é tipo uma bactéria que vai "comendo" os rins, acho né... E foi diminuindo, igual ele falou que esse tipo de doença é coisa que vai aos poucos e a gente nem sente né, e aí quando vê já tá com esse problema. Mas a única doença que eu lembro que tive em 1999 foi tuberculose. Não sei se pode causar né (P14).

Em pesquisa realizada por Pacheco et al (2007), sobre o conhecimento de pessoas com DRC em tratamento conservador acerca da DRC, das doenças de base HAS e DM e as influências sobre o autocuidado dessas pessoas, evidenciou-se que a maioria dos clientes demonstrou estar cientes do comprometimento renal pelo DM e pela HAS e demonstravam conhecimento sobre a origem da DRC. Conclui-se que as dúvidas sobre a doença permeiam a vida dessas pessoas e interferem em sua adesão ao tratamento e comprometem a sua qualidade de vida. Diferentemente do achado dessa pesquisa, onde muitas pessoas não conseguiram expressar conhecimentos acerca da DRC e das doenças de base.

Para outros, mesmo se sentido doentes não expressam conhecimentos sobre as doenças por eles vividas, como nos trechos de depoimentos, a seguir.

Não sei porque tenho esse problema nos rins... Ninguém me explicou...Não sei porque faço hemodiálise. Por quê? (P12).

Não sei, minha filha porque tenho esse problema nos rins... O Dr XXX lá do posto perguntou se eu tomava bastante água, eu nunca gostei de água, sabe? Ele falou assim que geralmente problema de rim é por falta de tomar água, sabe? Aí acho que seca num sei, sei lá. Eu sei que ele falou assim, ó tem que tomar mais água. Só que eu não tomo, eu esquecia, não tinha sede, sei lá, até hoje eu não sou muito chegada a água, agora eu tomo porque eu sei que eu tenho obrigação de tomar, não é aguaceiro, mas eu tomo direitinho. Não gosto muito de água não, eu gosto assim é de um suco, refrigerante, de um guaraná, assim eu gosto, mas água de verdade eu não gosto,

agora eu tomo porque sou obrigada. O quê que eu já ouvi falar? O que eu já ouvi falar, é que se tratar direitinho, fazer o quê os médicos mandam, fazer tudo certinho que a gente vive direitinho, agora se não fizer o tratamento direito é fatal, isso aí que eles disseram (P13).

Não, não, num sei não porque tenho esse problema nos rins, ninguém nunca explicou. Eu sei que os rins parou né, aí agora qual o motivo eu não sei. Até agora num sei não, não ouvi falar muita coisa não... O porquê afinal de contas qual o motivo do rim da gente parar né de funcionar, a gente tem dois funciona um. Um estando funcionando lá vai né, mas parando um aí já começa a complicar as coisas (P16).

Em estudo realizado por Madeiro et al (2010), a falta de conhecimento em relação a situação de adoecimento foi apontada como causa de reação negativa frente ao diagnóstico de DRC destacando ainda que a falta de informação e desconhecimento são fatores estressores relatados pelos clientes em início de hemodiálise.

Oliveira e Zanetti (2012) em um estudo objetivando caracterizar os usuários com DM tipo 2 e analisar o conhecimento e atitude em relação à doença concluíram que o nível de conhecimento dos usuários era baixo e que os mesmos possuíam dificuldade de enfrentamento da doença.

No contexto de cuidado à condição crônica de saúde às pessoas que vivenciam esse processo de adoecimento necessitam de algumas ferramentas com vista ao manejo dessa condição de saúde através do autocuidado. Tais ferramentas são as informações que possibilitam ao usuário lidar com as situações cotidianas advindas desse adoecimento, como por exemplo, a aceitação da doença e suas limitações impostas, as mudanças de hábitos de vida necessários, a utilização correta das medicações e todas as mudanças que advém dessa nova condição de saúde. Tais ferramentas normalmente são repassadas a essas pessoas por uma equipe multiprofissional de saúde que será responsável por realizar a educação para o autocuidado da pessoa adoecida (OLIVEIRA & ZANETTI, 2012).

O conhecimento que a pessoa possui sobre a sua doença poderá dar suporte ao seu autocuidado e também implicar no desejo dessa pessoa em aderir ou não aos esquemas terapêuticos, que deverá ser um constructo realizado em parceria entre a pessoa e os seus cuidadores. O objetivo seria construir um saber em conjunto as pessoas envolvidas que possa provocar a sua mudança de atitude e que

ela se sinta inserida em seu processo de cuidado e motivada a aderir ao seu tratamento. No entanto, precisamos analisar até que ponto os profissionais de saúde estão dispostos a compartilhar esse saber com os usuários do sistema de saúde para se constituir em uma ferramenta para a adesão dessa pessoa ao tratamento.

Segundo Merhy e Feuerwerker (2009), a sociedade ocidental vem passando por um processo histórico e social denominado de medicalização da existência e da vida individual e coletiva. Para esses autores as ações de saúde vêm perdendo sua dimensão cuidadora quando lança seu olhar unicamente para o corpo biológico centrando suas ações em procedimentos sem interesse pelo outro de quem se propõe a cuidar.

Para Foucault (1979), o quê está na base do poder não são as ideologias, mas instrumentos de formação e acúmulo do saber, ao exercer-se o poder forma, organiza e coloca em circulação um dispositivo do saber. Em sua obra existem três conceitos imbricados e que se inter-relacionam, poder, verdade e direito. O poder institucionaliza a verdade e a verdade se profissionaliza através das normas, dos discursos verdadeiros que julgam, condenam e coagem. A relação entre o poder e o saber nas sociedades modernas tem o objetivo de produzir “verdades”, cujo interesse essencial é a dominação do homem, seja no âmbito político, social, cultural e biológico.

De acordo com a obra de Foucault (1979), saber é poder, e, portanto, o saber das diversas profissões de saúde e principalmente o saber da medicina também se constitui em poder e é através desse poder que atua na lógica do controle dos corpos e na busca de sujeitos úteis, obedientes e dóceis. Passa-se a acreditar que o saber médico é melhor que o saber não-médico (do usuário). Portanto, a concepção de saúde da medicina passa a ser a única almejada pelo paciente, uma vez que o detentor da verdade sabe o que é melhor para “o seu paciente”, mais até do que ele próprio.

Segundo Giglio-Jacquemot (p. 115; 2005):

“O corpo é, ao mesmo tempo realidade biológica, objeto investido de significações sociais e culturais e fundamento principal da identidade do sujeito. Entre o “corpo-objeto” das ciências da natureza e da biomedicina, inteira e exclusivamente submetido às leis da biologia, lugar de observação e experimentação, e o “corpo-sujeito”, um corpo “vivido” e “próprio”, inserido na concepção que cada um de nós tem de seu corpo, muitas representações, noções e conceitos se encontram, se misturam, se completam ou se contrapõem. Lugar

das doenças e dos cuidados, ele é um espaço-cruzamento para onde convergem, nem sempre compatíveis, muitas significações e práticas”.

Desse modo, trabalhamos na perspectiva do modelo biomédico, no controle dos corpos e na centralidade da doença, tornando o conceito de saúde como algo simplista, como a mera ausência de doença, a qual vislumbra como possibilidade de resolução dos seus problemas a medicalização, os procedimentos diagnósticos e invasivos e as práticas prescritivas que desconsideram o outro e a sua autonomia.

O saber médico, quando baseado exclusivamente na biomedicina, não abrange todos os campos de análise da doença e deixam de lado muitas vezes, o referencial da pessoa que está doente, e suas perspectivas de entendimento como um todo, dando prioridade especificamente, ao contexto biológico e fisiológico da doença (BARROS, 2013).

Nessa visão, o outro se torna objeto da ação dos profissionais médicos que são “detentores do saber”, deslegitimando o saber do outro e das outras profissões de saúde. A ação dos outros profissionais de saúde é subjugada à lógica dominante do trabalho médico, tendo o seu núcleo cuidador empobrecido (MERHY & FEUERWERKER, 2009).

Não obstante nos deparamos com profissionais de saúde que se tomam de um sentimento de estranheza, muitas vezes tomados por um discurso de desmotivação para cuidar do outro, porque “os seus pacientes” não aderem às terapêuticas propostas, algo bastante comum nas situações de adoecimento crônico.

Em estudo realizado por Almeida et al. (2011), as autoras se propõem a analisar as representações sociais da equipe de saúde sobre a hipertensão arterial e como esses profissionais desenvolvem o cuidado à essas pessoas, sendo que nos discursos desses profissionais há uma ênfase na questão da adesão a terapêutica medicamentosa e os mesmos dizem se sentirem desmotivados no cuidado à essas pessoas justamente pela falta de adesão ao plano terapêutico. Nessa pesquisa o discurso do sujeito coletivo demonstra que a hipertensão arterial é uma doença importante e passível de controle e de prevenção de agravos desde que a pessoa acometida siga as orientações técnicas dos profissionais de saúde.

Almeida et al. (2011) nos alerta para o discurso destes profissionais que delegam para o usuário a responsabilidade em promover as mudanças de estilo de vida necessários para a prevenção dos agravos e controle da hipertensão arterial.

Fica evidente a ideia de que o profissional de saúde supervaloriza o seu conhecimento em detrimento de outros conhecimentos. O equívoco do profissional de saúde consiste em não considerar o usuário como um agente do processo de cuidado. O usuário é o consumidor do trabalho de saúde e este possui intenções e vivências, conhecimentos, crenças e representações que irão interferir nesse processo de produção do cuidado, e que, portanto, devem ser considerados relevantes.

Trazendo essas reflexões para o campo das terapias renais substitutivas percebemos essa realidade na prática cotidiana dos profissionais que atuam nesses serviços, pois apresentam uma preocupação excessiva em saber manipular as máquinas que realizam essas terapias, mas não sabem se relacionar e escutar as pessoas que estão ali necessitando de cuidados. Não há preocupação com a subjetividade, com os medos e a insegurança daquele de quem se cuida, necessidades que ultrapassam a esfera do saber manipular uma máquina.

Pensar o usuário como uma pessoa desprovida de conhecimentos é o mesmo que propor um plano terapêutico fracassado desde o seu início. É preciso comprometer o usuário com a sua proposta de cuidado, dando voz ativa a ele e autonomia para que o mesmo faça as suas escolhas terapêuticas em conjunto com os profissionais, e assim promova a sua adesão ao tratamento. Precisamos acessar aos atos de cuidados que parecem invisíveis, mas que são a base e a possibilidade cuidadora em saúde.

A queixa do usuário não se refere à falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim, da falta de interesse e de responsabilização dos serviços para com ele e seu problema. Os usuários sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desrespeitados e desprezados (FRANCO & MERHY,2005).

Segundo Merhy (2002), os atos produtivos em saúde não vêm causando o impacto esperado que é o de gerar autonomia na vida das pessoas usuárias dos serviços de saúde e conseqüentemente não atende às necessidades de saúde.

Na prática dos cuidados de saúde contamos com a dimensão científica, mas também e não menos importante, com a dimensão humana, pois ao exercermos a prática de cuidados de saúde promovemos um encontro com o outro e com o seu mundo, com suas crenças e valores. Nesse encontro sensibilizamos o outro e somos sensibilizados, há uma troca de experiências e saberes. E compreender algo como

verdade única dificulta essa troca de vivências, saberes e experiências, e tampouco capacita o indivíduo para ser autônomo e capaz de exercer o autocuidado tão necessário na vivência da condição crônica de saúde.

Ao negarmos a autonomia do outro, estamos negando sua capacidade de escolha, a sua liberdade e subjetividade, deixamos de enxergá-lo como um ser no mundo capaz de gerir o seu cuidado.

Diferentemente, ao promovermos a autonomia dos usuários dos serviços de saúde, os profissionais de saúde envolvidos nesse processo estabelecem uma prática de saúde solidária e comprometida socialmente. Opta-se por trabalhar com a concepção de promoção de saúde trazida pela Carta de Ottawa (1986), na Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que definiu a promoção de saúde como o processo de capacitação da população para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde implementando o controle sobre a mesma, ressaltando que a educação para a saúde permite às pessoas a aprenderem e terem controle e autonomia sobre suas condições de vida (PACHECO, 2007).

Sobre essa nova forma de pensar saúde Martins Júnior (2003), nos coloca o conceito de fortalecimento como uma das principais estratégias de promoção da saúde, reforçando a necessidade de compartilhar poder e superar o relacionamento fornecedor/cliente. Esse autor promove uma reflexão sobre o “poder dizer sobre” legitimando “o prescrever para o outro” e colocá-lo sob controle, nos dizendo que não há mais espaço para esse comportamento nessa nova visão de promoção da saúde, onde reconhecer os problemas da realidade em que vivem os usuários se tornou imprescindível para o atendimento das necessidades de saúde, e nessa perspectiva “os não-instruídos” ocupam uma posição importante por possuir esse conhecimento.

De acordo com Martins Júnior (2003), a importância do conhecimento adquirido pela vivência funciona como um instrumento de apoderamento da população, e esse instrumento requer participação popular, das organizações e comunidades nas decisões. E reconhecer a necessidade de diálogo contínuo entre a comunidade e os profissionais de saúde é imprescindível para o apoderamento da população e a mudança de paradigmas no atendimento à saúde.

4.4 O Sentido Do Tratamento Renal Substitutivo

Nesta categoria apresentamos os achados do estudo que expressam os sentidos na perspectiva dos participantes sobre o tratamento renal substitutivo. Para alguns, essa proposta de tratamento significou um novo sentido de vida. Sentido esse que incorpora elementos de querer fazer algo para continuar vivendo.

No início, quando iniciou o tratamento, dá um choque né, assim você fica pensando eu lembro assim que eu entrei ali a primeira vez eu pensei a minha vida mudou toda, mas eu pensei eu quero fazer, eu quero viver... Você sabe que eu aceitei bem? Disse que não tem mais retorno, é tanto que pelos anos que eu faço eu acho que é pelo meu aceitamento, eu dentro de casa, nos lugares eu não me sinto triste não...Mas igual eu tô te falando agente tem uma certa preocupação, mas eu não deixo de fazer minhas coisas não, fico mais presa assim pra viajar não dá, igual eu ia lá pra casa das minha irmãs ficava mais dias, agora não dá. Isso não dá mais, mas eu não deixo de fazer nada não (P2).

Como mediação no enfrentamento do adoecimento as crenças religiosas podem aparecer como móbil que mobiliza para o sentido de incorporar e acreditar no cuidado. Nesse sentido, encontramos base em Madeiro et al (2010) ao enfatizar que as crenças religiosas favorecem à interpretação positiva dos eventos adversos favorecendo a adaptação das pessoas à nova condição de saúde (MADEIRO et al., 2010). Esse fato pode ser observado no recorte de depoimento a seguir:

Agora as coisas não acontecem por acaso, tem algum objetivo, tem algum propósito, então talvez esse seja o propósito de Deus na minha vida e eu tenho que saber superar, enquanto Ele estiver no controle pra mim tá tudo bem. ". Mas a palavra de Deus diz que nada acontece se não for pela vontade dele, então eu creio que ele está no controle e se eu tô passando por isso é porque tenho certeza de que posso passar, Ele me dá capacidade. Então eu aceito o tratamento sabendo que no tempo Dele, Ele pode fazer essa graça me conceder um transplante, então pra mim hoje é maravilhoso, então pra mim hoje é benção. É uma forma de agradecer a Deus que tem esse tratamento. Porque se não tivesse, onde eu estaria, onde nós estaríamos? Então glorifico a Deus, e todo dia é uma oportunidade que Ele está dando, de você ter vida, de você respirar, de você viver, de ter uma vida praticamente normal, só que tem que fazer o tratamento (P10).

O diagnóstico de DRC e o fato de ter de se submeter a uma TRS e as mudanças que essa nova condição de saúde traz à pessoa faz com que ela vivencie um conjunto de sentimentos hora negativos, hora positivos. Sentimentos de medo, incapacidade dependência do outro, mas também sentimentos de esperança de se manter a vida, permeiam o cotidiano dessas pessoas. É necessário viver com limitações físicas, sexuais, psicológicas, familiares e sociais que podem afetar a qualidade de vida dessas pessoas. Por outro lado, algumas pessoas vislumbram o tratamento como a única possibilidade para manter a vida e aguardar um possível transplante.

Segundo a OMS (1995), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

No recorte de depoimento a seguir podemos verificar que a qualidade de vida dessa pessoa melhorou com o início da TRS e possibilitou a ela retornar às suas atividades cotidianas, algo que havia se tornado uma dificuldade antes do início da terapia devido aos sintomas de desconforto que a doença causava.

Ah!!! Mudou muita coisa, graças a Deus, muita coisa mesmo... Ah assim, o tipo que eu andava né, aí eu passei a aguentar a fazer hemodiálise e achei muito bom né, graças a Deus... E hoje eu tô aí aguentando fazer hemodiálise... O quê eu passei... Eu acho que mudei mesmo pra melhor... O que eu passei na minha vida... Eu sentia muita dor na perna, muito inchado, uma inchação medonha, o corpo todo inchado e as pernas. Quase não aguentava porque doía muito as minhas pernas e depois que eu comecei a fazer esse tratamento graças a Deus parou, aí hoje, eu tô aí, graças a Deus...(P9).

A DRC é uma enfermidade que ocasiona muitos fatores estressantes ao paciente, como tratamento, mudanças no estilo de vida, diminuição da energia física, alteração da aparência pessoal, dentre outras. Essa situação exige da pessoa que vivencia esse adoecimento estratégias de enfrentamento que promovam a adesão à essa nova condição de vida. A pessoa uma vez diagnosticada com DRET dependerá para a sua sobrevivência de realizar uma das modalidades de TRS (HD ou DP) ou o transplante renal. A TRS requer do paciente uma adaptação, ou no mínimo adesão ao tratamento, já que a maioria das pessoas não consegue se

adaptar ao novo estilo de vida, apenas aderem por ser essencial para manutenção da vida (MADEIRO et al., 2010).

De acordo com Da Silva et al. (2011), as pessoas que vivenciam o tratamento dialítico inicialmente podem apresentar um sofrimento psíquico e físico, as mudanças no seu cotidiano, a dependência de uma máquina para sobreviver e a possibilidade da morte podem influenciar negativamente a qualidade de vida. Porém, com o decorrer do tempo de tratamento esses sentimentos negativos tendem a desaparecer à medida que o paciente passa a conhecer o tratamento e compreender a importância deste, estabelecendo vínculo com seus cuidadores.

Na presente pesquisa encontramos resultados semelhantes aos encontrados por Da Silva et al (2011) onde algumas pessoas avaliaram o tratamento dialítico de forma positiva, pois as possibilita obter uma melhor qualidade de vida, a medida que alivia os sintomas da doença, proporcionando maior sensação de bem-estar e conforto.

No entanto, a terapia renal substitutiva também é geradora de sentimentos de sofrimento, de limitações e dependência do outro, como apresentado nos recortes a seguir.

Depois que eu comecei a fazer hemodiálise mudou muita coisa né (fala carregada de pesar), mudou que eu tenho que vir aqui 3 vezes por semana, mudou é... Que eu tive outro problema, porque da barriga pra baixo eu fiquei com paralisia, eu não sinto nada, então eu tenho que usar sonda direto... Ah a dificuldade está em locomover porque eu nunca fui de ficar em casa, sempre gostei muito de futebol, de passear, e agora estou vivendo em cima de uma cama... (P3).

Sinto dificuldade de controlar o peso... Sinto porque eu tento só pensar que eu faço hemodiálise mesmo quando eu venho pra cá e quando eu tô aqui mesmo, fora isso eu tento esquecer de tudo entendeu. Eu não fico conversando nada com meus pais por causa, pra não dar preocupação nem nada, acho que só pra mim mesmo entendeu. Mas igual eu tô falando quando eu saio daqui eu esqueço que faço hemodiálise, [risos], eu esqueço mesmo. Mas ainda tento controlar quando eu vejo que bebi bastante, eu tento controlar, o problema é que a sede vem que tem hora que é difícil. Ah mudou muita coisa, eu tinha costume de fazer algumas coisas, igual malhava, corria num pode fazer nada por causa da fístula, malhar não pode, pegar peso não pode, mudou praticamente tudo (P4).

Aí ela (a médica) sugeriu que eu fizesse em casa, queria que eu começasse a fazer em casa. Até minhas filhas veio aqui aprender pra eu fazer em casa. Antes de começar a fazer hemodiálise, porque

eles já sabiam que eu ia fazer né, mas aí quando internou, minhas filhas até ficaram bravas comigo, porque lá no hospital eu perguntei pra ela: 'Dr^a XXX eu posso fazer hemodiálise só em casa?' Aí ela falou: 'Não, o senhor vai fazer onde quiser'. Então eu não quero fazer em casa, muito sacrifício né, para as minhas filhas, porque tudo trabalham né (P7).

Ah, perdi o prazer de trabalhar, eu tinha um amor a minha profissão, amor mesmo, muita gente me conhecia, chamava não tinha hora eu vinha, dia domingo, era tudo (P15).

Em pesquisa realizada por Madeiro et al. (2010), com o objetivo de avaliar a adesão do cliente com DRET à terapia de HD e de verificar as reações do cliente frente a esse diagnóstico constatou-se o predomínio de reações negativas (58%) dentre as quais destacou: preocupação, choro, surpresa, medo, tristeza, negação, revolta, indignação, nervosismo, desespero, sofrimento e tentativa de suicídio. Dentre as reações positivas destacou: alegria por saber da possibilidade de tratamento e alívio dos sintomas, tranquilidade por ter fé em Deus. Assim como na presente pesquisa, a possibilidade do transplante renal, assim como a fé em Deus, foram fatores que influenciaram na positividade das reações diante do tratamento hemodialítico.

Existem muitos dificultadores na adesão das pessoas ao tratamento e às mudanças de estilo de vida que devem ser realizadas em conjunto com a TRS. É necessário que se mude hábitos alimentares e hídricos, como diminuir o consumo de sal e gordura, reduzir a ingestão de líquidos, evitar o consumo de alimentos ricos em potássio, dentre outras recomendações. Aliada a essas mudanças existem as questões relacionadas ao trabalho, pois, muitas vezes, devido ao tempo dispensado ao tratamento dialítico, uma vez que as sessões de HD ocorrem 3 vezes por semana por 4 horas cada, impede a essa pessoa de manter um vínculo empregatício, causando impacto no orçamento familiar (DA SILVA et al., 2011).

Branco e Lisboa (2010), pontuam que a hemodiálise acarreta uma ruptura no cotidiano da pessoa que necessita da terapia, gerando um desgaste físico e emocional nesses indivíduos que veem seu cotidiano quase todo preenchido com atividades ligadas ao tratamento (sessões de HD, consultas médicas, dietas, exames, etc). Em estudo realizado por estes autores os participantes relataram como sentimentos proporcionados pela descoberta da DRC, medo, desespero, raiva,

falta de esperança, susto, aceitação e comportamento não cooperativo. Além disso, relatam dificuldade de adaptação à nova vida, e apontam os problemas socioeconômicos como motivação a não adesão, levando-os a faltar às sessões de HD, uma vez que essas pessoas precisam manter o seu emprego devido ao compromisso com o orçamento familiar.

A pessoa com DRET passa a vivenciar um mundo de tecnologias, rodeado de máquinas, intervenções cirúrgicas, medicamentos, dietas, exames, porém nenhuma dessas possibilidades lhes trará a cura tão desejada. A partir do diagnóstico, a pessoa passa a vivenciar sentimentos de incertezas, medos, inseguranças e dores cabendo aos profissionais responsáveis pelo seu cuidado uma assistência que mobilize todas as dimensões cuidadoras e tecnologias de saúde na abordagem a essas pessoas.

Sobre a utilização das tecnologias de saúde, Franco e Merhy (2012), nos coloca que na produção do cuidado os profissionais de saúde mobilizam /utilizam as tecnologias de trabalho que se constituem nas tecnologias leve (dimensão relacional), leve-dura (conhecimento técnico) e dura (uso de instrumentos).

E os modos de produzir saúde são delimitados pela percepção das necessidades de saúde dos usuários, que se constituem em síntese em: ter acesso e poder de consumo de toda tecnologia de saúde capaz de prolongar a sua vida, na criação de vínculos afetivos e efetivos entre usuário/equipe e/ou profissional de saúde e a promoção da autonomia do usuário. A condução do trabalho por diretrizes como acolhimento, estabelecimento de vínculo e acompanhamento de projetos terapêuticos, são mudanças estruturais na produção do cuidado dependentes das tecnologias leves, uma vez que a produção do cuidado se materializa na relação com o outro e, a construção do seu plano de cuidado deve considerar a singularidade do usuário e às suas reais necessidades (FRANCO & MERHY, 2012).

Porém, o portador de doença crônica tem sido aquele usuário que não se cuida, dependente dos serviços, sendo produto de um sistema de trabalho em saúde que não interage com o usuário, é incapaz de produzir sujeitos autônomos e os torna sujeitados a lógica da produção e dependência de procedimentos. O desafio que se coloca aos profissionais de saúde e usuários seria a superação do modelo biomédico centrado em tecnologias duras e a adoção de um modelo baseado no uso das tecnologias leves, centrado no usuário (FRANCO & MERHY, 2005).

4.5 CAMINHOS PERCORRIDOS EM BUSCA DE TRATAMENTO: Uma Trajetória De (Des) Cuidado

Nesta categoria apresentaremos a (s) trajetórias percorridas pelos participantes em busca de assegurar-lhes uma proposta terapêutica que responda às suas necessidades de saúde.

4.5.1 Os Itinerários Terapêuticos: Desenho Individual Das Trajetórias

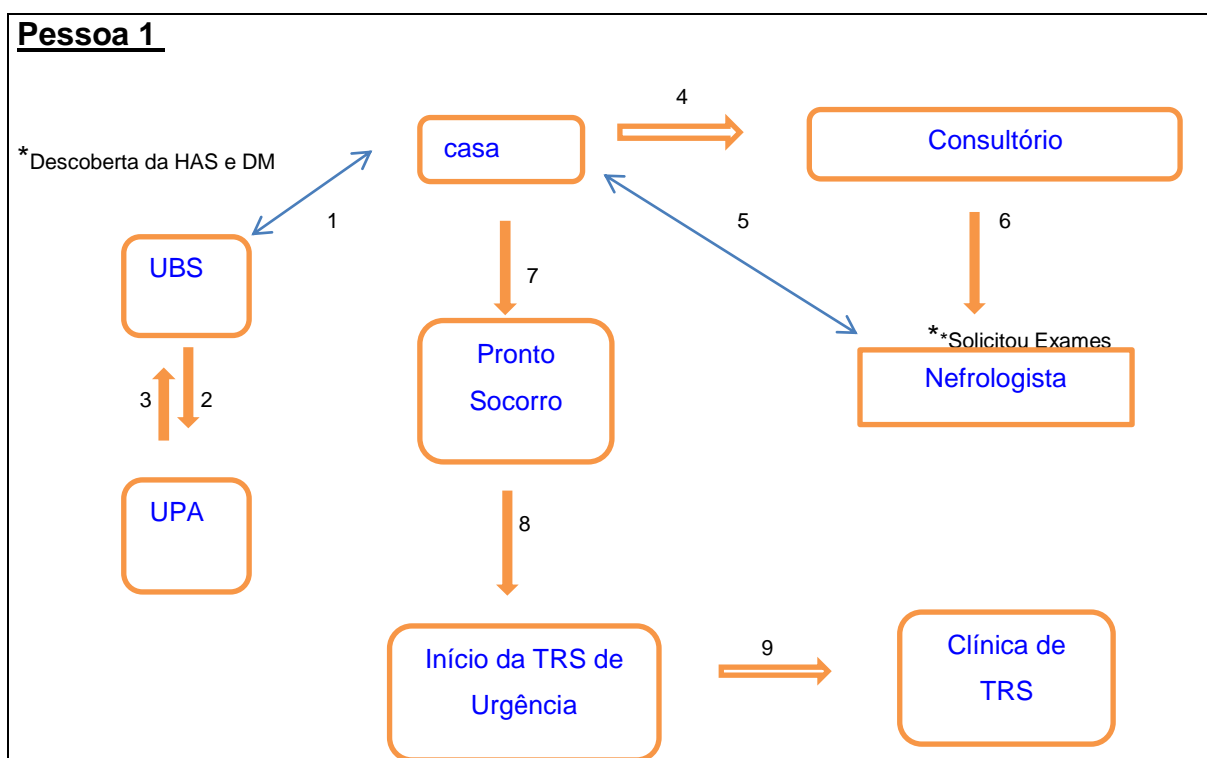
É necessário que toda análise sobre IT ponha em evidência as experiências, as trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades, envolvimento de vivências, cultura e histórias. A interpretação do IT é uma tentativa consciente de se remontar o passado com o objetivo de conferir sentido ou coerência a atos fragmentados; nesse sentido o itinerário envolve tanto ações quanto discurso sobre as ações. E para entender o significado dessas ações temos que considerar que se fundamentam em diferentes processos de escolha e decisão (ALVES & SOUZA, 1999).

A seguir, realizamos o desenho individual dos itinerários dos participantes dessa pesquisa, onde podemos perceber que o subsistema profissional predomina nos itinerários apresentados, possuindo um caráter biomédico. Segundo Maliska e Padilha (2009), à medida que o diagnóstico da doença é revelado, a rede de apoio se amplia, aumentando as possibilidades de cuidado. Quanto mais esse diagnóstico é silenciado, mais restrita é a rede de apoio, e o itinerário terapêutico possui um caráter mais biomédico.

Itinerário 1

Pessoa 1: 78 anos, sexo feminino, viúva, religião católica, possui ensino fundamental incompleto, aposentada, renda de um salário mínimo, reside na zona urbana e vive com 3 pessoas de sua família. Possui como doença de base o diabetes mellitus e hipertensão arterial, iniciou hemodiálise há 10 meses, realiza a TRS pelo SUS. Seu itinerário é marcado por busca de assistência em diversos serviços de saúde sem resolução de sua necessidade culminando com início em hemodiálise de urgência.

Ilustração 1 – Itinerário 1

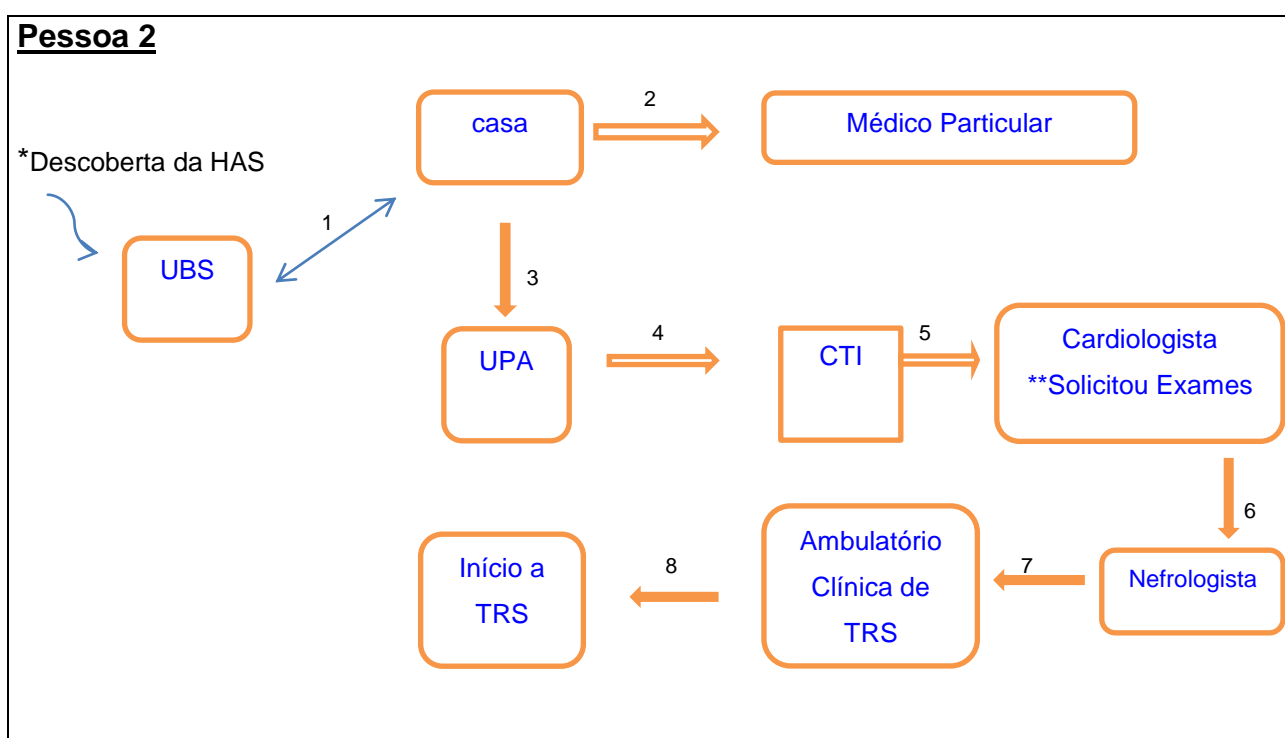


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 2:

Pessoa 2: 64 anos, sexo feminino, viúva, religião católica, possui ensino fundamental incompleto, aposentada, renda de 3 salários mínimos, reside na zona urbana e vive com uma pessoa de sua família. Possui como doença de base hipertensão arterial, iniciou hemodiálise há 11 anos, realiza a TRS pelo SUS. Seu itinerário é marcado por busca de assistência em diversos serviços de saúde sem resolução de sua necessidade culminando com início em hemodiálise de urgência.

Ilustração 2 – Itinerário 2

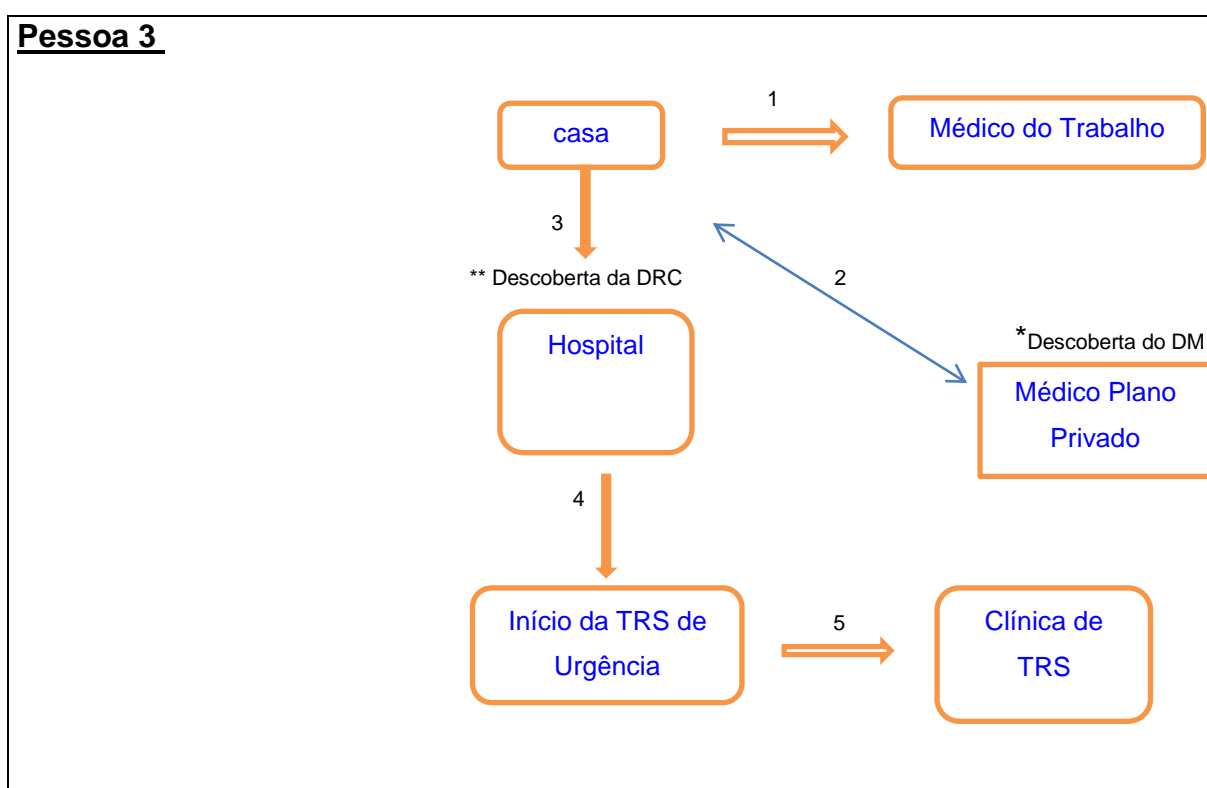


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 3

Pessoa 3: 62 anos, sexo masculino, solteiro, religião católica, possui ensino fundamental completo, aposentado, renda de 5 salários mínimos, reside na zona urbana e vive com mais uma pessoa de sua família. Possui como doença de base diabetes mellitus, iniciou hemodiálise há 4 meses, realiza a TRS por convênio. Seu itinerário é marcado por busca de assistência em diversos serviços de saúde sem resolução de sua necessidade culminando com início em hemodiálise de urgência.

Ilustração 3 – Itinerário 3

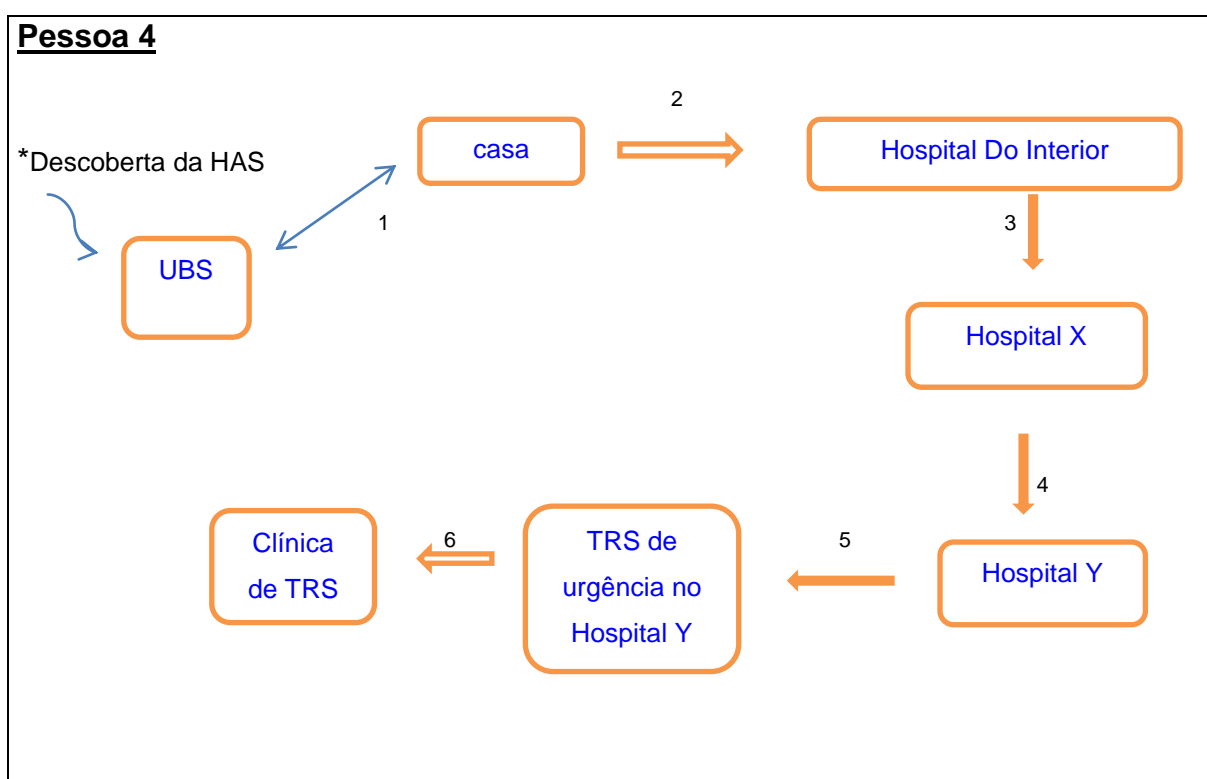


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 4

Pessoa 4: 28 anos, sexo masculino, solteiro, evangélico, ensino médio completo, em auxílio doença, reside na zona urbana e vive com 4 pessoas de sua família. Possui como doença de base hipertensão arterial, iniciou hemodiálise há 1 ano e 1 mês, realiza TRS pelo SUS. Seu itinerário é marcado por busca de assistência em diversos serviços de saúde sem resolução de sua necessidade culminando com início em hemodiálise de urgência.

Itinerário 4 – Ilustração 4

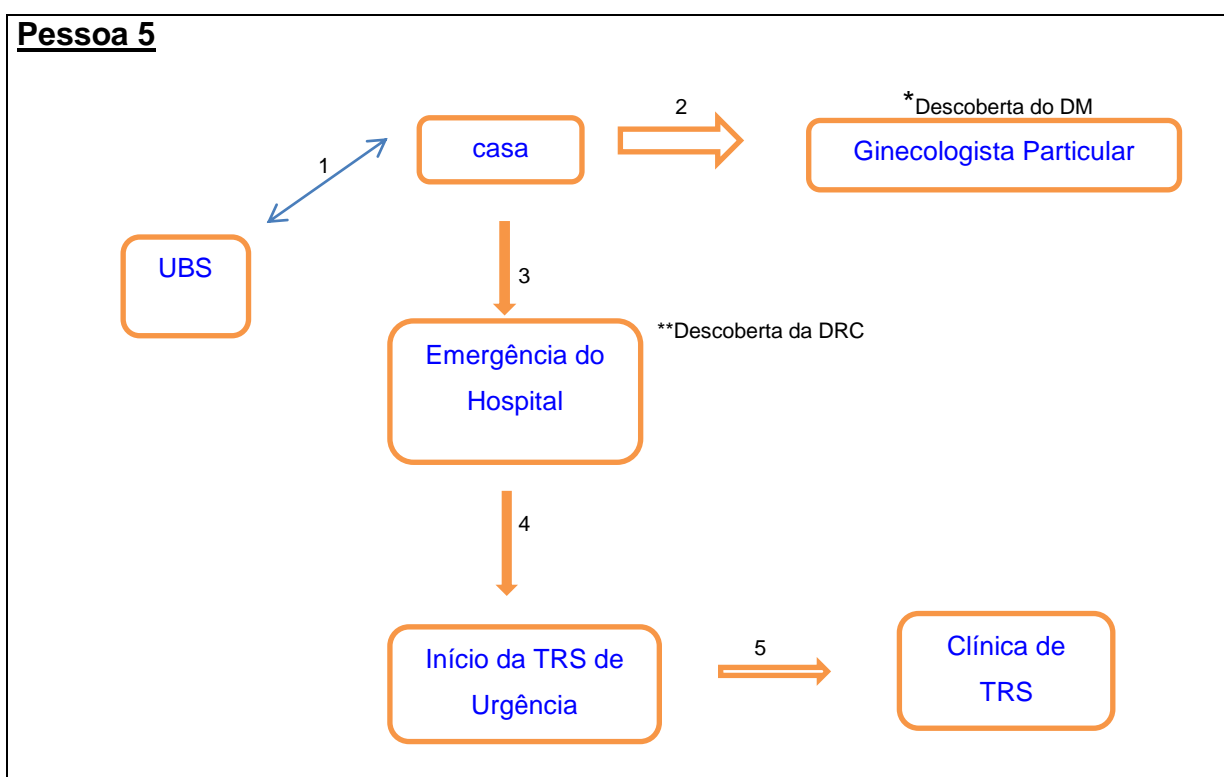


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 5

Pessoa 5: 61 anos, sexo feminino, casada, católica, ensino médio completo, aposentado, renda de 2 salários mínimos, reside na zona urbana e vive com 3 pessoas de sua família. Possui doença de base diabetes mellitus, iniciou hemodiálise há 10 meses, realiza TRS por convênio. Seu itinerário é marcado por busca de assistência em diversos serviços de saúde sem resolução de sua necessidade culminando com início em hemodiálise de urgência.

Itinerário 5 – Ilustração 5

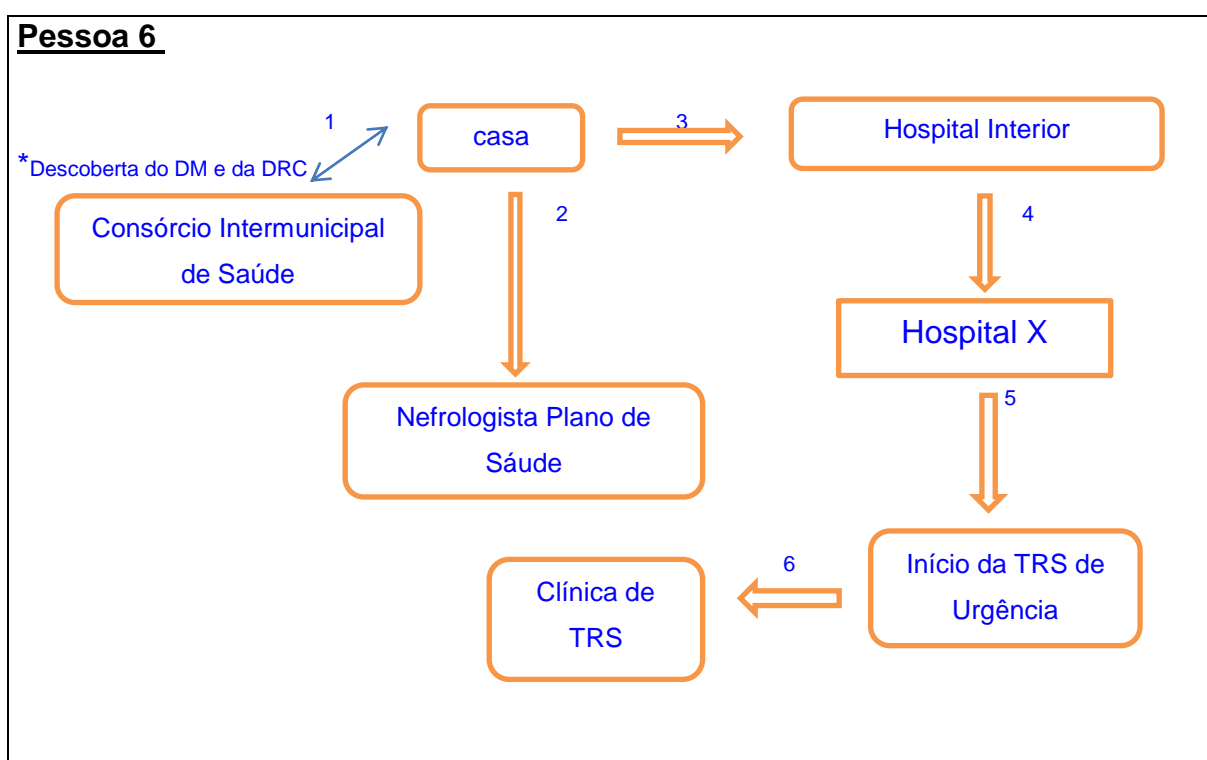


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 6

Pessoa 6: 55 anos, sexo masculino, casado, católico, ensino fundamental incompleto, aposentado, renda de 1 salário mínimo e meio, reside na zona urbana e vive com 3 pessoas de sua família. Possui doença de base diabetes mellitus, iniciou hemodiálise há 5 anos, realiza TRS pelo SUS. Seu itinerário é marcado por busca de assistência em diversos serviços de saúde sem resolução de sua necessidade culminando com início em hemodiálise de urgência.

Ilustração 6 – Itinerário 6

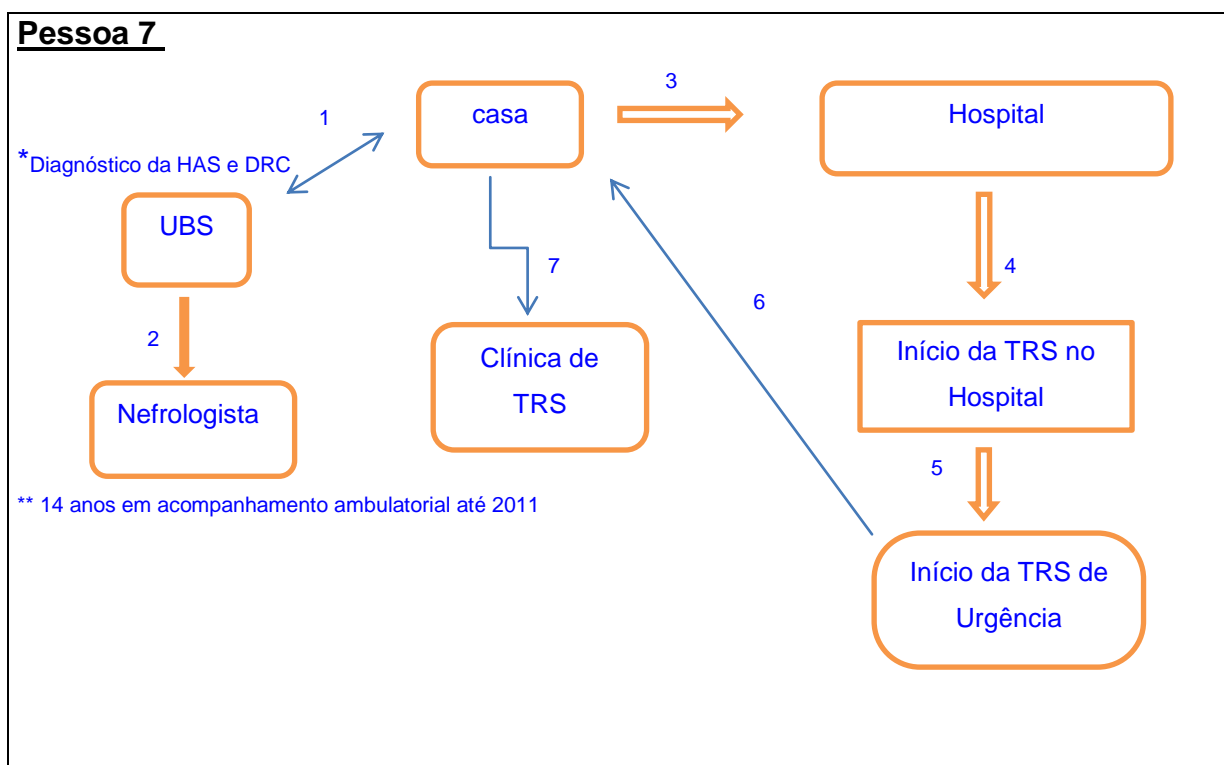


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 7

Pessoa 7: 74 anos, sexo masculino, casado, católico, ensino fundamental incompleto, aposentado, renda de 2 salários mínimos, reside na zona urbana e vive com 1 pessoa de sua família. Possui doença de base hipertensão arterial, iniciou hemodiálise há 3 anos, porém em acompanhamento ambulatorial com nefrologista desde 2000, realiza TRS pelo SUS. Após sofrer infarto agudo do miocárdio em 1987 descobriu ser hipertenso e a partir daí começou a acompanhar na UBS. Seu itinerário é marcado por busca de assistência em diversos serviços de saúde, acompanhamento em ambulatório de nefrologia por 14 anos, porém início de HD em caráter de urgência.

Itinerário 7 – Ilustração 7

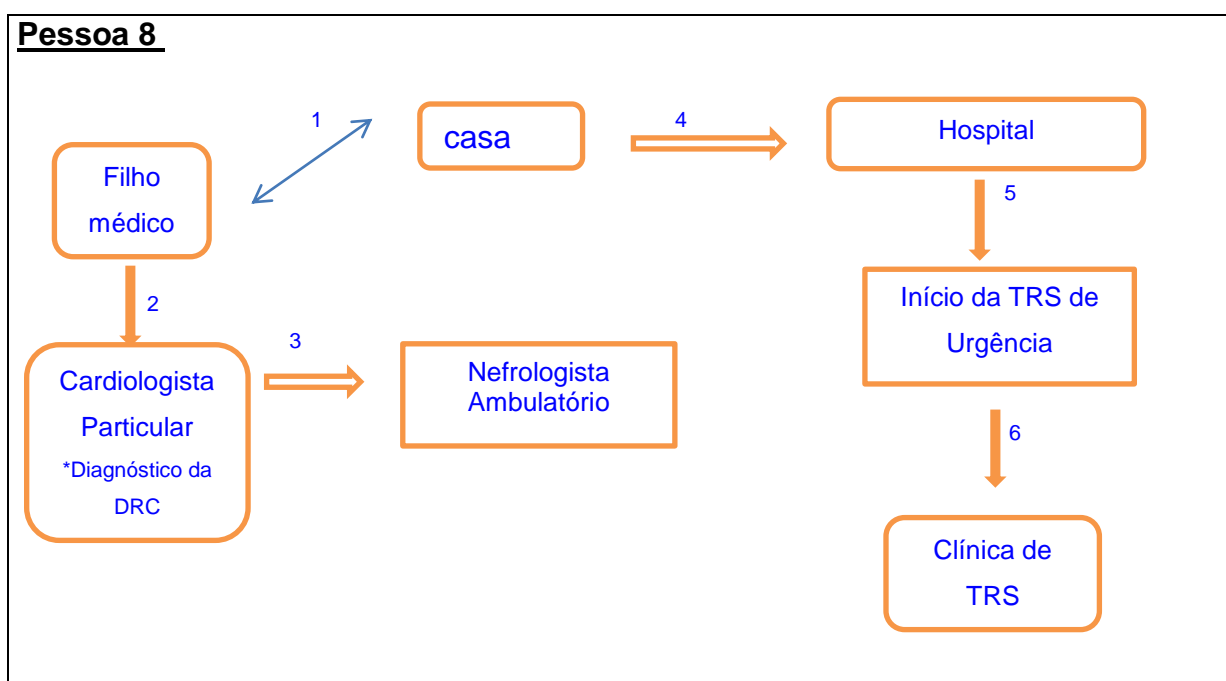


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 8

Pessoa 8: 82 anos, sexo masculino, casado, católico, ensino superior completo, aposentado, renda de 15 salários mínimos, reside na zona urbana e vive com 1 pessoa de sua família. Possui doença de base hipertensão arterial, iniciou hemodiálise há 8 meses, realiza TRS por convênio. Seu itinerário é marcado por busca de assistência em diversos serviços de saúde sem resolução de sua necessidade e apesar de fazer acompanhamento ambulatorial com nefrologista iniciou hemodiálise de urgência.

Itinerário 8 – Ilustração 8

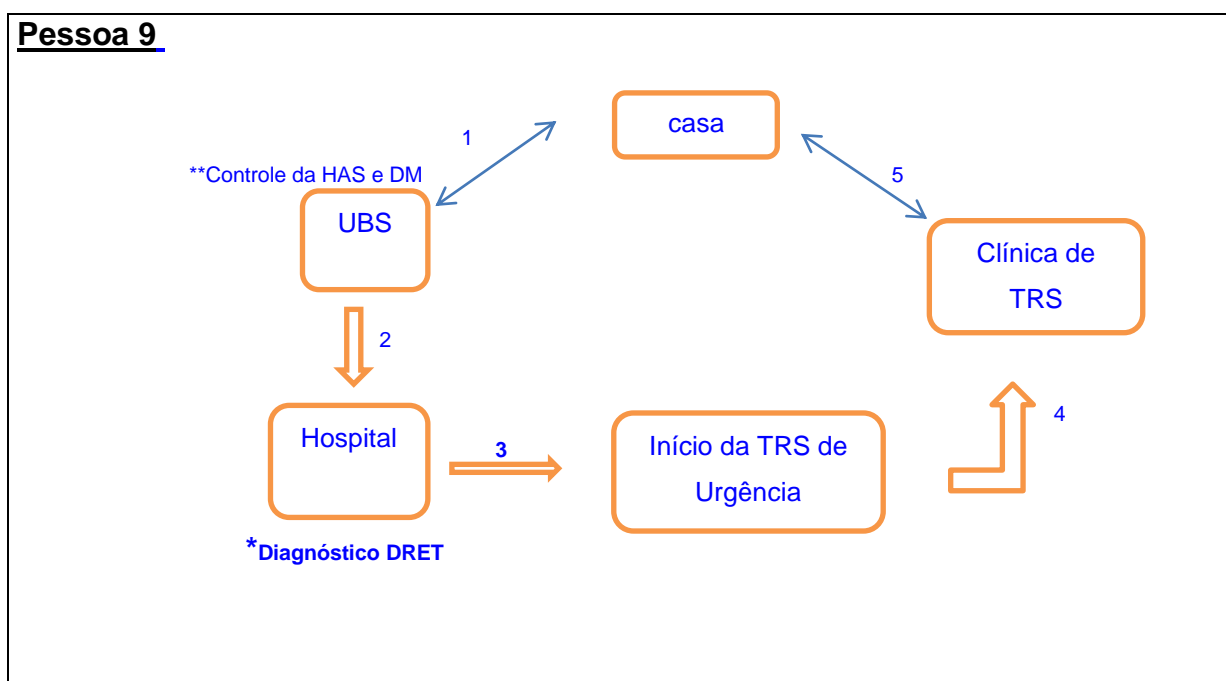


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 9

Pessoa 9: 70 anos, sexo feminino, divorciada, católica, ensino fundamental incompleto, aposentada, renda de 1 salário mínimo, reside na zona urbana e vive com 5 pessoas de sua família. Possui doença de base diabetes mellitus, iniciou hemodiálise há 8 anos, realiza TRS pelo SUS. Seu itinerário é marcado por busca de assistência em diversos serviços de saúde, iniciando TRS em caráter de urgência.

Itinerário 9 – Ilustração 9

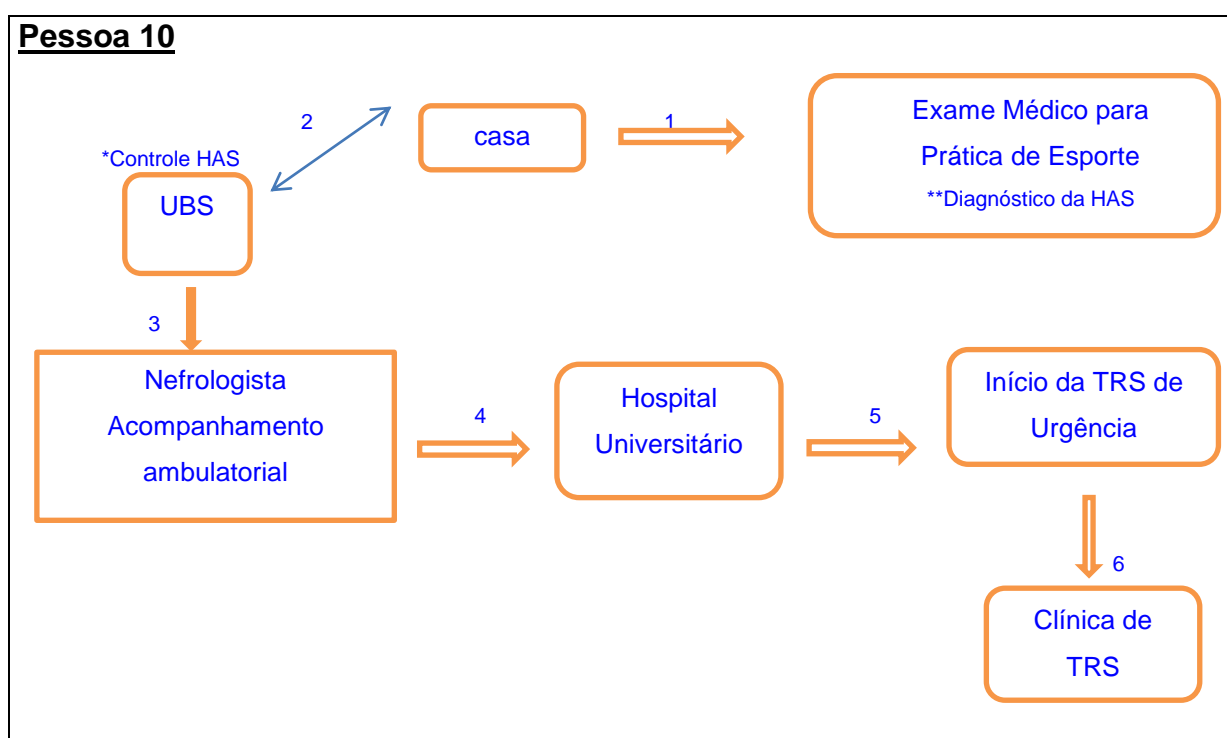


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 10

Pessoa 10: 48 anos, sexo masculino, divorciado, evangélico, ensino fundamental incompleto, aposentado, renda de 1 salário mínimo e meio, reside na zona urbana e vive com 2 pessoas de sua família. Possui doença de base hipertensão arterial, iniciou hemodiálise há 11 anos, história de encaminhamento tardio ao nefrologista, iniciando HD em caráter de urgência logo em seguida, TRS pelo SUS.

Itinerário 10 – Ilustração 10

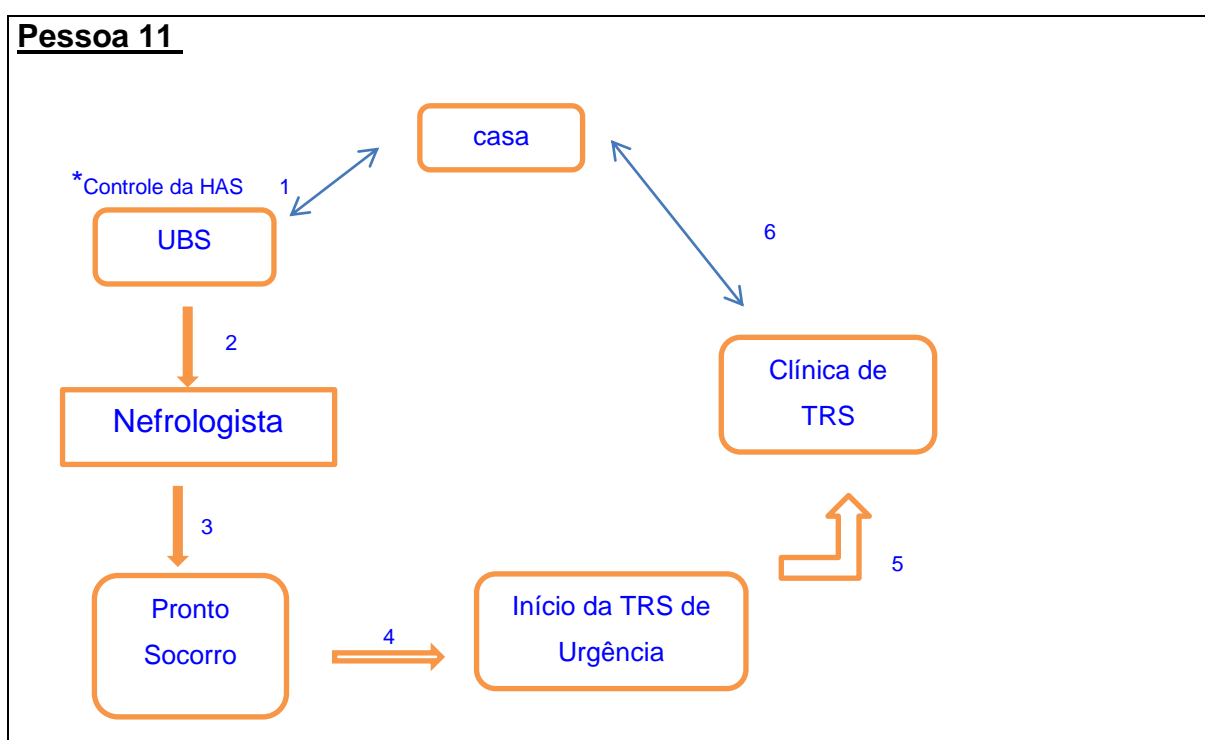


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 11

Pessoa 11: 80 anos, sexo feminino, casada, católica, ensino fundamental incompleto, renda de 2 salários mínimos, reside na zona urbana e vive com uma pessoa de sal família. Possui doença de base hipertensão arterial, iniciou hemodiálise há 3 anos, realizava controle da pressão na UBS. Porém, foi encaminhada tardiamente ao nefrologista, iniciando HD em caráter de urgência, e após encaminhada a clínica de TRS pelo SUS.

Itinerário 11 – Ilustração 11

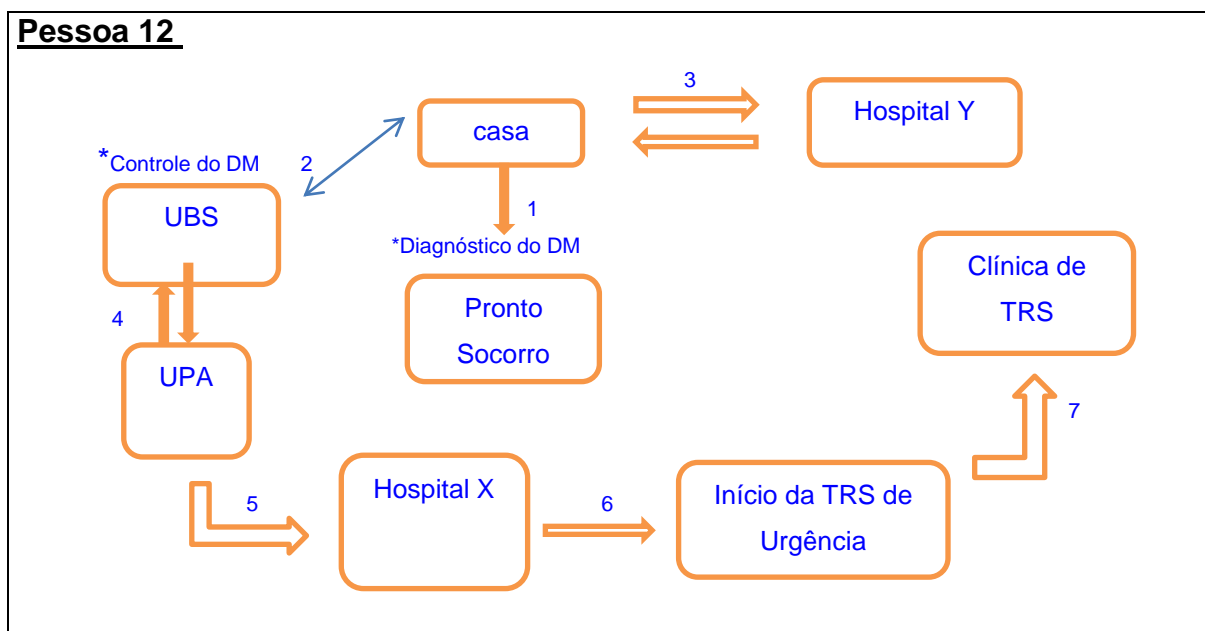


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 12

Pessoa 12: 74 anos, sexo feminino, casada, evangélica, analfabeta, aposentada, renda de 2 salários mínimos, reside no meio urbano, vive com mais uma pessoa de sua família. Possui como doença de base diabetes mellitus, iniciou hemodiálise há 1 mês. Itinerário marcado pela procura de atendimento em diversos serviços de saúde sem a resolução de sua necessidade de saúde e demora em descobrir a DRC, iniciado hemodiálise de urgência e após encaminhada à clínica de TRS. Tratamento realizado pelo SUS.

Itinerário 12 – Ilustração 12

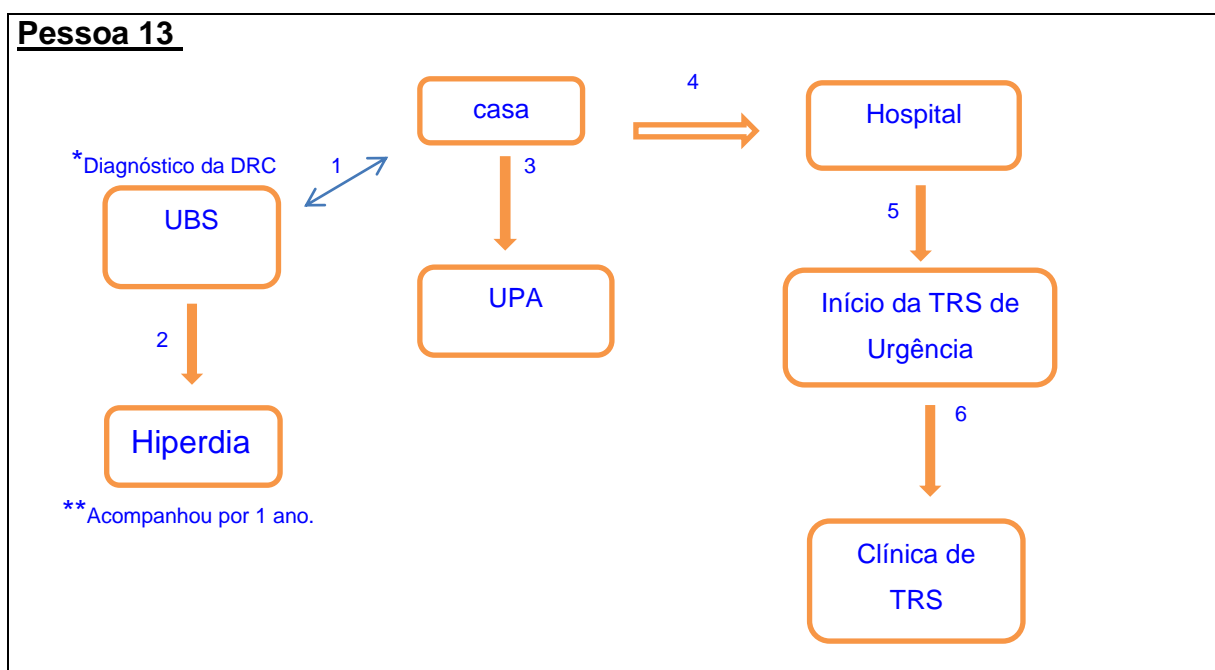


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 13

Pessoa 13: 78 anos, sexo feminino, solteira, católica, ensino fundamental incompleto, aposentada, renda de 1 salário mínimo, reside no meio urbano, vive em um lar que cuida de pessoas idosas. Possui doença de base hipertensão arterial, iniciou hemodiálise há 1 ano. Itinerário marcado por busca de atendimento em vários serviços com história de acompanhamento por mais ou menos 1 ano no Hiperdia, mas abandonou o tratamento. Após novo mal-estar procurou a UPA sem resolução de sua necessidade de saúde, logo em seguida buscou assistência em hospital sendo internada para início de hemodiálise de urgência. Tratamento pelo SUS.

Itinerário 13 – Ilustração 13

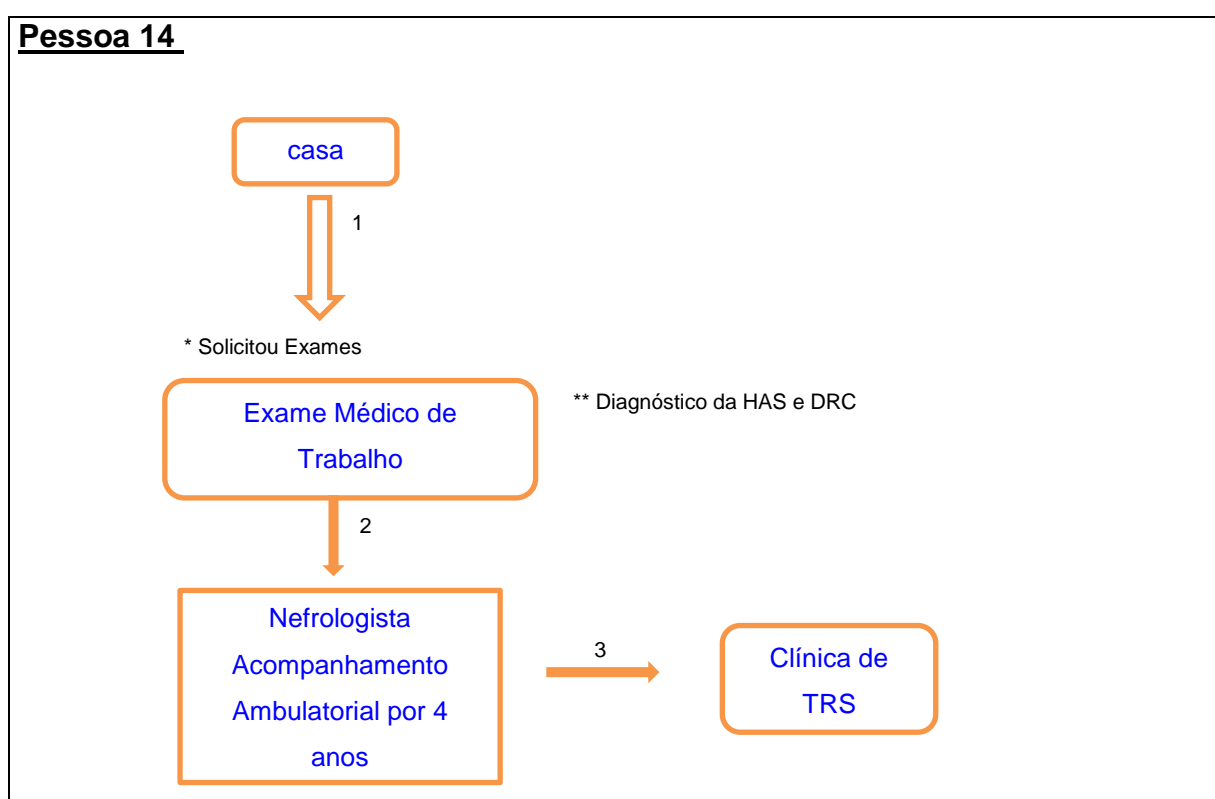


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 14

Pessoa 14: 58 anos, sexo masculino, divorciado, católico, ensino fundamental incompleto, aposentado, renda de 2salários mínimos, reside no meio urbano, vive com duas pessoas de sua família. Possui doença de base hipertensão arterial, iniciou hemodiálise há 5 anos. Descobriu ser hipertenso e renal crônico na mesma época permanecendo em tratamento ambulatorial por 4 anos. Realiza tratamento pelo SUS.

Itinerário 14 – Ilustração 14

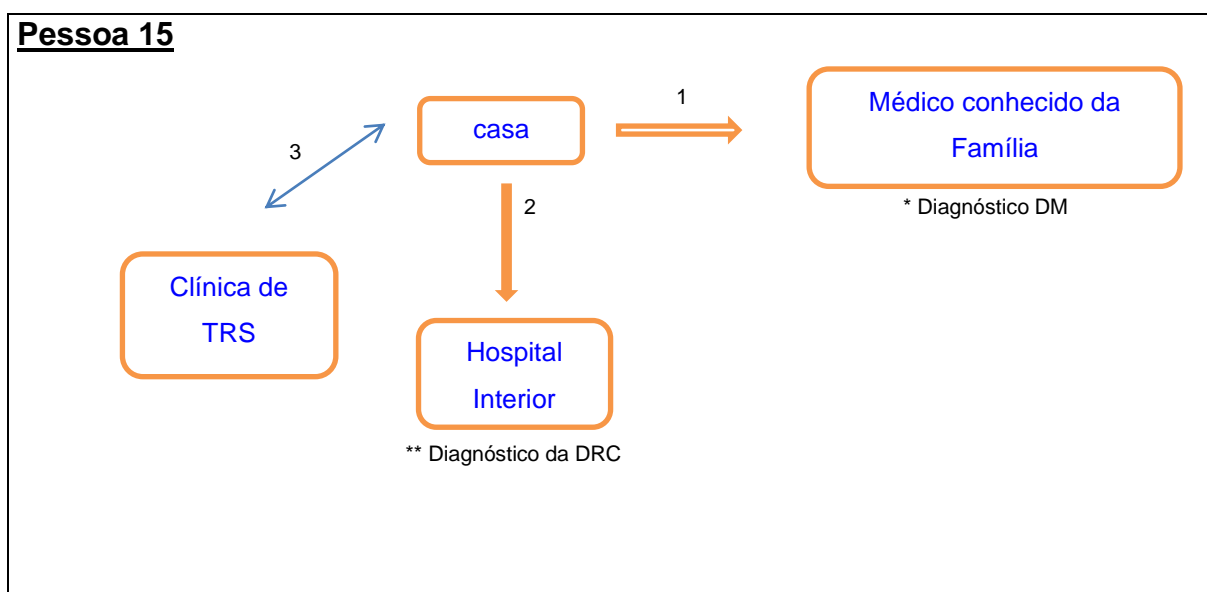


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 15

Pessoa 15: 64 anos, sexo masculino, casado, católico, ensino fundamental incompleto, aposentado, renda de 1 salário mínimo, reside na zona urbana, vive com uma pessoa de sua família. Possui doença de base diabetes mellitus, iniciou hemodiálise há 11 anos. Relata que descobriu ser diabético aos 36 anos, mas que ia a consultas esporadicamente. Foi encaminhado tardiamente ao nefrologista sendo necessário iniciar TRS de urgência. Realiza tratamento pelo SUS.

Itinerário 15 – Ilustração 15

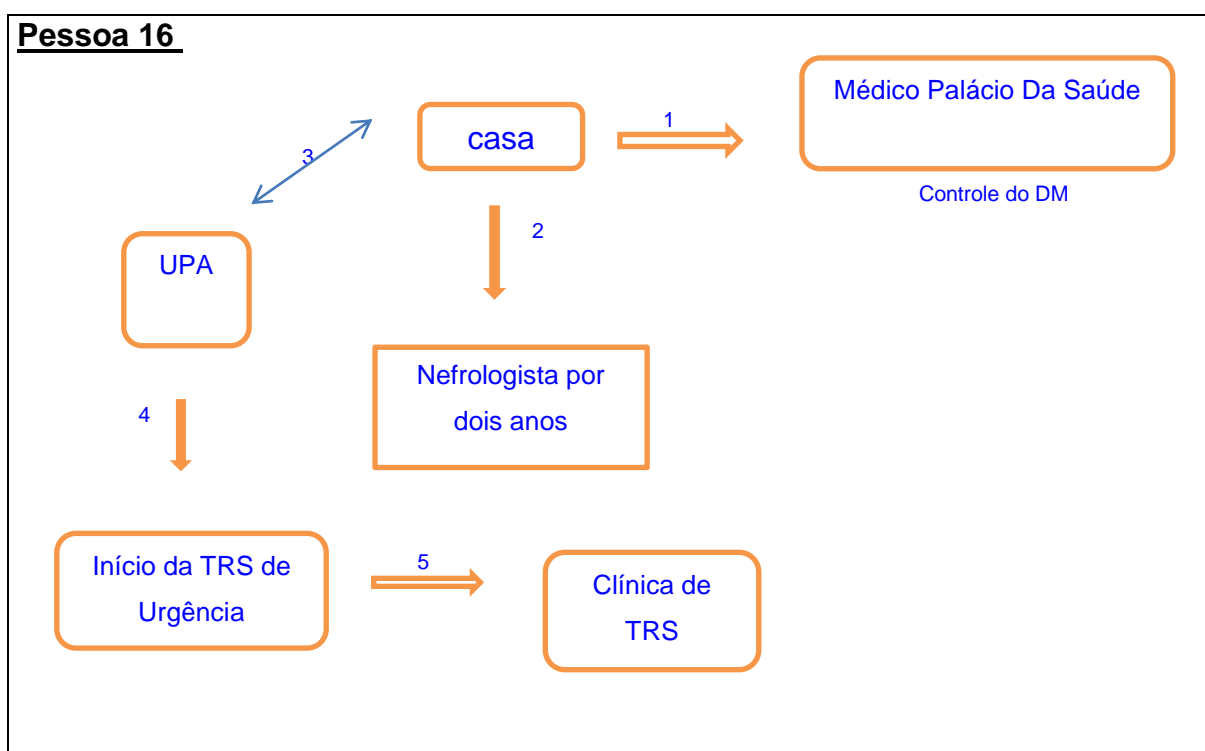


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 16

Pessoa 16: 69 anos, sexo masculino, casado, católico, ensino fundamental incompleto, aposentado, renda de 2 salários mínimos, reside no meio urbano, vive com uma pessoa de sua família. Possui doença de base diabetes mellitus, iniciou hemodiálise há 2 anos. Descobriu ser diabético em 1989, porém não fazia acompanhamento do diabetes. Devido a algumas queixas procurou um nefrologista sendo acompanhado por este por dois anos, relatando que após mal-estar iniciou TRS de urgência. Realizando tratamento pelo SUS.

Itinerário 16 – Ilustração 16

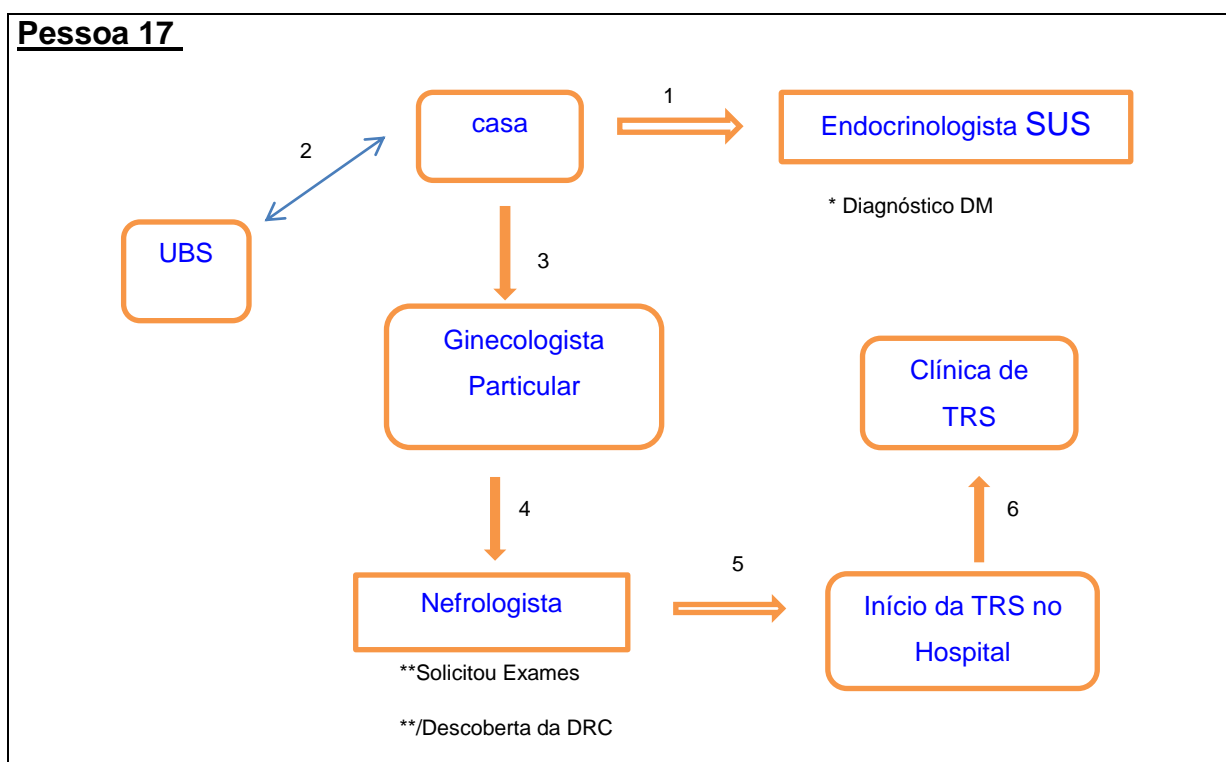


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 17

Pessoa 17: 70 anos, sexo feminino, casada, católica, ensino fundamental incompleto, aposentada, renda de 1 salário mínimo, reside no meio urbano, vive com uma pessoa de sua família. Possui doença de base diabetes mellitus, iniciou hemodiálise há 3 anos. Itinerário marcado por busca de assistência em vários serviços sem a resolução de sua necessidade de saúde, encaminhada ao nefrologista tardiamente sendo necessário iniciar hemodiálise em caráter de urgência. Tratamento realizado pelo SUS.

Itinerário 17 – Ilustração 17

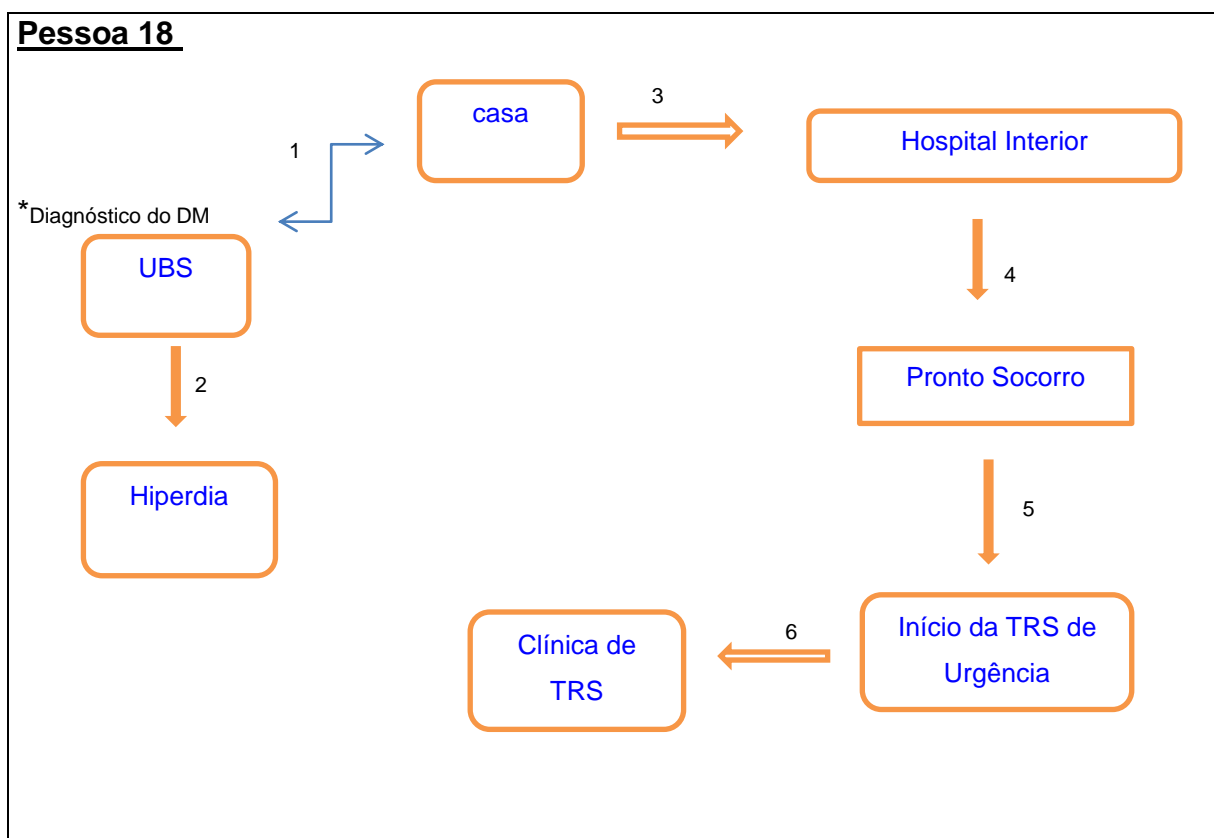


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 18

Pessoa 18: 47 anos, sexo masculino, casado, evangélico, ensino fundamental incompleto, em auxílio doença, renda de 1 salário mínimo, reside no meio urbano, vive com uma pessoa de sua família. Possui doença de base diabetes mellitus, iniciou hemodiálise há 1 ano e 7 meses. Encaminhado ao Hiperdia pela UBS, porém abandonou o tratamento devido à demora em marcar consultas. Itinerário marcado por busca de assistência em diversos serviços de saúde sem resolução de sua necessidade de saúde. Início da TRS.

Itinerário 18 – Ilustração18

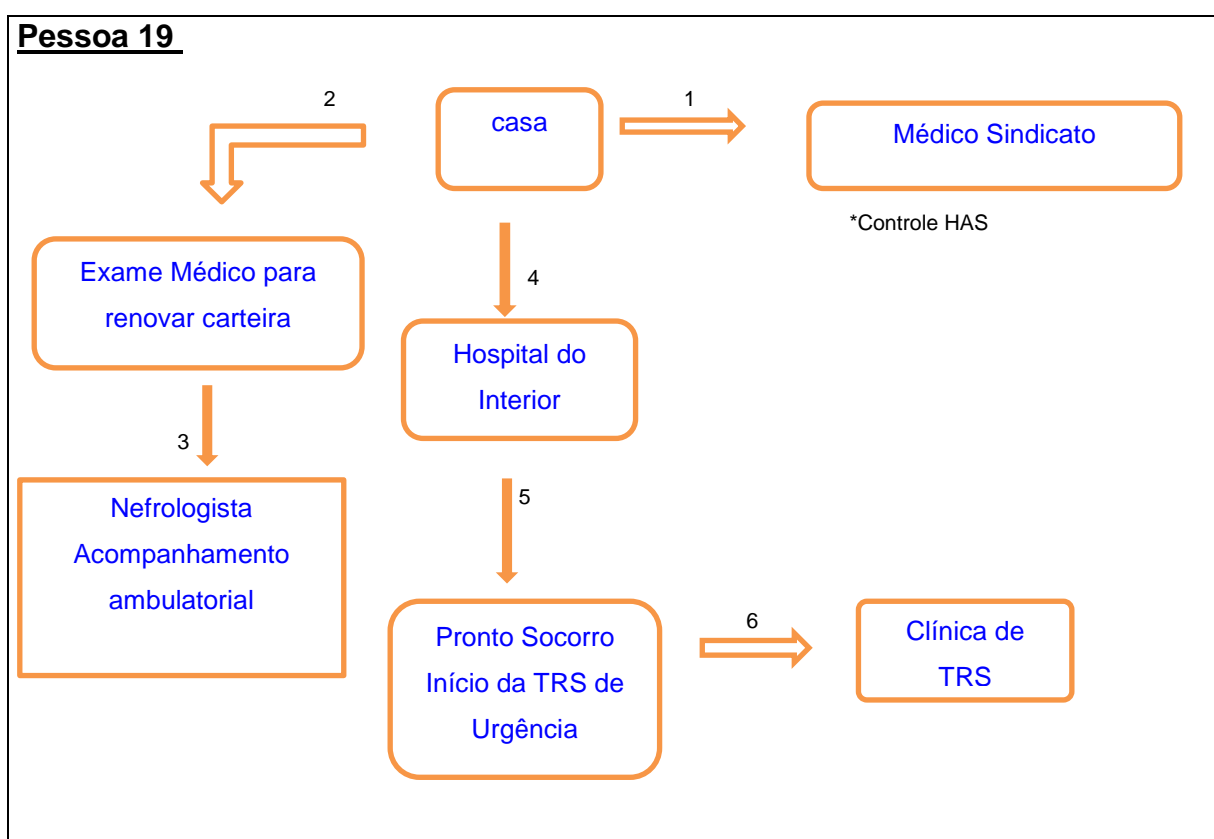


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 19

Pessoa 19: 42 anos, sexo masculino, casado, não segue religião, ensino fundamental incompleto, em auxílio doença, renda de 2 salários mínimos, reside no meio urbano, vive com 3 pessoas de sua família. Possui doença de base hipertensão arterial, iniciou hemodiálise há 7 meses. Itinerário marcado por busca de assistência em diversos serviços de saúde sem resolução de sua necessidade de saúde. Início da TRS em caráter de urgência. Tratamento realizado pelo SUS.

Itinerário 19 – Ilustração 19

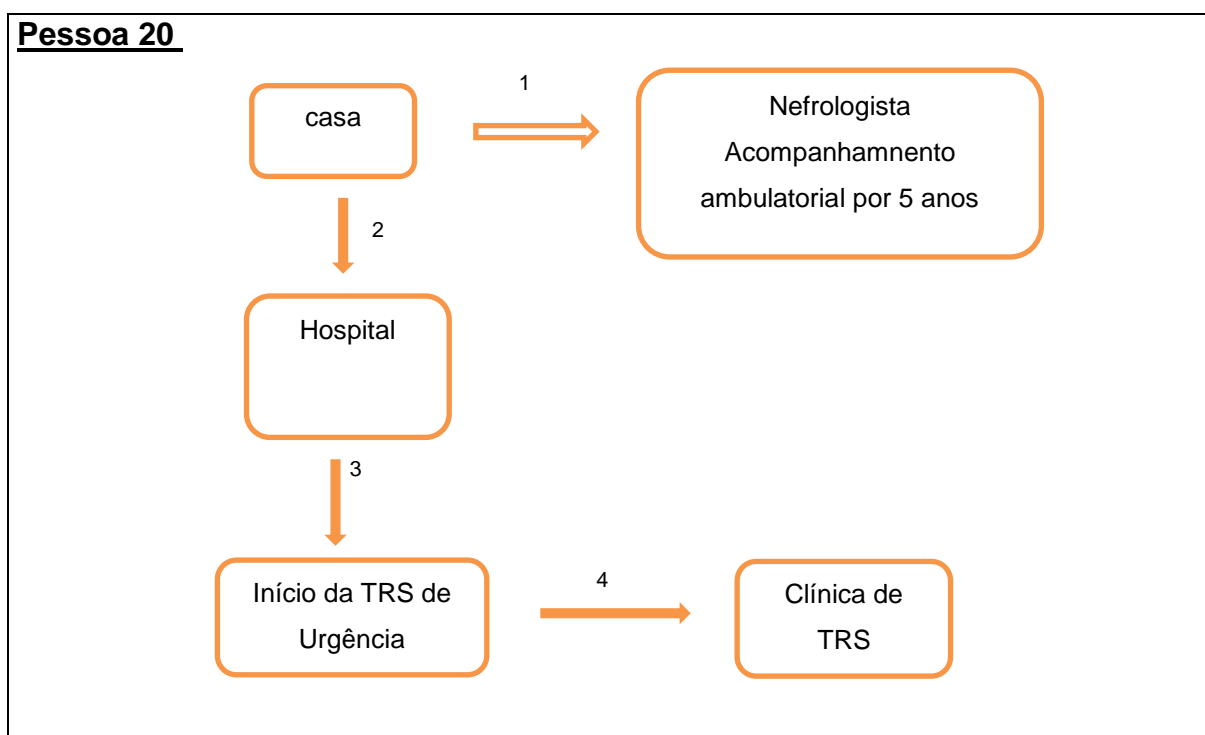


Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Itinerário 20

Pessoa 20: 64 anos, sexo feminino, solteira, católica, ensino médio completo, aposentada, renda de 2 salários mínimos, reside no meio urbano. Possui doença de base hipertensão arterial, iniciou hemodiálise há 3 anos. Apesar de ter realizado acompanhamento ambulatorial com nefrologista iniciou TRS em caráter de urgência. Tratamento realizado por convênio.

Itinerário 20 – Ilustração 20



Obs: Ilustração construída a partir das histórias contadas pelos participantes do estudo. Os números indicam a sequência do fluxo seguido pelas pessoas nos serviços de saúde em busca de assistência.

Ao analisar o Itinerário Terapêutico dos usuários de um sistema de saúde colocamos em evidência a rede de assistência e os problemas de acesso e integralidade da assistência que os mesmos têm que superar para que às suas necessidades de saúde sejam atendidas.

No que diz respeito aos caminhos que as pessoas percorreram no sistema de saúde em busca de assistência através da análise das entrevistas podemos perceber que o início do tratamento dialítico do usuário aconteceu predominantemente através dos serviços e hospitais de urgência e emergência, mesmo para aqueles usuários que realizavam acompanhamento ambulatorial da doença renal crônica com um nefrologista. Essa situação é descrita pelos usuários, como evidenciado nos recortes a seguir.

Há 20 anos atrás eu jogava muito futebol de salão e todo ano a gente saía pra fora pra disputar campeonato e aí precisava de exame médico, aí nessa época passei por exame médico e constatou que eu tinha pressão alta, tava muito alta. E eu não sentia realmente nada, mas tava 26, 26 por 11... No posto de saúde marcaram um nefro e falaram: “Ó você vai no INPS, ali na Marechal e vou te passar pra um nefro, nisso o Dr XXX tava lá, aí consultei com ele, aí comecei a tratar com ele. A primeira vez que eu fiquei internado no Hospital Universitário que eu num tava aguentando nem andar. Aí nisso quando eu cheguei lá na terceira consulta que eu fiz a médica falou comigo: “Olha você vai ter que fazer hemodiálise, vai começar hoje, porque seu processo já tá acelerado demais, já tá no limite”. Aí daí então comecei a fazer hemodiálise no Hospital X, aí fiquei lá mais de uns 13 dias mais ou menos, aí nesses 13 dias saiu pra eu fazer hemodiálise lá, fiz umas três sessão, aí saiu a vaga aqui e eu vim pra cá. Dali então faço aqui tem 11 anos (P10).

[...] eu já fazia tratamento com o médico lá em XXX (nome da cidade) né no CIESP (Consórcio Intermunicipal de Especialidades), lá ele fazia exame de sangue e aí quando eu tava perdendo muita proteína ele falava: ‘olha, tenha cuidado que tá perdendo muita proteína’. O Dr XXX parou de ir lá na minha cidade aí eu passei a fazer tratamento com a nefrologista. Eu que achei ela, porque a gente tinha plano de saúde, aí eu achei o nome dela e falei, é nessa mesmo que eu vou, aí fiquei com ela, continuei a fazer o tratamento com ela no consultório por quase 1 ano. Aí quando deu as crises de rins eu internei lá no hospital, mas aí eu internei na minha cidade, fiquei lá no balão de oxigênio por cinco dias, aí depois que eles me transferiram pra cá pro hospital X, aí ela foi lá colocou cateter ne mim e eu comecei a fazer hemodiálise, onde que eu melhorei (P6).

Antes de passar mal? Antes era diabético né, bebia... não fazia acompanhamento do diabetes, nada não. Eu bebia muito, bebia muito, demais, aí um dia eu passei mal, uma diarreia, aí o médico

que me viu falou assim: “Óh, O senhor vai ter que fazer hemodiálise”. Fiquei internado né, fiquei internado 10 dias, aí ele falou que eu ia ter que fazer hemodiálise. Aí perguntei: Mas por quê? Aí pegou fiquei internado no hospital lá da minha cidade, aí depois ele me mandou vir pra cá , chegou aqui na clínica aqui, conversa com um conversa com outro, falou com o Dr XXX, aí ele falou assim: “Óh o senhor vai ter que fazer hemodiálise mesmo, arruma os papel lá, direto lá no SUS, aí ele me levou lá, conversei tudo direitinho, levei o papel pro SUS né, aí depois ele mandou eu vim pra cá (P15).

A entrada dessas pessoas no sistema de saúde através dos serviços de urgência e emergência evidenciam haver um problema no fluxo de assistência desses usuários, demonstrando que a realidade vivenciada nos serviços de atenção não condiz com as políticas e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde, uma vez que o preconizado seria a entrada pela atenção básica.

A partir da 8ª. Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 e da Constituição de 1988 quando foi estabelecido um debate sobre a saúde, incorporando ao seu conceito fatores abrangentes como os determinantes e condicionantes de saúde, passou-se a pensar em saúde de uma forma mais ampla e integrada com os outros setores da economia, concluindo-se que para assegurar à saúde as políticas governamentais deveriam promover a integração de todos os setores através de ações intersetoriais. A saúde passou a ser compreendida como qualidade de vida e não ausência de doença. Portanto, a partir desse momento a única condição para se ter acesso aos serviços e ações de saúde seria precisar deles (BRASIL,2011b).

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica nos aponta estratégias para serem desenvolvidas em todos os níveis de atenção de atenção, ações que compreendem desde a atenção básica até a alta complexidade ambulatorial e hospitalar, enfatizando a necessidade de inversão do modelo de atenção às pessoas com DRC, da média e alta complexidade para a atenção básica (BRASIL, 2004a).

Essa inversão torna-se imprescindível uma vez que os relatos dos entrevistados desta pesquisa nos mostram a predominância da entrada dessas pessoas no sistema de saúde pelos serviços de urgência e emergência com início imediato da Terapia Renal Substitutiva, colocando em evidência a deficiência de ações assistenciais de promoção e prevenção à saúde na atenção primária e suas consequências para a saúde das pessoas.

Em estudo realizado sobre o perfil e desfecho clínico de pacientes em lista de espera por transplante renal na cidade de Belo Horizonte - MG foi apontado que as falhas no diagnóstico precoce e no tratamento imediato nas fases iniciais da doença têm ocasionado um encaminhamento tardio do paciente portador de DRC ao nefrologista, o que ocorre já na fase terminal da doença, inviabilizando um tratamento conservador que poderia evitar ou retardar a entrada em terapia de substituição renal. Segundo relatos, a maior parte dos portadores de DRET (80%) em Belo Horizonte chega aos serviços de saúde pela urgência e emergência, em momentos de graves complicações da doença renal (MACHADO et al., 2011).

Essa situação tem demonstrado que a assistência aos principais fatores de risco para a DRC (diabetes e hipertensão arterial) não está ocorrendo de forma satisfatória. E ainda, foi considerado que as medidas de promoção da saúde e prevenção da insuficiência renal são escassas neste município. Soma-se, a isso, a falta de capacitação dos profissionais de atenção básica para detecção precoce, acompanhamento, monitoramento e controle dos principais grupos de risco para a doença renal (MACHADO et al., 2011).

Nos depoimentos abaixo, observamos que eles dão conta de como as pessoas descobriram a doença renal crônica, qual o caminho elas percorreram em busca do tratamento. Demonstram ainda, que muitas vezes essas pessoas buscam o atendimento por conta própria, sem nenhuma referência de outros profissionais ou serviços de saúde.

Eu descobri o problema nos rins porque eu fui na ginecologista particular. Aí eu falei com ela que estava tendo umas cólicas, sabe? Umas cólicas, aí ela falou que podia ser dos rins ou podia ser fígado, sabe? Aí mandou eu marcar com a Dra XXX (nefrologista), aí eu marquei com ela, ela fez os exames do rim e aí descobriu que os rins estavam parando, parado, aí eu comecei a fazer hemodiálise no hospital X, a princípio eu fiz lá né, uns dias lá, depois mandou eu pra cá e já tem 3 anos e sete meses. Eu internei porque eu comecei a sentir cólica, aí a Dra XXX (nefrologista) pediu uns exames, aí acusou que não tava funcionando mais... (P17).

Ah pro hospital X quem me encaminhou foi o..., porque na hora que eu passei mal eles (familiares) me levou lá em cima na UPA né, e foi de lá que me transferiu pro hospital X, tive internada lá, fiquei lá um mês e três dias. Aí lá no hospital X fez exame aí foi aonde que eles viu que era o rim que fazia as dor né mim (P12).

Esse médico do rim era porque a gente trabalhava aí eu trabalhava e achava que era um pouco coluna, às vezes dava uma dor nas costas da gente e pra mim era coluna, mas aí a gente tava urinando muito vermelho, aí eu pensei em ir no médico do rim por conta própria (P16).

A análise e reflexão sobre esses depoimentos nos leva a questionar o sistema de referência e contrarreferência do nosso sistema de saúde uma vez que muitos usuários tem buscado o atendimento às suas necessidades de saúde de forma desvinculada e alheia aos serviços de atenção básica que deveriam acompanhar e referenciar esses usuários aos demais níveis de atenção no sentido de proporcionar uma atenção integral a essas pessoas.

Starfield (2002) coloca que para tornar a APS efetivamente a porta de entrada do nosso sistema de saúde se torna imprescindível romper com as barreiras de acesso, como as barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e culturais.

As políticas de atenção à saúde no Brasil consideram que a APS pode resolver 85% dos problemas de saúde da população, porém para que isso ocorra é necessário assegurar o acesso à assistência no nível secundário disponibilizando aos usuários consultas especializadas e exames complementares para a promoção da assistência integral pela APS (SERRA & RODRIGUES, 2010).

O SUS ampliou o acesso à atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada em 1994 e em progressiva expansão. Desde então, essa expansão objetivava a garantia de acesso aos serviços de saúde utilizando a atenção básica como porta de entrada preferencial (BRASIL, 2006).

A ESF experimentou um crescimento significativo desde a sua implantação, segundo dados do departamento de atenção básica (DAB) do Ministério da Saúde existem mais de 38 mil equipes de saúde da família implantadas até abril de 2015, correspondendo a uma cobertura de 61,32% da população brasileira (BRASIL, 2015).

É fato que a ampliação da rede de atenção básica contribuiu para romper com as barreiras geográficas, mas vivencia o descompasso entre a demanda e a oferta e capacidade de atendimento a essa demanda perpetuando a assistência à doença em suas demandas espontâneas, com capacidade limitada em promover a integralidade do cuidado em saúde diante das dificuldades e ausência de uma rede de referência e contrarreferência (DE AZEVEDO & COSTA, 2010).

Os demais níveis de atenção complementam a atenção primária e a garantia do fluxo assistencial na rede de serviços de saúde, promovendo a integralidade do cuidado, entendida como garantia de acesso dos usuários às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade (SERRA & RODRIGUES, 2010).

A Constituição Federal (1988) trata do atendimento integral priorizando as atividades de prevenção sem prejuízo dos serviços assistenciais, compreendendo a integralidade da assistência como: “Conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (art7º, inciso II).

O Ministério da Saúde entende o sistema de referência e contrarreferência como essencial para a garantia dessa assistência integral constituindo-se num mecanismo de encaminhamento dos usuários do sistema aos diversos níveis de complexidade dos serviços (BRASIL, 2006).

Porém, algumas considerações e ponderações devem ser feitas sobre esse sistema de referência e contrarreferência, uma vez que o seu funcionamento e efetividade vem sendo contestados na prática dos serviços de saúde.

A esse respeito Cunha e De Souza Campos (2011), nos convidam a realizar uma reflexão, salientando que as práticas organizativas do nosso sistema de saúde vêm contribuindo com a fragmentação da assistência e não tem garantido o acesso universal dos usuários aos serviços.

Segundo Cunha e De Souza Campos (2011) para que o SUS funcione efetivamente como um Sistema de Saúde e que promova uma assistência integral aos seus usuários é necessário a superação de algumas dificuldades, dentre as quais destaca à impermeabilidade dos serviços especializados às demandas da rede assistencial; a fragmentação da atenção e a responsabilização clínica insuficiente e inadequada; a forma de organização do trabalho baseada em procedimentos, doenças ou partes do corpo; a maneira de contratualização dos profissionais e serviços de saúde pelos gestores, predominando a lógica da produtividade (número de consultas e procedimentos por período de trabalho), situações cotidianas vivenciadas no sistema de saúde que tendem a promover cada vez mais a fragmentação da assistência.

Cunha e De Souza Campos (2011), ressaltam ainda que, o mecanismo de contrato através das centrais de regulação de vagas não valorizam o território e a

corresponsabilidade dos serviços de atenção primária, desvalorizando a relação de vínculo equipe/usuário e a territorial, dificultando não só o acesso do usuário, mas também a possibilidade de uma integração entre os serviços de saúde.

Estes autores propõem um novo recurso de organização do trabalho em saúde na Atenção Primária baseado no apoio matricial e equipes de referência promovendo a responsabilização, clínica valorizando o cuidado interdisciplinar e os saberes das diversas profissões que compõe a equipe da rede assistencial uma vez que as práticas atuais vêm promovendo a fragmentação do cuidado e não está atendendo às necessidades dos usuários do sistema. A intenção é a construção compartilhada entre os componentes da equipe de referência e os especialistas que oferecem o apoio matricial das diretrizes clínicas e sanitárias e do plano terapêutico dos usuários dos serviços. Nessa proposta, as atividades compartilhadas podem ser um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, discussões em grupo de projetos terapêuticos, análise e proposição de estratégias para lidar com a demanda reprimida, análise de encaminhamentos, urgências e outros segmentos (CUNHA & DE SOUZA CAMPOS, 2011).

O Apoio Matricial se constitui em uma estratégia que objetiva garantir acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, profissionais da atenção básica, além de oferecer suporte técnico-pedagógico às equipes de referência e dessa forma garantir o acesso universal, a integralidade e equidade do cuidado (CUNHA & DE SOUZA CAMPOS, 2011).

Além dos problemas de encaminhamento relatados pelos participantes dessa pesquisa, foi verificado que mesmo aquelas pessoas encaminhadas por um serviço ou profissional de saúde, esse encaminhamento se deu de forma tardia, ou seja, quando a sua função renal já estava comprometida e a única coisa que podia ser feito para manter suas vidas seria iniciar o tratamento dialítico. Fato que podemos verificar nos recortes de entrevista abaixo:

Porque toda vida tive a pressão alta, aí eu tomava o remédio né... eu tava tratando com Dr XXX lá no posto até que eu pegava remédio com ele. aí eu ia lá pegava remédio, olhava pressão. 'Tá boa'. Aí depois ele falou comigo, olhou os exames e falou comigo: 'A senhora vai no INPS agora!' Primeiro ele me perguntou se eu tinha dinheiro, aí pensei: 'Uai será por causa de quê que ele tá me tocando assim depressa pro INPS'. Aí como eu tinha que fazer os exames aí fui,

chegando lá o Dr XXX (nefrologista) me encaminhou pra cá, falou que se eu não viesse pra cá que eu morria. Aí eu falei: 'Jesus!' Aí eu vim, tive internada dois dias e de 3 dias comecei a fazer hemodiálise (P11).

Eu fazia tratamento de pressão alta no bairro que eu morava, aí eu comecei a passar mal e falei com o médico de lá, aí ele mandou eu fazer exame de sangue e aí acusou, aí eu comecei a tratar. Aí deu problema de rim e comecei a tratar. Sabe? Porque eu tava tratando lá mesmo de pressão alta, mas aí descobriu, o médico Dr XXX que descobriu. Porque eu tava só passando mal, passando mal, tratando de pressão alta e não sabia o quê que era, aí o Dr XXX mandou eu fazer os exames, aí acusou o problema de rins, aí ele me encaminhou. Me encaminhou para um outro médico que mexia com negócio de rim, aí eu comecei a tratar com ele e aí de lá eles me encaminhou pra cá (clínica de hemodiálise). Eu tive no hospital por causa desse problema, sabe? Até esse médico de rins que eu tratava ele era lá do bairro, é..., do bairro X (Hiperdia), tipo uma clínica que tem lá que agora no momento eu não lembro, e de lá eu vim pra cá (clínica de hemodiálise). Fiquei um tempinho, mas não deu um ano não. Aí eu ficava só passando mal passando mal, aí fui pro Hospital e eles me mandaram pra cá, aí eu tô aqui já, vai fazer um ano (P13).

O encaminhamento tardio dos pacientes com DRC para acompanhamento nefrológico é considerado um dos grandes problemas de saúde pública, posto que é evitável, associa-se com maior risco de morbimortalidade e determina um impacto financeiro no sistema de saúde. Comparados aos pacientes com acompanhamento nefrológico precoce no curso de suas doenças, aqueles que são vistos tardiamente, ou seja, praticamente à época de iniciarem alguma forma de TRS, apresentam maior risco de morte no primeiro ano de diálise, iniciam a hemodiálise em caráter de urgência e através de acesso vascular temporário, têm menor chance de escolha da diálise peritoneal ou transplante preemptivo, apresentam piores parâmetros metabólicos e manuseio inadequado da anemia, além de permanecerem mais tempo hospitalizados e acarretarem maiores gastos aos sistemas de saúde (BASTOS et al., 2004).

De acordo com as diretrizes clínicas para o cuidado da pessoa com DRC o manejo clínico dessas pessoas deve se dar em todos os níveis de assistência cabendo à atenção básica realizar ações de caráter individual ou coletivo voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos agravos e ações clínicas voltadas para os grupos de risco, como hipertensos e diabéticos, mesmo aqueles assintomáticos; cabendo à média complexidade realizar atenção diagnóstica e terapêutica

especializada garantida a partir do processo de referência e contrarreferência do portador de doenças renais, de diabetes mellitus e de hipertensão arterial. E compete à alta complexidade garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal (BRASIL, 2014a).

Alguns pacientes atribuíram a gravidade de seu problema à demora dos profissionais em descobrir a causa do seu adoecimento, e, conseqüentemente, avaliando o sistema de saúde e o fluxo de atendimento negativamente.

Deve que tinha muito tempo o problema nos rins né, porque eu sentia muito tempo dor né, mas nunca tinha feito exame, nada, tive internada também eles tirou só a chapa do meu pé, aí eles falou que era... O médico a primeira vez falou que eles não tavam descobrindo o quê que era a dor, aí passaram remédio pra mim eu fiquei mais ou menos, onde que eu tô te falando que lá vai um pouco devagar, mas depois o rim atacou mesmo aí a dor foi demais né, aí teve que internar e fazer hemodiálise pra mim poder melhorar né, porque a dor que eu sentia era do rim que o rim atacava, aí que eu descobri (P12).

Ah, foi uns três anos por aí, uns dois anos acompanhando, por aí, assim lá eles dizendo que tava bom, de vez em quando colhia uns exames e falava que tava tudo bem, mas acontece que parecia que tava indo bem, mas num tava né, um rins tava meio parado né, praticamente tava parando e aí a gente custa pra descobrir, ainda mais quando você anda com a pressão alta, porque se a pressão tá alta todo mundo acha que é do coração e era um pouco do coração sim, mas mais era os rins. Mas aí tudo bem, aí descobriu eu comecei a fazer hemodiálise, tava pesando 128 quilos e agora eu peso 103, depois da hemodiálise caí para 103 (P16).

Eu acompanhava com uma médica em um consultório particular, foi uma cunhada que me indicou. A médica falou que eu tinha dado edema e não ligou também não, falta de ar tudo eu reclamava e ela falava é assim mesmo, é assim mesmo. Quando foi em dezembro eu fiquei ruim com falta de ar, não respirava mais, aí fui ao hospital X e a Dra. XXX (nefrologista) me segurou lá, fez os exames e falou: “Nós vamos agora pra hemodiálise” (P5).

Eu tive internada lá no Hospital Z né, fiquei ruim mesmo lá, fiquei lá uns dois mês, lá que uma médica descobriu o meu problema. Aí o rim meu..., é um é inflamou, o outro não, o outro não inflamou não, mas um inflamou. Aí a médica veio e pediu, é a Dra. XXX, pediu pra mim internar, aí internei lá no Hospital Z, dois mês. Aí de lá a Dra. XXX (Nefrologista) tomou conta, arrumou a vaga aqui e de lá eu vim pra cá (clínica de hemodiálise), fazer o tratamento aqui. Antes de internar não sabia do problema nos rins a médica do posto lá da

minha cidade falou comigo que eu num tava boa não, e me encaminhou, acabou que eu tive que internar o mais depressa possível. Aí ela arrumou vaga pra mim e eu internei, e foi lá que eu comecei a fazer hemodiálise, aí depois a Dra. XXX (nefrologista) me passou pra cá (P9).

Starfield (2002) coloca a longitudinalidade da atenção como uma estratégia importante para o reconhecimento imediato da necessidade de saúde das pessoas e a prestação de uma assistência à saúde mais eficiente, pois facilita o reconhecimento de determinados problemas de saúde. A autora considera a longitudinalidade como parte crucial da atenção primária e sob essa perspectiva se refere a uma relação pessoal e duradoura entre os profissionais de saúde e o usuário, relação de corresponsabilização onde os indivíduos identificam uma fonte de atenção como “sua” com a criação de vínculo entre profissionais e usuários. Além disso, enfatiza que a falha da porta de entrada no encaminhamento deste usuário pode ocasionar uma atenção inadequada, se a mesma não for suficientemente reconhecida e habilitada, nos diagnósticos e manejo do problema.

Serra e Rodrigues (2010) pontuam alguns elementos que são indispensáveis para garantir o fluxo assistencial e o encaminhamento dos usuários de forma adequada, tais como: dimensionamento adequado da oferta de serviços em relação ao número de habitantes e suas necessidades de saúde; direito da população à informação sobre os serviços de saúde disponíveis e condições para acessá-los; formação dos recursos humanos para atuar na atenção básica, assegurando a atualização de seus conhecimentos, melhoria das condições de trabalho dos profissionais e mecanismos de educação permanente dos mesmos; garantia de abastecimento regular de medicamentos e insumos, manutenção de equipamentos biomédicos. Além disso, é indispensável um sistema de informação funcionando e atualizado com identificação dos usuários pelo cartão SUS, garantia de acesso aos prontuários eletrônicos pelos diversos profissionais; controle da disponibilidade de leitos e vagas para consultas e exames e monitoramento das ações desenvolvidas.

Em pesquisa realizada por De Azevedo e Costa (2010) com o objetivo de analisar a percepção dos usuários sobre o acesso a ESF em suas dimensões geográfica, organizacional, sociocultural e econômica, os resultados encontrados foram: sobre a dimensão geográfica do acesso não houve críticas por parte dos usuários; ao que se refere a dimensão organizacional os usuários apontaram a

dificuldade de marcação de consultas como um importante entrave ao acesso aos serviços de saúde, além disso pontuaram a ausência de alguns serviços como atendimento de urgências e atendimento odontológico, motivo de , motivo de insatisfação; alguns usuários apontaram como obstáculo à espera pelo atendimento na unidade e a demora no retorno do resultado de exames realizados contribuindo para desqualificar as ações cuidadoras; a dificuldade em conseguir um encaminhamento aos especialistas é apontada por profissionais e pela gestora, não sendo referido pelos usuários como um problema.

No estudo esta dificuldade segundo os autores relaciona-se ao número insuficiente de cotas de especialidades para cada unidade de saúde da família sendo uma limitação dos mecanismos de referência e contrarreferência. Com relação a dimensão sociocultural os usuários apontaram como motivos para busca de atendimento à cura ade doenças ou redução de algum desconforto ou mal-estar, demonstrando uma cultura centrada na doença; a dimensão econômica se expressou na disponibilidade de medicamentos da unidade e na impossibilidade expressa pelos usuários de adquirí-los, uma vez que a unidade não recebe a quantidade de medicamentos que atenda a necessidade de todos os usuários (DE AZEVEDO E COSTA, 2010).

Embora a ESF venha contribuindo para reduzir as iniquidades em saúde e promover a ampliação do acesso à APS, Assis e Jesus (2012) apontam como limites do acesso a esses serviços a baixa capacidade de interação entre as equipes da atenção básica (unidades tradicionais e ESF), a desintegração entre a ESF e os demais níveis de complexidade do sistema e a pouca articulação entre a APS e setores do governo e sociedade. Outro grande desafio pontuado está em promover o acesso a saúde de grupos específicos entendendo a equidade em saúde como uma diretriz desses serviços, uma vez que cada segmento social possui diferentes demandas produzidas por processos sociais de exclusão nem sempre vislumbrados pelos gestores e formuladores de políticas de saúde.

Esses aspectos e dimensões se relacionam a acessibilidade aos serviços de saúde e produzem impactos na formulação e execução das políticas de saúde quando se almeja uma atenção a saúde de alta resolubilidade em todos os níveis de complexidade. Nesse contexto a estratégia de controle social é essencial para buscar soluções para as demandas invisíveis e exclusão de acesso pelo sistema de

saúde. As políticas de saúde devem objetivar romper com as barreiras de acesso aos serviços de saúde, promover dispositivos de enfrentamento do desequilíbrio entre demanda e oferta de serviços visando o acesso universal, equitativo e integral à saúde (ASSIS & JESUS, 2012).

Alguns entrevistados colocam a atenção primária como integrante do caminho percorrido por ele no sistema de saúde, porém esse serviço não atende na perspectiva da integralidade do cuidado como preconiza as linhas de cuidado uma vez que percebemos na fala dos entrevistados a ênfase dada à medicalização por esses serviços.

[...] mas quando eu comecei a sentir mal, minhas pernas estavam muito inchada, mas eu ainda ia nos médicos dos posto, mas fica ali tomando aqueles remédio miudinho... Mas aí minha filha pagou o médico particular, aí eu fui e ela me passou remédio de pressão (P1).

Eu ia sempre lá no posto medir pressão, às vezes ela mandava fazer exame de sangue. Aí eu fazia exame de sangue. Como ficou assim? Eu com esse problema todo me deu como fala? Coração grande, me deu esse problema no rim, me deu diabetes, que eu tenho, diabete e pressão alta (P9).

Porque toda vida tive a pressão alta, aí eu tomava o remédio né... eu tava tratando com Dr XXX lá no posto até que eu pegava remédio com ele. aí eu ia lá pegava remédio, olhava pressão. 'Tá boa' (P11).

A eu ia lá no posto, mas a consulta no posto pra gente que tem remédio controlado é de três em três meses. É tem vezes que tem médico, tem vezes que não tem, lá não tem médico. Você chega lá eles falam que não tem médico... Pegava os remédios lá no posto e controlava a glicose direitinho, mas pra consultar era de 3 em 3 meses, eles dava receita pra 3 meses pra gente pegar o remédio, aí depois de três meses a gente ia lá (P12).

As falas demonstram uma concepção do modelo biomédico em que as práticas dos profissionais de saúde vêm perpetuando esse modelo baseado na prática hospitalocêntrica, centrada na doença e em procedimentos. Segundo Merhy e Feuerwerker (2009), essa ótica de organização do trabalho para atuar sobre problemas específicos de saúde, centrada na atuação do médico, produção de procedimentos e medicalização reduz a dimensão cuidadora da equipe de saúde e de novas possibilidades de resolução dos problemas.

Desconstruir esse modelo de saúde vigente se tornou o grande desafio a ser enfrentado, sendo necessário substituí-lo por um modelo de saúde coletivo

centrado no usuário, família e comunidade e dessa forma fortalecer o SUS, para tal é necessário investir na formação do profissional que atua na ESF com reorientação do trabalho em saúde para a necessidade de saúde e a qualidade de vida do usuário com enfoque na produção do cuidado (DE OLIVEIRA GOMES et al., 2011).

Para Franco et al. (1999) o acolhimento é uma diretriz operacional de organização do serviço usuário-centrada que possibilita o acesso universal à saúde de todas as pessoas, tendo como eixo de organização do trabalho uma equipe multiprofissional que se encarregue do acolhimento através da escuta com vistas a resolução dos problemas de saúde. Além disso, essa relação usuário-trabalhador deve ser alicerçada em princípios humanitários, de solidariedade e de cidadania.

O acolhimento favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, através da constituição de vínculos solidários e das relações instituídas entre profissionais e a população promovemos práticas de corresponsabilidade e produção da autonomia das pessoas envolvidas (BRASIL, 2013e).

Embora, as práticas de cuidado nos serviços de saúde demonstrem que o acolhimento e a corresponsabilização entre usuários e profissionais de saúde devam ser o alicerce de efetivação do SUS e de seus princípios, ainda presenciemos realidades que caminham na contramão desse processo como nos depoimentos a seguir em que as pessoas responsabilizam-se pelo seu adoecimento:

Tem 16 anos que descobri que tinha diabetes, eu tinha muita secura, muita coceira na vagina, bebia água assim, tinha muita secura mesmo. Aí eu fui fazer exames, até ginecológico, aí no exame de sangue veio, na época tava 400 e pouco, alta, aí que eu comecei a tratar. Eu tinha um médico também, tratava no posto de saúde e tratava particular também. . E aí eles falavam que se não controlasse a glicose que ia chegar uma coisa ruim, mas não falavam o quê né. Mas eu num tava nem aí, comia doce, abusava mesmo. Falava, orientava muito, cobrava muito, mas eu achava que não né. A gente é meio ignorante né, eu não cuidei não (P5).

Antes de passar mal? Antes era diabético né, bebia... não fazia acompanhamento do diabetes, nada não. Eu bebia muito, bebia muito, demais, aí um dia eu passei mal, uma diarreia, aí o médico que me viu falou assim: "Óh, O senhor vai ter que fazer hemodiálise". Fiquei internado né, fiquei internado 10 dias, aí ele falou que eu ia ter que fazer hemodiálise. Aí perguntei: Mas por quê? Aí pegou fiquei internado no hospital lá da minha cidade, aí depois ele me mandou vir pra cá , chegou aqui na clínica aqui, conversa com um conversa

com outro, falou com o Dr XXX, aí ele falou assim: “Óh o senhor vai ter que fazer hemodiálise mesmo, arruma os papel lá, direto lá no SUS, aí ele me levou lá, conversei tudo direitinho, levei o papel pro SUS né, aí depois ele mandou eu vim pra cá (P15).

Ah não, o diabetes já tem muito tempo, foi em 1989, eu comecei a dar muita sede né, diabetes você sabe como é, no caso dá muita sede, você bebe, bebe água e tá com muita sede, urina, urina e tá com vontade de urinar e aí foi onde eu descobri o diabetes... aí a gente quase não acompanhava não, ia no médico no Palácio da Saúde ali, às vezes fazia um exame aqui outro ali, mas não tinha médico pra acompanhar não. Aí depois eu comecei a tomar insulina e aí foi trabalhando com a insulina e aí fui levando, eu mesmo aplico a insulina e vamo levando (P16)

As questões que se colocam quando analisamos esses achados da pesquisa nos mobiliza para pensarmos como temos nos colocado como responsáveis ou corresponsáveis pela saúde do outro de quem cuidamos e como temos pensado efetivamente o papel do Estado como fundamental na redução dessas vulnerabilidades.

O termo vulnerabilidade originou-se na área de advocacia internacional pelos Direitos Humanos e designam grupos de indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção e/ou garantia dos seus direitos de cidadania. Nessa perspectiva considera-se que a chance de exposição das pessoas ao adoecimento é resultante de um conjunto de aspectos individuais e coletivos inseridos em um contexto de vida e que sofrerá a influência da existência de recursos para o seu enfrentamento, tornando as pessoas mais ou menos suscetíveis ao adoecimento. (Hino et al., 2011).

Para Bertolozzi et al. (2009): “o termo vulnerabilidade é utilizado para designar a suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde”.

Ayres et al. (2006) nos coloca que o conceito de vulnerabilidade possui três dimensões: a dimensão individual de vulnerabilidade considera que todos os indivíduos são suscetíveis ao adoecimento e que aspectos como o estilo de vida adotado pelas pessoas podem contribuir para que elas adoeçam, refere-se também as informações que a pessoa possui a respeito da doença, formas de controle e prevenção que capacitará a pessoa a incorporar novos hábitos de vida e comportamentos que influenciarão sua condição de saúde. A dimensão social diz respeito à vida em sociedade, ou seja, a obtenção de informações e as mudanças

que elas imprimem na vida das pessoas e que não dependem delas individualmente, mas de vários aspectos, como acesso a meios de comunicação, escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, participação nas decisões políticas, e que por consequência influenciarão na vulnerabilidade individual. E por fim, a vulnerabilidade programática considera que a vida das pessoas em sociedade é mediada pelas instituições sociais (como escolas, serviços de saúde, etc.) e para que os recursos sociais estejam disponíveis para protegê-las das doenças e seus possíveis danos é necessário que existam políticas, esforços programáticos de todas as instituições sociais nesse sentido, pois a produção e superação das condições de vulnerabilidade ocorre dentro destas instituições.

A elaboração de estratégias de superação das condições de vulnerabilidade vai depender do compromisso político dos governos, da definição de políticas específicas, dos recursos humanos e materiais para as políticas, da participação social no planejamento dos atores envolvidos nesse processo de acesso aos serviços, da qualidade dos serviços, da integralidade da atenção, equidade das ações, integralidade entre prevenção e promoção da assistência que influenciarão na prestação de um cuidado na perspectiva do acesso universal, integral e equânime (AYRES et al., 2006).

As ações no sentido de redução da vulnerabilidade social devem objetivar a resposta social do indivíduo no sentido de superação dos obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm na condição de vulnerabilidade. Além de informadas as pessoas precisam adotar uma postura de proteção e transformação da realidade que as tornam vulneráveis, nesse universo o enfoque educacional deve ser trabalhado pelos profissionais de saúde para a promoção da saúde e prevenção dos agravos, e deve fundamentar-se em uma atitude construtivista que parte dos saberes e experiências dessas pessoas no sentido de mobilizá-las a busca de informações e compartilhamento de saberes e práticas de autocuidado que irão permitir a superação de situações de vulnerabilidade (AYRES et al., 2006).

Esse enfoque educacional no sentido de redução da vulnerabilidade se traduz em uma prática de corresponsabilização entre as pessoas, usuárias dos serviços de saúde, e os profissionais que as atendem a partir de uma perspectiva de construção de um plano de cuidados que envolva todos os atores desse processo. A vulnerabilidade das pessoas adoecidas se torna evidente nas situações de

descoberta tardia do seu diagnóstico, na falta de conhecimento sobre a sua condição de saúde-adoecimento, no despreparo dos profissionais para reconhecer as necessidades de saúde das pessoas por eles “cuidadas”.

De acordo com Hino et al. (2011), existem estratégias que são efetivas e contribuem para reduzir e acabar com as situações de vulnerabilidade como: a criação do vínculo nas práticas de cuidado, traduzidos por atitudes de preocupação, interesse e zelo pelo outro; o acolhimento como estratégia de promoção da adesão ao tratamento e das práticas de cuidado, essas são estratégias que promovem o resgate da autonomia dos sujeitos com enfoque na produção do cuidado.

Portanto, para que a vulnerabilidade possa ser transformada, é necessário compreender que o processo saúde-adoecimento é um fenômeno social que contempla as necessidades de saúde emergentes e as estratégias necessárias para o seu enfrentamento (Hino et al.,2011).

5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO

Diferentemente do que normalmente as pessoas esperam e planejam para as suas vidas, ter uma doença crônica como a DRC e necessitar de uma máquina para sobreviver é um fato que muda definitivamente os rumos da vida de uma pessoa, e ouvir as histórias de vida e adoecimento de cada participante, sentir as suas emoções ao contar a sua trajetória nos possibilitou confirmar algumas percepções que tínhamos ao início deste estudo e, sobretudo, possibilitou vislumbrar estratégias que poderão ser adotadas em nossas práticas de cuidado.

Os itinerários apresentados neste estudo descrevem trajetórias e escolhas individuais e singulares, mas possuem uma forte convergência que expõe de forma clara as fragilidades dos serviços de saúde e profissionais que compõem a rede de assistência à saúde. Isso promove reflexões profundas sobre as possibilidades de mudar essa realidade pesquisada individualmente, e de repercussões na coletividade, pois ao pesquisarmos o itinerário terapêutico dos usuários de um sistema de saúde colocamos em evidência a rede, os problemas de acesso e integralidade da assistência que os mesmos têm de superar para que as suas necessidades de saúde sejam atendidas.

Além disso, as histórias contadas pelos participantes possibilitaram a compreensão de um itinerário que sofre influências dos contextos de vida de cada pessoa, algo que normalmente vêm escapando aos serviços e profissionais de saúde, pois acreditamos serem estes aspectos que vão definir as possibilidades de oferta e acesso aos serviços de saúde, dimensões que não podem ficar invisíveis quando se pensa na elaboração de um plano de cuidados à essas pessoas.

O desenho da trajetória permitiu evidenciar que o gerenciamento da busca por cuidados é realizado pela pessoa e sua família, e não por uma gestão em redes de serviços e profissionais de saúde que se responsabilizem, por meio da referência e contra-referência, pelo atendimento das necessidades dessas pessoas nos diferentes níveis de atenção. Constituindo-se, portanto, em uma ferramenta de análise da capacidade de integração e atenção na rede dos serviços e profissionais de saúde de uma determinada localidade. Possibilita visualizar e analisar a forma de

entrada no sistema de saúde e os caminhos percorridos dentro desse sistema, as implicações do custo e acesso, a gestão do tratamento e a importância das relações de vínculo.

As narrativas colocaram em evidência o caráter silencioso da DRC e o problema de seu diagnóstico tardio, resultado da demora das pessoas em buscar um serviço de saúde no início do aparecimento dos primeiros sintomas, associado à baixa resolutividade dos serviços de saúde para atender a necessidade de saúde dessas pessoas, contribuindo para agravar a sua condição de saúde e a entrada em TRS de urgência na maioria dos casos. A falta de conhecimento e os conceitos equivocados sobre a DRC e as doenças de base hipertensão e diabetes surgiram como fatores que aumentam a vulnerabilidade individual dessas pessoas ao adoecimento. O conhecimento que a pessoa adoecida possui sobre a sua doença e o seu tratamento poderá dar suporte ao seu autocuidado e também implicará no desejo dessa pessoa em aderir ou não ao seu plano de cuidado.

Os relatos dos participantes evidenciam usuários de um serviço de saúde que são comunicados sobre seu grau de adoecimento e sobre o tratamento a seguir. No entanto, estamos diante de um agravo a saúde que é crônico e grave e que requer por parte do sujeito adoecido motivação para participar efetivamente de uma proposta de cuidado que o valorize como coparticipante dessa ação. Nesse sentido, infere-se que o serviço ainda não consegue colocar em prática esse cuidado que é plural e multifacetado.

Com relação às dificuldades impostas pela terapia dialítica, a fala dos participantes coloca em evidência a restrição de atividades, a dependência para realizar as atividades do cotidiano, a dependência ao tratamento como possibilidade de viver, das consequências para a família como algo que interfere no cotidiano da mesma, o sentido dado de conformação como algo que é definido por Deus e falam também que a descoberta possibilitou melhorar a vida na medida em que o tratamento diminuiu sintomas que causavam sofrimento.

O sentido atribuído pelos participantes do estudo trazem achados que colocam o adoecimento como algo que limita as suas atividades como cidadão e nesse sentido parece que ao limitá-los, retira deles a capacidade de realizar suas atividades no cotidiano que os fazem sentirem-se úteis. No entanto, o tratamento traz também a possibilidade de redimensionar sua vida, agora sem alguns sintomas

que incomodam, que limitam e que restringem. Um tratamento que mesmo estabelecendo um grau elevado de dependência, também traz a possibilidade de continuar mantendo a vida.

No que se refere à busca pela assistência, ao contrário do que as políticas e protocolos do Ministério da Saúde no Brasil preconizam considerando a atenção básica como porta de entrada principal e preferencial aos serviços de saúde, nesse estudo foi evidenciado que a atenção primária em muitos casos não cumpriu o papel de promoção a saúde, prevenção dos agravos, acompanhamento dessas pessoas e referenciamento aos outros serviços de saúde. O desenho individual dos itinerários nos mostrou uma “peregrinação” em diversos serviços de saúde que apresentaram baixa capacidade de resolubilidade em atender às necessidades de saúde dessas pessoas, culminando com um início em diálise em caráter de urgência.

Os achados do estudo apontam que a ausência de vínculos, a forma como a pessoa é acolhida nos serviços de saúde e a falta de confiança entre o cuidador e a pessoa cuidada são fatores que influenciam diretamente na busca pelo cuidado dessas pessoas nos serviços de saúde e na sua adesão ou não aos tratamentos propostos.

Além disso, evidenciam-se sujeitos que trazem que, ao vivenciarem o adoecimento por uma doença crônica e grave vislumbram uma possibilidade de redimensionar seu modo de ser e viver. Por um lado falam ao seu modo o que pensam e sabem sobre a doença; por outro, indicam as limitações e possibilidades que a descoberta da doença e a instituição do tratamento trazem. No entanto, para além dos sentidos dados pelas pessoas que vivem o adoecimento pela doença renal crônica, essas pessoas também sinalizam as perspectivas que devem ser perseguidas pelos profissionais que estão nessa cena de cuidado. Nesse cenário, a exigência é por trabalhadores que valorizem a coparticipação emancipatória da pessoa doente. Efetivamente é perceber esse usuário do serviço como alguém que é capaz de compartilhar saberes para alcançar um cuidado que seja equânime e integral em sua essência.

Acreditamos que o enfrentamento da doença possa ser potencializado através da assistência de qualidade, criação de vínculos solidários entre usuário/população e profissionais de saúde, acolhimento dos profissionais dos diversos serviços promovendo uma escuta qualificada possibilitando a garantia de

acesso aos serviços de saúde com responsabilização e resolutividade dos mesmos de maneira integral e equânime.

Portanto, os achados do estudo revelam as vulnerabilidades, tanto dos usuários quanto dos serviços, tornando fundamental o papel do Estado em assegurar a proteção à saúde da população.

Ressalta-se que, em virtude da riqueza dos depoimentos obtidos o estudo não limitou-se à análise dos itinerários terapêuticos, mas buscamos compreender as vivências que estão como pano de fundo desse processo de escolha, entendendo que ele não se constrói de forma isolada, mas é tecido à partir das relações sociais, da cultura, dos valores e crenças que evolve o cotidiano dessas pessoas.

A busca por compreender os caminhos das pessoas que necessitam de cuidados de saúde nos fez traçar um caminho como pesquisadoras, possibilitando a aquisição de novos conhecimentos e proporcionando reflexões e inquietações ainda maiores do que as que tínhamos quando iniciamos este estudo. Principalmente, nos fez acreditar em nosso sistema de saúde e a buscar estratégias que possibilitem a superação de suas fragilidades e vislumbrar as possibilidades para o seu fortalecimento e efetivação.

É importante salientar que apesar das discussões proporcionadas pela pesquisa, esta possui limitações por ser não ser generalizável, pois se aplica a realidade e às pessoas com quem foi desenvolvido, possuindo peculiaridades relativas ao cenário estudado e a visão das pessoas envolvidas. Espera-se com este estudo promover reflexões dos profissionais à respeito da prática em saúde que vêm exercendo em seu cotidiano, promovendo questionamentos se os mesmos vem agindo em consonância com os princípios do SUS e promovendo um cuidado comprometido com a construção da autonomia das pessoas e promotor do seu autocuidado, contribuir com as práticas de cuidado exercidas nas clínicas de Terapia Renal de Substituição, nos serviços de atenção primária e com a gestão do SUS local e , sobretudo com a produção científica da Enfermagem.

6 REFERÊNCIAS

- ALCAINE, J.M.C.; GARCIA, S.B.; GUTIÉRREZ, B.C.; HERNÁNDEZ-FERNCHA.S ISQUIERIDO, M.C.; JULIANE, B.B.; LOU ANRNAL, L.M.;. Grupo de investigación ERC Aragón. Prevalencia de enfermedad renal cró-nica em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 atendidos em atencion primaria. **Revista Nefrologia**, 2010 30(4): 552-556
- ALMEIDA, F.A.; RODRIGUES, C.I.S. Hipertensão Arterial Primária. In: RIELLA, M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5ª. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010; p.662.
- ALMEIDA, Geovana Brandão Santana; PAZ, Elisabete Pimenta Araújo; ALVES, Girlene. Representações sociais sobre hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 4, p. 459-65, 2011.
- ALVES, Paulo CB; SOUZA, Iara Maria. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 125-38, 1999.
- ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 468-78, 2010.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes, 2010. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 33, n. Suppl. 1, p. S11-61, Jan. 2010. DOI: 10.2337/dc10-S011. Errata em: *Diabetes Care*, Alexandria, v. 33, n. 3, p. 692, Mar. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20042772>>. Acesso em: 23 dez. 2013.
- ANDRADE, Mônica Viegas et al. Allocation of initial modality for renal replacement therapy in Brazil. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, p. CJN. 04840709, 2010.
- ARAÚJO, Rafaella Cristina de Souza et al. Itinerário terapêutico de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico. **Rev. pesquis. cuid. fundam.(Online)**, v. 6, n. 2, p. 525-538, 2014.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Jr. I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Andrade LOM, Akerman M, Drumond Junior Carvalho YM, organizadores. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec; 2006. p. 375-417.

BARBOSA, G. D. S.; GUIMARÃES, R. M.; STIPP, M. A. C. Série histórica de custos com terapia de substituição renal no município do Rio de Janeiro (1995-2009). **Esc Anna Nery Rev. de Enfermagem** (impr.) 2013 abr-jun; 17 (2):322 - 32, abr-jun 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a17.pdf> >. Acesso em: 05 fev. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70, 2011.

BARROS, Tatiane Vieira. “Quem te colocou de castigo aí?": etnografia numa sala de hemodiálise/" Who has punished you there?": ethnography in a hemodialysis room. **Vivência: Revista de Antropologia**, v. 1, n. 41, 2013.

BASTOS, M.G. et al. **Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções**. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, vol.XXVI, nº 4, dez-2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

_____. Doença Renal Crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista Associação Médica Brasileira**, 56 (2): 248-253, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

_____. ; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 33, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2014.

BATISTA, L.K.C. et al. Manuseio da Doença Renal Crônica em Pacientes com Hipertensão e Diabetes. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, vol XXVII, nº 1, mar-2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 10 de abril de 2013.

BELLATO, Rosenev; ARAÚJO, LFS de; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. Pinheiro R, Silva AG, Mattos RA, organizadores. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, p. 167-87, 2008.

BIDLLE, L; DONOVAN, J.; GUNNELL, D.; SHARP, D;. Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behavior. **Sociology of Health & Illness** 2007; 29(7): 983–1002.

Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, Guanillo MCLTU, Pereira EG: **Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva**. *Rev Esc Enferm USP* 2009, **43**(Spe2):1326-1330.

BORTOLOTTI, L. A. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. **Revista brasileira de hipertensão**, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 152-155, jul. 2008.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011b.36 p.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Articulação de Rede de Atenção à Saúde (DARAS/SAS/MS). **Consulta pública nº 16, de 21 de agosto de 2013**. O Secretário de Atenção à Saúde torna pública, nos termos do artigo 34, inciso II, c/c 59 do Decreto nº 4.176, de 28 de março de 2002, minuta de Portaria que aprova, na forma do Anexo, as Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica- DRC no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>. 32 p. 2013a. Acesso em: 11 set. 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. 28 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1168 de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Brasília, 2004a.

_____. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada 154 de 15 de junho de 2004.** Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010a. Estabelece a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 95 p.; il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica– DRC no Sistema Único de Saúde/** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 37 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. [Banco de Dados Digital]. Disponível em: <<http://W3.datasus.gov.br/hiperdia/default.php>>. Brasília: Secretaria Executiva Datasus Acesso em: 11 fev. 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**, 2015. Disponível em: <[dab.saude.gov.br/portaldab/historico.cobertura – sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico.cobertura-sf.php)>.

BRANCO, Joyce Martins Arimatea; LISBOA, Marcia Tereza Luz. Adesão de clientes renais crônicos ao tratamento hemodialítico: estratégias de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 4, p. 578-583, 2010.

BURILLE, ANDRÉIA. **Itinerários Terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico: (des) conexões com o cuidado e arranhaduras da masculinidade.** Dissertação [Mestrado em Enfermagem] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/49719/000851144.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2013.

CABRAL, A.L.L.V. **Itinerários Terapêuticos:** compreendendo a trajetória de pessoas em hemodiálise no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado em Enfermagem], Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/apresentacao.htm>>. Acesso em: 14 out. 2013.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al . Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 11, p. 4433-4442, Nov. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=en&nrm=iso>. access on 10 July 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>.

_____; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; MARTINEZ-HEMÁEZ, Angel; CHERCHIGLIA. Mariangela Leal. **Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil**. 2011.

CASTILLO, R. L. D. **A produção de cuidado para os portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Primária da Saúde**. 230 p. 2010. Tese [Doutorado em Saúde Pública], apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Disponível em: <<http://www5.usp.br/tag/bdtd/>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

COLLINS A. J; Ma J.Z., LOUIS T.A.; XUE J.L., . Forecast of the number of patients with end-stage renal disease in the US to year 2010. **J Am Soc Nephrol**, 2001; 12:2753-2758.

CHERCHIGLIA, M. L. et al. **Gênese de uma política pública de ações de alto custo e complexidade: as Terapias Renais Substitutivas no Brasil**. Biblioteca Virtual Nescon, Faculdade de Medicina UFMG, 2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/cgi-bin/wxis/?IscScript=ceabsf_print.xis&search_list=0000001858>. Acesso em: 24 jan. 2014.

CONILL, E.; PIRES, D. (Coord.). **Itinerários Terapêuticos: Relação Público-Privado e Arranjos Técnicoassistenciais na Utilização de Serviços de Saúde na Região Sul do Brasil**. ANS, Um Estudo de Itinerários Terapêuticos na Região Sul, Relatório final. ANS/ OPAS/ UFRGS/ EducaSaúde Ago. 2007.

_____; BOING A.F.; FERTONANI H.P; OLIVEIRA, M.C.; PIRES D.; SISSON M.C.. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Cien Saude Colet**, 2008. 13(5):1501-1510.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, D. M. D. S. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

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**. *Am J Kidney Dis* 2003; 41: 1-12.

CUNHA, Gustavo Tenório; DE SOUSA CAMPOS, Gastão Wagner. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DA SILVA, Alessandra Silva et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 839-844, 2011.

DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. **Manual de diálise**. Medsi, 2008.

DE ASSIS ACÚRCIOI, Francisco et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 639-49, 2010.

DE AZEVEDO, Ana Lucia Martins; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde. 2010.

DE OLIVEIRA GOMES, Karine et al . Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 881-892, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lng=en&nrm=iso>. access on 02 July 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700020>.

DESLAURIERS, Jean-Pierre; KÉRISIT, Michèle. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, Jean et al. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2010. p.127-153.

FAVORETO, Cesar Augusto Orazen. A construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas. In PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. A. (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS; 2006, P.185-204.

FERMI, Marcia Regina Valente. **Diálise para Enfermagem: guia prático**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2010.

FERNANDES, N; BASTOS RMR; BASTOS MG. Diagnóstico da Doença Renal Crônica a partir da filtração glomerular estimada: CKD-EPI ou MDRD In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NEFROLOGIA; 2010; Vitória. **Anais...** Vitória (ES): Sociedade Brasileira de Nefrologia. 506.

FERREIRA, D. C. O **Itinerário terapêutico de pessoas convivendo com HIV**. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva], Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF. 2011. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2013/03/Disserta%C3%A7%C3%A3o-D%C3%A9bora.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

FERREIRA, Débora Carvalho; SILVA, Girlene Alves da. Caminhos do cuidado—itinerários de pessoas que convivem com HIV Routes to care—the itineraries of people living with HIV. 2012.

FILHO, N.S.; BRITO, D.J.A. **Doença Renal Crônica: a Grande Epidemia Deste Milênio.** *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, vol. XXVIII, nº3 – Supl.2, 2006.
FOUCAULT, Michel. 1979. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, Apr. 1999. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso>. access on 02 July 2015.

Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2005. p. 181-94.

FRANCO, T.B.; MERHT, E.E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *RevistaTempus - Actas de Saúde Coletiva*, v.6, n. 12, p. 151-63, 2012.

GARCIA-GARCIA, G.; JHA, V.. Chronic kidney disease in disadvantaged populations. *Braz J Med Biol Res*, Ribeirão Preto, v. 48, n. 5, p. 377-381, May 2015. Available from : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2015000500377&lng=en&nrm=iso>. access on 08 May 2015. Epub Mar 06, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-431X20144519>.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj, Abrasco, 2007. 401 p. p. 279-300.

GERHARDT, T. E. et al. **Determinantes sociais e interfaces com a mobilidade de usuários: análise dos fluxos e utilização dos serviços de saúde.** Relatório de pesquisa. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Patrocinado pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento/CNPq.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. A produção antropológica sobre a articulação saúde, religião e corpo: conquistas, ressalvas e perspectivas. *Ilha Revista de Antropologia*, v. 7, n. 1, 2, p. 113-124, 2005.

GORDAN, P.A. Grupos de Risco para Doença Renal Crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, vol. XXVIII, nº3 – Supl.2, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

HIGA, Karina et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. especial, 2008.
 HINO, Paula et al. As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. spe2, p. 1656-1660, 2011.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update 2009: Regional & Country Facctsheets**. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2009-regional-countryfactsheets>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

_____. **New Global Guideline for Type 2, 2012: Regional & Country Facctsheets**. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-countryfactsheets>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Coordenação de população e indicadores sociais, projeções da população do Brasil por sexo e faixa etária**. Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a.

_____. Censo Demográfico 2010. **Características Gerais da População, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

JOHNS, Tanya S. et al. Neighborhood socioeconomic status, race, and mortality in young adult dialysis patients. **Journal of the American Society of Nephrology**, p. ASN. 2013111207, 2014.

JÚNIOR, Nadson Duarte Silva; GONÇALVES, George; DEMÉTRIO, Franklin. Escolha do itinerário terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações socioantropológicas. **Revista Eletrônica Discente História. com**, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2013.

KDOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. Am. J. Kidney Dis., 39: (suppl.2):S1-S246, 2002.

Kleinman A. **Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems**. Soc Sci Med. 1978;12(2B):85-95.

Kleinman A. **Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems**. Soc Sci Med. 1978;12(2B):85-95.

LEITE, A.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Hist.Ciênc. Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol.3, nº1, jan-mar, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

MACHADO, E. L.; CHERCHIGLIA, M. L.; ACÚRCIO., F. D. A. Perfil e desfecho clínico de pacientes em lista de espera por transplante renal. Belo Horizonte (MG) Brasil, 2000-2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(3):1981-1992, 2011, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/32.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

MADEIRO, Antônio Cláudio et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta paul enferm**, v. 23, n. 4, p. 546-51, 2010.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MALISKA, Isabel Cristina Alves; DE SOUZA PADILHA, Maria Itayra Coelho; DA SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira. Práticas sexuais e o uso do preservativo entre mulheres com HIV/AIDS. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 4, p. 471-478, 2007.

MALISKA, Isabel Cristina Alves; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 9, n. 3, set. 2009. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://revistas.jatai.ufg.br/index.php/fen/article/view/7449>>. Acesso em: 03 Ago. 2014. doi:10.5216/ree.v9i3.7449.

MARTINEZ, H.A. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente**. Universidad Rovira i Virgili. Belo Horizonte, 2006. (Texto de apoio).

MARTINS JÚNIOR, Tomaz. Apoderamento. **Sanare**, v. 4, n. 1, 2003.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 18, p. 3-11, 2008. (Suplemento 4).

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

_____. **O Cuidado das Condições Crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY EE. Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Merhy EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 115-134.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. **Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. Leituras de novas tecnologias e saúde**. Bahia: Editora UFS, p. 29-56, 2009.

MERINO, Maria de Fátima Garcia Lopes; MARCON, Sônia Silva. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 651-658, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2010.

NAVARRO, R.G. Prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica determinada mediante aplicación de ecuaciones predictivas em personas hipertensas atendidas em Atención Primaria. **Rev Esp Salud Publica** 2009; 83(3):463-469.

NICHOLAS, Susanne B.; KALANTAR-ZADEH, Kamyar; NORRIS, Keith C. Racial disparities in kidney disease outcomes. In: **Seminars in nephrology**. WB Saunders, 2013. p. 409-415.

OLIVEIRA, Kelli Cristina Silva de; ZANETTI, Maria Lúcia. Knowledge and attitudes of patients with diabetes mellitus in a primary health care system. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 862-868, 2012.

OMRAM, A. R. The epidemiology transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulleten of the World Health Organization**, 2001;79 (2) 161-170.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Brasília, 2010.

PACHECO, Gilvanice de Sousa; SANTOS, Iraci dos; BREGMAN, Rachel. Clientes com doença renal crônica: avaliação de Enfermagem sobre a competência para o autocuidado. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 11, n. 1, p. 44-51, 2007.

PEIXOTO, E. R. D. M. et al. Diálise planejada e a utilização regular da atenção primária à saúde entre os pacientes diabéticos do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1241-1250, 2013. ISSN 0102-311X. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600020&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2014.

PECOITS-FILHO R, Riella M.C. Insuficiência renal crônica. In: RIELLA M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010; p.662.

PERICO, N.; REMUZZI, G. Need for chronic kidney disease prevention programs in disadvantaged populations. **Clinical nephrology**, v. 83, n. 7 Suppl 1, p. 42-48, 2015.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 37-52.

REMBOLD, S. M. et al.. Perfil do doente renal crônico no ambulatório multidisciplinar de um hospital universitário. **Acta Paul Enferm.** [periódico on line], v. 22, p. 501-504, 2009.

RIELLA M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. Cap. 36, p. 649-60.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3579-3586, 2010.

SESSO, Ricardo Cintra et al. . Relatório do censo brasileiro de diálise de 2010. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo,v.33, n.4, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Mar. 2014.

SILVA, D.G.V. et al. Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, mai-jun, 2006, 53 (3); pag 297-302. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde**. Brasília: 2010.

_____. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, 9 maio 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

SCHOLZE, A.S.; SILVA,Y.F. Riscos Potenciais à Saúde em itinerários de cura e cuidado. **Cogitare Enferm.**, vol. 10, nº2, p. 9-16, mai-ago, 2005. Disponível em: <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2//index.php//cogitare>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Arquivo... vol. 17(1):11-17,2010. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/medica/diretrizes.asp>>. Acesso em: 13 dez. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo 2011**. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/Censo/2011/censoSBN2011.pdf>>. Acesso em 13 dez. 2013.

_____. **Censo 2012**. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/Censo/2012/censoSBN2012.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

_____. **Censo 2013**. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/Censo/2013/censoSBN2013.pdf>>. Acesso em: 15 Jan. 2015.

TERENCE, A. C. F.; FILHO, E. E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. In: ENCONTRO NACIONAL DE

ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 26. 2006, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: ABEPRO, 2006. p. 1-9.

TOMÁZ, V.A. **Itinerários terapêuticos de mulheres portadoras de câncer ginecológico a partir do seu diagnóstico**, 2009. Dissertação [Mestrado em Saúde e Gestão para o Trabalho]. Universidade Vale do Itajaí/UNIVALI, Itajaí-SC. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9(4) : 885-895,2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2010.

U.S. RENAL DATA SYSTEM. **2010 USRDS Annual Data Report**. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2010.

VIGITEL BRASIL 2012. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 136 p.: il.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Diabetes Program. Country and regional data: Prevalence of Diabetes World Wide**. Geneva: World Health Organization, 2005.

_____. **World Health Statistics 2011**. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf?ua=1>. Acesso em: 13 dez. 2013

Zambonato TK, Thomé FS, Gonçalves LFS. Perfil Socioeconômico dos portadores de doença renal crônica em diálise na região Noroeste do Rio Grande do Sul. J. Brasileiro de Nefrologia. [Internet]. 2008 [acesso em 2013Maio];30(3):192-9. Disponível em: http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=57.

APÊNDICES

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**O Itinerário Terapêutico de Pessoas em Terapia Renal Substitutiva com doença de base Hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus**”. Nesta pesquisa pretendemos: analisar o itinerário terapêutico de pessoas hipertensas e diabéticas portadores de doença renal crônica em Terapia Renal de Substituição (TRS) em um serviço de nefrologia; Conhecer as percepções de pessoas hipertensas e diabéticas que se encontram em terapia renal substitutiva em relação ao seu processo saúde--adoecimento e suas articulações com as escolhas terapêuticas propostas e identificar o fluxo assistencial, nos três níveis de atenção, às pessoas atendidas em um centro de terapia renal substitutiva. Os motivos que nos levam a estudar a presente temática foram as seguintes indagações: Por que pacientes hipertensos e diabéticos, que eram ou deveriam estar sendo acompanhados pela atenção primária a saúde chegavam a um serviço de TRS em caráter de urgência e/ou emergência sem nenhum tipo de referenciamento? Essas pessoas conhecem sua condição de saúde e adoecimento? Em algum momento eles foram orientados sobre as consequências da doença renal crônica? Qual o papel da atenção primária nesse processo de cuidar? Qual o caminho trilhado por esses usuários até chegar em uma unidade de terapia renal substitutiva? Afinal de contas, onde estava a referência e contra referência no atendimento a essas pessoas? Desse modo, o objeto de investigação desse estudo é o itinerário terapêutico de pessoas em terapia renal substitutiva com doença de base hipertensão e/ou diabetes.

O processo de coleta de dados será realizado em duas etapas: 1) consulta aos prontuários dos pacientes com o objetivo de identificar àqueles que possuem como doença de base hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus;2) entrevista gravada.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso seja identificado e comprovado danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.



O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar.

O risco de participação é considerado mínimo, ou seja, semelhante às situações cotidianas da vida, havendo a preocupação e atenção das pesquisadoras no sentido de minimizar tais riscos ao máximo com técnicas de anonimato, técnicas comunicacionais, de interação interpessoal e de respeito humano, sendo a abordagem não intervencionista.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Serviço de Nefrologia ao qual o senhor (a) se submete ao tratamento de terapia renal substitutiva e a outra será fornecida ao senhor. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa "**O Itinerário Terapêutico de Pessoas em Terapia Renal Substitutiva com doença de base Hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus**", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

| | |
|------|-------------------------|
| Nome | Assinatura participante |
| Data | |

| | |
|------|------------------------|
| Nome | Assinatura pesquisador |
| Data | |

| | |
|------|-----------------------|
| Nome | Assinatura testemunha |
| Data | |

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisador Responsável: Elaine Duarte Mendes Ferreira.

Endereço: Rua Pedro Gonçalves de Oliveira nº 230/302.

CEP: 36021570 – Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 3229-7633. E-mail: elainedm@oi.com.br

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista

1 - Dados Pessoais

Iniciais do nome: _____.

Data de Aplicação do questionário: _____.

Idade: _____. Sexo: () masc () fem

Grau de Escolaridade:

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| () Analfabeto | () Médio Completo |
| () Fundamental incompleto | () Superior Incompleto |
| () Fundamental completo | () Superior Completo |
| () Médio Incompleto | () Pós-graduado |

Raça/Cor : _____

Religião: () católica () espírita () protestante/evangélica () não segue qualquer religião

() Outra: _____

Sit. Familiar/Conjugal: _____

Renda Familiar: _____

Número de pessoas que contribui com a renda familiar: _____

Número de pessoas dependentes da renda: _____

Zona: (I) Urbana (0) Rural

Status ocupacional: () Empregado; () empregador; () autônomo; () aposentado; () em auxílio-doença; () desempregado.

Ocupação: ocupação atual ou ocupação que atuou mais tempo _____

Tipo de tratamento

- () Hemodiálise () Diálise Peritoneal

2- A Doença

Data do Diagnóstico de Doença Renal Crônica (DRC): _____.

Doença de Base: () Hipertensão Arterial () Diabetes mellitus () Outra

Como você descobriu ser hipertenso e /ou diabético?

Você sabe como e por que, adquiriu essa doença?

O que você já conhece ou ouviu falar sobre essa doença?

Após ter recebido o diagnóstico de DRCT, o quê mudou na sua vida?

E na sua família, como foi para eles a notícia deste diagnóstico?



Após este diagnóstico você procurou outro tipo de tratamento para a doença?

Fale sobre o tratamento que a senhor (ª) vem recebendo.

Como está a sua vida hoje? Quais são as suas maiores dificuldades?

Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

ANEXOS

| | | |
|---|--|---|
|  | Universidade Federal de Juiz de Fora Faculdade de Enfermagem Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem |  |
|---|--|---|

Declaração

Eu, Paulo Sérgio Pinto, Enfermeiro Responsável Técnico da Nefroclin, autorizo a mestranda Elaine Duarte Mendes Ferreira, a realizar a pesquisa intitulada **“O Itinerário Terapêutico de Pessoas em Terapia Renal Substitutiva com doença de base Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus”** sob a orientação da Prof^a. Dra Girlene Alves da Silva, com as pessoas em tratamento dialítico contínuo no Serviço de Nefrologia na Unidade de Terapia Renal Substitutiva do referido serviço. Trata-se de uma dissertação de Mestrado em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora que tem por objetivos: analisar o itinerário terapêutico de pessoas hipertensas e/ou diabéticas portadores de doença renal crônica em Terapia Renal de Substituição (TRS) em um serviço de nefrologia; conhecer as percepções de pessoas hipertensas e/ou diabéticas que se encontram em terapia renal substitutiva em relação ao seu processo saúde--doecimento e suas escolhas de tratamento propostas; identificar o fluxo assistencial, nos três níveis de atenção, às pessoas atendidas em um centro de terapia renal substitutiva.

A pesquisadora responsável pela pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos participantes, garantindo a não utilização das informações em prejuízo da instituição e nem das pessoas, inclusive em termos de autoestima, de prestígio econômico e financeiro.

Juiz de Fora, 22 de Março de 2014.



Paulo Sérgio Pinto
Enfermeiro Responsável Técnico
Nefroclin



DECLARAÇÃO

Como Diretor Técnico da Nefrocim autorizo a mestranda Elaine Duarte Mendes Ferreira a utilizar os prontuários dos pacientes em tratamento nessa instituição para a seleção dos participantes da pesquisa intitulada "Itinerário Terapêutico de Pessoas em Terapia Renal Substitutiva com Doença de Base Hipertensão e/ou Diabetes mellitus, que a mesma desenvolverá nesse cenário. Declaro estar ciente de que os dados contidos no prontuário serão tratados pela pesquisadora com padrões profissionais de sigilo.

Atenciosamente,

Juiz de Fora, 23 de Julho de 2014


Diretor Técnico da Nefrocim
Dr. Mauricio Gattás Bara.





UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PESSOAS EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA COM DOENÇA DE BASE HIPERTENSÃO E/OU DIABETES MELLITUS.

Pesquisador: Elaine Duarte Mendes Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32628414.1.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 772.142

Data da Relatoria: 26/08/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo proposto apresenta valor científico e o objeto de estudo está delineado. A revisão da literatura está atualizada e o projeto está estruturado.

Objetivo da Pesquisa:

Estão claros, definidos e apresentam compatibilidade com a proposta metodológica apresentada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Informa que a pesquisa possui riscos mínimos e cita-os e apresenta os benefícios que a pesquisa trará.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

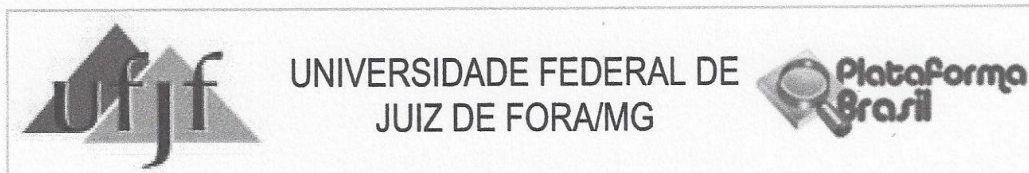
O tema foi bem apresentado e subsidiado por referenciais pertinentes e atualizados. O tema é relevante. Objeto e objetivos do estudo estão claros. A Metodologia está adequada ao objeto e objetivos do estudo.

Apresentou declaração da chefia do serviço, solicitando autorização para pesquisa nos prontuários para a seleção dos participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de consentimento livre esclarecido para os participantes da pesquisa está bem escrito, com

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 772.142

linguagem clara e possui a maioria das informações necessárias aos sujeitos da pesquisa. Informa que se preservará o anonimato dos participantes, o sigilo das informações e indenização aos participantes caso seja necessário. Informa que a pesquisa é de risco mínimo.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Possíveis inadequações ou possibilidades de pendência deixam de existir. Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Julho de 2015.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

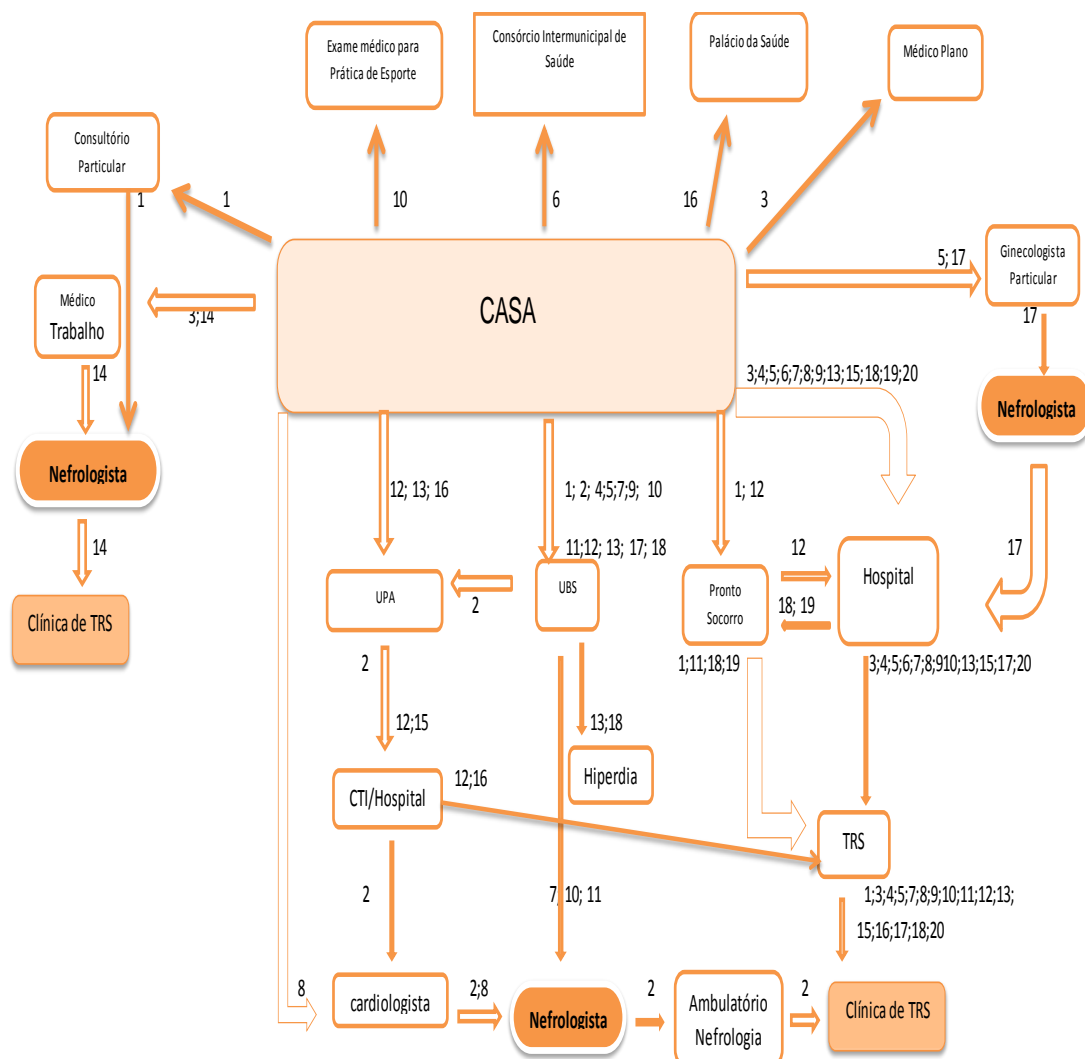
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 29 de Agosto de 2014

Assinado por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uff.edu.br

RESUMO DO DESENHO DOS ITINERÁRIOS



Obs: Os números representam os participantes do estudo e as setas o fluxo.