

Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário

Care for chronic renal patients undergoing hemodialysis, from the perspective of the user

Nair Portela Silva Coutinho¹, Maria Clotilde Henriques Tavares²

RESUMO

Estudo transversal com o objetivo de avaliar, sob a ótica do usuário, as condições de atenção ao paciente em tratamento hemodialítico. O estudo foi realizado nos oito Serviços de Diálise do Estado do Maranhão. A amostra foi constituída de 330 pacientes. Os dados foram coletados no período de agosto de 2008 a dezembro de 2009, por meio de um questionário estruturado. Observou-se que a média de idade dos pacientes foi de 57 anos, 57,6% eram do sexo masculino; 59,6% eram casados; 39,4% possuíam ensino fundamental, embora tenha sido identificado 17,3% de analfabetos; 49,1% dos pacientes recebiam benefício, subsídio do INSS por doença, 26,7% eram aposentados e 63,9% recebiam de 1 a 2 salários mínimo; 34,8% eram de unidades de urgência e emergência, 49,7% tiveram como problema inicial hipertensão arterial e 15,7%, diabetes, 70,8% têm transporte garantido por seu município de origem, 42,5% informaram que os serviços de diálise estão atendendo às suas expectativas e 45,0% sugeriram a necessidade de descentralização dos serviços. Conclui-se que considerando os baixos níveis de escolaridade e renda familiar é necessário garantir o transporte gratuito, o diagnóstico precoce e a implantação de novos serviços para melhor distribuição regional da atenção ao paciente. As unidades de diálise bem como os profissionais de saúde têm potencial para intervir, com planejamento estratégico e ações multiprofissionais, para promoverem melhoria da atenção ao paciente em tratamento hemodialítico.

Palavras-chave: diálise renal; satisfação do paciente; direitos do paciente.

ABSTRACT

Cross-sectional study that aims to evaluate, through the user's perspective, the conditions of patient care on hemodialysis treatment. This work was carried out in 8 dialysis centers in Maranhão. The sample consisted of 330 patients. Data were collected from August 2008 to December 2009 through a structured questionnaire. The mean age of patients was 57 years, with 57.6% of males. 59.6% of patients were married, 39.4% had elementary school, and 17.3% were illiterate. Almost half (49.1%) received benefits provided by INSS, 26.7% were retired and 63.9% had family income ranging from 1 to 2 minimum wages. 34.8% of all patients came from emergency and urgent care units, 49.7% had arterial hypertension as primary manifestation and 15.7% diabetes, 70.8% had the transport provided by the city of origin, 42.5% reported that dialysis services are meeting their expectations and 45.0% suggested the need for services decentralization. It is concluded that considering patients have low levels of education and family income and so that they need the guarantee of free transportation, early diagnosis and establishment of new services for better regional distribution of patient care. The dialysis units as well as the professionals should act through strategic management and multiprofessional actions in order to promote improved care for patients on hemodialysis.

Keywords: renal dialysis; patient satisfaction; patient right.

Trabalho realizado na Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – São Luís (MA), Brasil.

¹ Professora Adjunta, nível IV, do Departamento de Enfermagem da UFMA – São Luís (MA), Brasil; Doutoranda em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

² Professora Adjunta, nível III, do Departamento de Ciências Fisiológicas do Instituto de Biologia da UnB – Brasília (DF), Brasil; Doutora em Neurociências e Comportamento pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Nair Portela Silva Coutinho – Rua da Filosofia, Qd 5 C 21 COHAFUMA – CEP: 65720-840 – São Luís (MA), Brasil –

E-mail: nairportela@click21.com.br

Fonte de financiamento: nenhuma

Conflito de interesse: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A atenção ao paciente renal crônico é dada por uma rede constituída, entre outros, pelo Ministério da Saúde, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, pelos Serviços de Diálise, e por profissionais de saúde, família e outros grupos sociais. A cada um desses componentes correspondem ações específicas que, somadas, vão dar a segurança e a qualidade de que o paciente necessita para manter seu tratamento e sua vida. A qualidade do trabalho técnico, a comunicação e as relações entre profissionais/paciente/família e a opinião do usuário são fundamentais^{1,2}.

Estudos sobre qualidade dos serviços de saúde ressaltam a relevância da percepção, da visão e da satisfação dos pacientes, o que permite a oportunidade de expressão destes, levando ao fortalecimento de sua participação nos processos de planejamento e exercício do controle social³⁻⁵.

A doença renal crônica (DRC) é definida como resultado das lesões renais irreversíveis e progressivas provocadas por problemas que tornam os rins incapazes de realizar suas funções glomerular, tubular e endócrina^{6,7}. É reconhecida como um problema de saúde pública global e, entre pacientes com outras doenças crônicas, como as cardiovasculares, infecciosas ou câncer, a presença da DRC está associada ao aumento dos riscos de complicações para essas patologias⁸.

Em todo o mundo, em 2004, havia cerca de 1 milhão de doentes renais crônicos submetidos à Terapia Renal Substitutiva⁹. No Brasil, dados do censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), referente ao ano de 2009, estimaram a existência, em janeiro de 2009, de 77.589 mil pacientes em tratamento dialítico. Dentre os tipos de diálise, a hemodiálise (HD) corresponde ao tratamento de 89,4% dos pacientes, sendo que 92% dos pacientes que aderem ao tratamento dialítico iniciam por essa modalidade. Estima-se que, a cada ano, 26.177 pacientes aderem à diálise no Brasil, sendo que a porcentagem de pacientes conforme a fonte pagadora é de 86,7% pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 13,3% para outros convênios¹⁰.

No Brasil, a prevalência de pacientes em tratamento dialítico varia por região. No Nordeste, em 2009, a prevalência foi de 299 pacientes por milhão da população (pmp) e a média nacional foi de 405 pmp¹¹.

Atualmente, os pacientes com doença renal crônica terminal (DRCT) enfrentam a falta de vagas em clínicas e hospitais para realizar HD ou precisam percorrer longas distâncias para ter acesso à terapia, o que dificulta a adesão ao tratamento e aumenta a incidência de óbitos. Estima-se que, a cada ano, cerca de 4.000 pacientes não conseguem

vaga para se tratar. Devido à demora no diagnóstico, os pacientes já chegam ao serviço de saúde em estado crítico, precisando de tratamentos mais complexos, que podem comprometer sua qualidade de vida¹².

O atendimento ao paciente com DRC não se limita às sessões de HD, pois inclui também a garantia de medicamentos da assistência farmacêutica básica e excepcionais, transporte, acesso à internação hospitalar quando necessário, e equidade na entrada em lista de espera para transplante renal¹.

Os pacientes portadores de DRCT e em processo de HD estão em condição de maior vulnerabilidade, necessitando de atendimento integral. Cabe ao Estado oferecer-lhes condições para terem uma vida a mais próxima possível da normalidade¹³.

Existem no Brasil poucas pesquisas acerca da opinião dos pacientes sobre os serviços de saúde e, particularmente, sobre os pacientes em tratamento hemodialítico¹⁴. Dessa forma, o objetivo dessa pesquisa foi avaliar as condições atuais de atenção ao portador de DRC em processo de HD, nos Serviços de Diálise do Estado do Maranhão, sob a ótica do usuário.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo transversal com pacientes com DRC e em tratamento hemodialítico.

A pesquisa foi realizada no Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), no Centro de Nefrologia do Maranhão, no Pró-Renal Centro de Tratamento das Doenças Renais LTDA, em São Luís (MA), no Centro de Diálise de Caxias, em Caxias (MA), no Centro de Terapia Renal de Timon, em Timon (MA), na Clínica de Doenças Renais e Clínica de Nefrologia de Imperatriz, em Imperatriz (MA) e na Clínica BIORIM, no município de Bacabal (MA).

A população foi constituída por pacientes renais crônicos que realizavam HD. O tamanho da amostra foi calculado considerando uma população de 1.330 pacientes, um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, totalizando 330 pacientes.

Foram critérios de inclusão: pacientes maiores de 18 anos com DRC com taxa de filtração glomerular abaixo de 10 mL/min e em diálise por mais de 3 meses. Foram critérios de exclusão: crianças, pacientes agudos e transplantados.

O instrumento utilizado foi um questionário estruturado, construído e submetido à aprovação de conteúdo, por três profissionais especialistas em nefrologia, contendo dados relativos às condições sociodemográficas e processo

de atenção ao paciente. As variáveis sociodemográficas foram: idade, etnia, gênero, estado civil, escolaridade, situação funcional, religião e renda familiar.

As variáveis relativas ao processo de atenção ao paciente foram baseadas na Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal¹, e no Regulamento Técnico para os Serviços de Diálise², tais como: condições de acesso, forma de ingresso no serviço, patologia de base, tempo de diagnóstico, visita médica durante as sessões, atividades durante as sessões, relação entre equipe profissional e paciente, qualidade do serviço e atenção aos direitos do paciente tais como: benefício, alimentação e transporte.

Foram também empregadas variáveis sustentadas nos parâmetros da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde¹⁵ e Bioética¹⁶, como tempo de espera para início das sessões, identificação dos profissionais, comunicação das informações quanto ao tratamento, cuidados, encaminhamentos, direito à atenção na medida de suas necessidades.

Anteriormente à aplicação do instrumento, foi realizado estudo-piloto com 15 pacientes que faziam HD no Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário da UFMA, para constatar se havia compreensão das questões propostas para o usuário e adequação para a coleta de dados da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2008 a dezembro de 2009, por uma equipe previamente treinada pela pesquisadora responsável. Os questionários foram respondidos pelos pacientes na sala de espera ou em procedimento de HD, em condição estável, ou seja, sem intercorrências, mal-estar ou sonolência.

Ao ser incluído no estudo e ao aceitar participar, o paciente assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em atendimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 196/96¹⁷. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA, por meio de parecer constante do processo n.º 33104-0481/2007.

Os dados coletados foram armazenados em planilhas utilizando-se o Epi-Info, versão 2007, programa da Organização Mundial da Saúde (OMS) de domínio público que possibilitou realizar análise descritiva das informações sociodemográficas e específicas dos pacientes em tratamento hemodialítico.

RESULTADOS

Foram entrevistados 330 pacientes em tratamento hemodialítico, com média de idade de 57 anos, sendo 57,6% do sexo masculino; 43,3% declararam-se de cor parda; 59,6% casados;

73,9% católicos e 25,2% evangélicos; 39,4% possuíam o ensino fundamental e 17,3% eram analfabetos (Tabela 1).

Em se tratando da situação funcional, 49,1% dos pacientes recebiam benefício, subsídio do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) por doença, 26,7% eram aposentados e 10,3%, desempregados. Quanto à renda familiar, 63,9% dos entrevistados informaram que era de um a dois salários mínimos e 20,3% menos que um salário mínimo (Tabela 2).

Tabela 1. Características socioeconômicas dos pacientes em tratamento hemodialítico. São Luís (MA), 2010.

Variáveis	n (330)	%
Gênero		
Masculino	190	57,6
Feminino	140	42,4
Idade		
<30	46	13,9
30 a 49	119	36,1
50 a 69	131	39,7
70 e mais	34	10,3
Etnia		
Parda	143	43,3
Negra	101	30,6
Branca	86	26,1
Estado civil		
Casado	187	59,6
Solteiro	83	25,2
Viúvo	23	7,0
Desquitado/divorciado	37	11,2
Religião		
Católica	244	73,9
Evangélica	83	25,2
Espírita	3	0,9
Escolaridade		
Não alfabetizado	57	17,3
Ensino fundamental	130	39,4
Ensino médio	83	25,2
Superior incompleto	4	1,2
Superior completo	12	3,6
Alfabetizado	44	13,3

Tabela 2. Situação funcional e renda familiar dos pacientes em hemodiálise, no Estado do Maranhão. São Luís (MA), 2010.

Variáveis	n (330)	%
Situação funcional		
Empregado	38	11,5
Desempregado	42	12,7
Aposentado	88	26,7
Em benefício	162	49,1
Renda familiar		
Inferior a 1 salário mínimo	67	20,3
Entre 1 e 2 salários mínimos	211	63,9
Entre 3 e 5 salários mínimos	34	10,3
Acima de 5 salários mínimos	18	5,5

Com relação à doença de base referida, 49,7% dos pacientes informaram que seu problema inicial foi hipertensão arterial; 15,7% diabetes; diabetes e hipertensão 18,1%; 9,1% infecção renal; 3,9% problemas cardíacos; 3,0% glomerulonefrite (Tabela 3).

No que diz respeito à origem dos pacientes aos Serviços de Diálises, 34,8% eram procedentes de urgência e emergência, 26,9% de unidades de média complexidade, 18,7% de serviços de alta complexidade, e 9,1% de unidades básicas de saúde (Tabela 3).

Quanto à consulta médica ambulatorial com o médico nefrologista, 63,2% dos pacientes afirmaram que não realizam essa consulta mensalmente, embora 84,8% tenham dito que ocorre a visita médica durante as sessões de HD (Tabela 4).

No que diz respeito ao tempo de espera para início das sessões de HD, 50,6% dos pacientes disseram que esperam menos de 15 minutos e 43,3% entre 15 e 45 minutos. Com relação à realização de atividades durante as sessões de HD, 45,7% dos pacientes desenvolviam alguma atividade, como assistir televisão (programação normal), ouvir rádio, ler livro ou revistas que os próprios pacientes trazem (Tabela 4).

Dos pacientes em estudo, 90,8% deles informaram que durante as sessões de HD recebiam lanche fornecido pela unidade de saúde. No que tange ao direito de serviço de transporte gratuito, 70,8% dos pacientes tinham esse serviço garantido por seu município de origem, enquanto 24,1% deles não dispunham desse serviço e 4,9% utilizaram transporte próprio (Tabela 4).

Os pacientes opinaram sobre a qualidade dos Serviços de Diálise, tendo como resultado: 39,5% bom, 26,1% excelente, 19,8% muito bom, 13,6% regular e 1,0% como ruim. Além disso, 42,5% informaram que os Serviços de Diálise estão atendendo às suas expectativas. Entretanto, 61,5% deles afirmaram haver necessidade de mudanças na organização dos serviços 12,8%, relação profissional/paciente 42,2% e descentralização dos Serviços de Diálise 45,0% (Tabela 5).

Tabela 3. Patologia de base referida e unidades de origem dos pacientes em hemodiálise no Estado do Maranhão. São Luís (MA), 2009.

Variáveis	n (330)	%
Patologia de base		
Hipertensão	164	49,7
Diabetes	52	15,7
Infecção renal	30	9,1
Glomerulonefrite	10	3,0
Patologia cardíaca	13	3,9
Outras (diabetes e hipertensão)	60	18,1
Unidade de referência		
Unidade Básica de Saúde	30	9,1
Unidade de média complexidade	89	26,9
Unidade de alta complexidade	62	18,8
Urgência e emergência	116	35,2
Outras	33	10,0

Tabela 4. Resposta dos pacientes sobre a atenção prestada durante o tratamento hemodialítico. São Luís (MA), 2010.

Variáveis	n (330)	%
Consulta mensal com nefrologista		
Sim	128	36,6
Não	222	63,4
Orientações prestadas pelo médico		
Compreenderam as orientações	248	75,4
Confusas e de difícil entendimento	82	24,6
Orientações prestadas pela enfermagem		
Compreenderam as orientações	289	87,8
Confusas e de difícil entendimento	41	12,2
Tempo de espera para início das sessões		
Menos de 15 minutos	167	50,6
Entre 15 e 45 minutos	143	43,3
Mais de 1 hora	20	6,1
Atividades durante as sessões		
Sim	160	45,7
Não	187	53,4
Às vezes	3	0,9
Fornecimento de alimentação		
Sempre	323	92,4
Às vezes	17	4,8
Nunca	10	2,8
Transporte gratuito		
Sim	247	70,8
Não	86	24,3
Próprio	17	4,9

Tabela 5. Opinião dos paciente sobre a qualidade dos Serviços de Diálise do Estado do Maranhão. São Luís (MA), 2009.

Variáveis	n (330)	%
Qualidade dos serviços		
Excelente	86	26,1
Muito bom	65	19,8
Bom	131	39,5
Regular	45	13,6
Ruim	3	1,0
Apresentam necessidades de mudanças		
Organização dos serviços	43	12,8
Relação profissional/paciente	139	42,2
Descentralização dos Serviços de Diálise	148	45,0

DISCUSSÃO

Neste estudo, houve predomínio do sexo masculino. Estudos com pacientes portadores de DRC em tratamento hemodialítico obtiveram resultados semelhantes¹⁸⁻²⁰, diferentemente do estudo realizado em hospital público de Salvador (BA), no qual houve predomínio de mulheres; segundo as autoras, a diferença pode ser reduzida com estudo de maior número de pacientes²¹.

A média de idade dos pacientes mostrou-se semelhante à de outros nacionais, como no estudo sobre perfil dos pacientes que iniciam HD de manutenção, em Salvador, com média

de 55 anos²¹ e sobre qualidade de vida^{22,23}. Estudos internacionais demonstram a preocupação com o envelhecimento da população mundial, o que se constitui um desafio para os serviços de saúde pela incidência crescente da doença renal tratada com diálise^{24,25}.

A frequência de analfabetismo encontrado neste estudo foi de 17,3%. De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), o Nordeste ainda é a região que mais registra analfabetos. Entretanto, essa região teve maior redução da taxa de analfabetismo nos últimos 15 anos, caindo de 32,7% para 19,9%²⁶.

O fato de o paciente renal ser analfabeto pode deixá-lo estigmatizado e se sentindo constrangido quando, por exemplo, em algum momento precisa fazer impressão digital na presença dos demais colegas. Pode também dificultar a compreensão das orientações e inviabiliza a leitura de textos, folhetos, orientações, sendo, nesses casos, necessária a utilização de outros recursos didáticos para melhor atingir os objetivos desejados de ensino/aprendizagem.

Dos pacientes estudados, a maioria tinha renda familiar de no máximo dois salários mínimos, mostrando que eles vivem em situação econômica precária, com sérias dificuldades para comprar alimentação básica, remédios, itens com os quais gastam seu limitado orçamento. Resultado semelhante foi encontrado em Goiânia (GO), cuja maioria dos entrevistados possuía renda familiar de um a dois salários mínimos²⁷. Sabe-se que o baixo nível socioeconômico é um fator de risco para doenças crônicas e tem sido demonstrada uma relação inversa da renda com a incidência de DRC^{28,29}.

Observou-se também que a maioria dos pacientes era de aposentados, muitos deles com aposentadoria antecipada, o que pode gerar um sentimento de inutilidade, privando-os de uma vida mais produtiva. Muitos reclamaram do longo tempo de espera para terem acesso ao benefício do INSS, direito que lhes é garantido por lei. Grande parte deles, com poucos recursos e doentes, sofrem bastante aguardando o subsídio que lhes é devido.

Essa situação de quase penúria leva os pacientes a mudarem seus hábitos de vida, uma vez que iniciado o tratamento hemodialítico suas atividades cotidianas e também da família são profundamente alteradas. Por vezes, o paciente, residindo distante do Serviço de Diálise, sofre verdadeira reviravolta em sua vida, tendo que se mudar para outra localidade para realizar o tratamento que exige sua presença três vezes por semana, e por um turno de 4 horas, ou realizar viagens bastante longas, uma vez que o Estado do Maranhão é territorialmente extenso e possui estradas em péssimas condições de conservação.

Segundo Martins, mais de 95% dos pacientes entrevistados relataram mudanças de hábitos significativos após o início de seus tratamentos e 52% se tornaram inativos (por aposentadoria ou licença de saúde)³⁰.

Ao se tratar do item ocupação, é importante considerar que a DRC é incapacitante a médio e longo prazos, principalmente se associada a diabetes, lúpus ou outras doenças crônicas, pois leva à dificuldades ocupacionais³¹. Neste estudo, apenas 8% dos pacientes tinham trabalho formal e cumpriam horários de serviço, e 56% eram pensionistas ou aposentados. Resultado semelhante também foi encontrado na zona noroeste do Rio Grande do Sul, onde apenas 12,7% dos pacientes em diálise tinham atividade remunerada³².

Estudo avaliando a DRC e sua relação com o trabalho, em um Centro de Hemodiálise, em Curitiba (PR), constatou que 76,74% dos pacientes não possuíam atividade laboral e encontravam-se inativos sob o ponto de vista econômico, o que pode comprometer muito seu tratamento, visto que os mesmos precisam comparecer às sessões de HD três vezes por semana, fato que exige despesas reais com transporte e alimentação. Mostra que 59% tinham dificuldades relacionadas ao transporte (como a falta de dinheiro para passagem e as grandes distâncias) entre o local de moradia e unidade de saúde²².

Quanto à procedência dos pacientes, observou-se que 35,2% dos pacientes chegaram ao Serviço de Diálise proveniente de unidades de urgência e emergência, dados que evidenciam deficiências na atenção primária à saúde, que não identifica a doença renal no estágio inicial. Estudo avaliando a filtração glomerular em hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de São Luís identificou que 42,9% dos hipertensos tinham déficit de função renal³³. Infelizmente, o Brasil ainda não dispõe de estudos populacionais da DRC nos estágios iniciais e as atenções se restringem, quase que exclusivamente, ao estágio mais avançado, quando o paciente necessita de tratamento dialítico ou transplante renal¹⁰. A detecção precoce do dano renal associado à hipertensão tem-se mostrado essencial na profilaxia da progressão da lesão renal⁹.

A população deve ficar alerta para a necessidade do diagnóstico precoce das doenças dos rins e que correspondem às duas principais causas de insuficiência renal que levam à diálise no Brasil e em muitos países³⁴.

Dados dos Estados Unidos sugerem que, para cada paciente em estágio terminal da DRC, há mais do que 200 com DRC declarada – estágio 3 ou 4 – e 5 mil em estágio 1 ou 2, com DRC declarada³⁵.

A detecção precoce da doença renal e condutas terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão

podem reduzir o sofrimento dos pacientes e os custos financeiros associados à DRC⁹. A não referência ao nefrologista impossibilita um diagnóstico etiológico que, em alguns casos, pode permitir tratamento específico²¹.

No que se refere ao tratamento para DRC antes de iniciar a HD, neste estudo, a maioria dos pacientes, mesmo sendo atendidos na UBS ou em consultório particular, não realizou esse tratamento. Embora muitos deles tenham dito ter percorrido várias unidades de saúde, o problema não foi identificado a tempo – o que configura a não pertinência do cuidado, da atenção adequada e certa.

Neste estudo, as doenças de base referidas pelos pacientes com maior frequências foram hipertensão arterial e diabetes. A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico³⁶.

Pesquisa realizada com adultos na cidade de São Luís encontrou uma prevalência de hipertensão de 27,4%, sendo maior no sexo masculino (32,1%)³³.

Nos Estados Unidos, o aumento da prevalência da DRC é particularmente explicado pelo aumento da prevalência de diabetes e de hipertensão responsáveis pelo incremento da incidência da insuficiência renal e outras complicações da DRC³⁷.

A comunicação em saúde é um potencial instrumento de trabalho e permite maior aproximação e diálogo com os pacientes, facilitando a compreensão da terapêutica e das orientações indispensáveis aos pacientes que possuem doença crônica e, muito particularmente, no caso dos pacientes em tratamento hemodialítico. Com relação às orientações e informações fornecidas pelos enfermeiros e médicos, a maioria (87,8%) dos pacientes as entendia. Entretanto, alguns deles não as compreenderam por considerá-las confusas, pela linguagem difícil e termos que não conheciam.

De acordo com Zoboli, o respeito à autonomia requer, também, uma ação proativa dos profissionais da saúde, capacitando as pessoas para agirem autonomamente, pois, em diversas situações, é necessário manter, fomentar ou mesmo levar ao desenvolvimento da capacidade dessas para tomarem decisões substancialmente autônomas, com a mitigação de medos, incertezas ou outras condições impeditivas das escolhas livres e esclarecidas, como a falta de informações ou a oferta de um reduzido leque de alternativas³⁸.

Segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, estes têm o dever de prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da assistência de Enfermagem possíveis benefícios, riscos e consequências que possam ocorrer³⁹. Para o Código de Ética Médica, os profissionais têm a

responsabilidade de esclarecer o paciente sobre os determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença⁴⁰. A maioria dos pacientes possui baixo nível de instrução, o que vai requerer da equipe um tempo maior e uma atenção que lhe possibilite melhor compreender a ação educativa. O não entendimento das informações pode gerar insatisfação e não adesão ao tratamento e cuidados.

Todos os pacientes devem ser submetidos à consulta ambulatorial pelo nefrologista responsável pelo tratamento dialítico, mediante realização de, no mínimo, um exame clínico mensal, registrado no prontuário, com ênfase na avaliação cardiológica e nutricional, sendo os pacientes encaminhados ao especialista quando indicado². Pelo investigado, a maioria dos pacientes não realiza essa consulta ambulatorial. Eles têm visita médica quando estão dialisando, na máquina.

Todo Serviço de Diálise deve fornecer, sob orientação do nutricionista e com base na prescrição médica, um aporte nutricional ao paciente no dia do procedimento dialítico, em local apropriado². Em todos os Serviços de Diálise os pacientes recebem lanches ou refeição. Em alguns, há uma diversificação do cardápio (sopa, café com leite e pão, sucos com biscoitos, mingaus); em outros, os pacientes reclamaram que deveria variar o exclusivo café com leite e pão. Os pacientes têm esse direito, considerando o tempo de 4 a 5 horas na máquina e mais o deslocamento das residências para a unidade e vice-versa, perfazendo um período muito longo para ficarem sem alimentação.

O transporte para a unidade de terapia renal é algo que pacientes e suas famílias vivenciam diariamente em sua rotina⁴¹. A maioria dos pacientes tem garantido esse serviço pelo seu município de origem. As dificuldades são relativas às longas distâncias entre os municípios e os Serviços de Diálise, à qualidade dos veículos e rodovias. A questão de justiça social e equidade está em que significativa parcela desses pacientes não usufrui desse direito, do qual outros disseram não ter conhecimento. Seu princípio consagrado vem inscrito na Constituição Federal, de 1988⁴². É uma questão de responsabilidade do Estado para com as pessoas vulneráveis.

Em Minas Gerais, o governo entregou 93 micro-ônibus modernos e confortáveis a Consórcios Intermunicipais de Saúde para transporte dos pacientes de pequenos municípios que necessitam de tratamento e exames especiais fora do seu domicílio (SES-MG2008), atendendo a um dos preceitos do SUS, que é a garantia de acesso⁴³. No presente estudo, verificou-se que os meios de transporte comumente utilizado pelos pacientes são veículos tipo van, ambulâncias ou táxis, geralmente mal conservados, sendo que as despesas correm por conta das prefeituras municipais. Raramente esse transporte é feito em micro-ônibus.

A condição crônica da doença e o tratamento hemodialítico favorecem o desenvolvimento de estresse pela própria rotina do tratamento, que leva o paciente a se deslocar de sua residência 3 vezes por semana e a passar de 4 a 5 horas na máquina. Daí a importância das terapias ocupacionais realizadas durante as sessões, que irão contribuir para minorar a ansiedade e promover um “fazer” e um lazer terapêuticos extremamente benéficos para esses pacientes.

Em apenas dois Serviços de Diálise existe uma programação sistemática de lazer e terapia ocupacional com os pacientes, como a realização de bingos, pinturas, desenhos e oficinas terapêuticas. Em um deles foi realizada uma exposição dos trabalhos confeccionados pelos próprios pacientes. Em outra unidade, foi presenciada a realização de uma gincana entre duas equipes de profissionais, com tarefas específicas e arrecadação de alimentos para serem distribuídos com os pacientes carentes do Serviço de Diálise.

Dada a complexidade da atenção ao paciente em tratamento hemodialítico o trabalho em equipe multidisciplinar é indispensável para que com a contribuição peculiar e inerente ao processo de trabalho de cada categoria (terapia ocupacional, fisioterapia, educação física e psicólogos) os pacientes possam ser acolhidos e assistidos com equidade e justiça social.

CONCLUSÃO

Considerando que a opinião do paciente é fundamental para o desenvolvimento de políticas de atenção à saúde, a avaliação da qualidade dos serviços, referida pela maioria dos pacientes foi considerada boa, no Estado do Maranhão. No entanto, foram apontados também alguns problemas que dizem respeito ao baixo índice de diagnóstico precoce, à restrição do acesso à terapia renal substitutiva por vagas insuficientes e à distribuição regional inadequada.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1168/GM, de 15 de junho, de 2004. Institui a política nacional de atenção portador de doenças renal. Cadernos de Atenção Especializada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC nº 154 de 15 de junho de 2004. Brasília, DF: 2004. p. 17.
- ESPIRIDÃO M. Trad L. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teóricas-conceituais. *Cad Saúde Pública*, 2006;22:1267-76.
- JESUS WLA, ASSIS MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(1):161-70.
- ROCHA RM, TAVARES MFL, CARVALHO AI, ZANCAN L. Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local. In: Oliveira RG, Grabois V, Mendes-Junior WV, organizadores. *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009. p. 325-43.
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION [INTERNET]. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Disease. Executive summary. New York, 2002 [citado 2011 jul. 21]. Disponível em: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_ckd/toc.htm
- BRUNNER LS, SUDDARTH DS. *Enfermagem médico cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- LESSA I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1998.
- ROMÃO-JUNIOR JE. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *JBN*. 2004;26(3):26-31.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN) [INTERNET]. Censo de 2009. [citado 2011 jun. 28]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/index.php?censos>
- SESSO RCC, LOPES AA, THOMÉ FS, ROMÃO, LUGON RJ, BURDMANN EA. Censo Brasileiro de Diálise. *J Bras Nefrologia*. 2010;32(4):380-4.
- SOCIEDADE DE NEFROLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (SONESP) [INTERNET]. Doença renal crônica atinge 12 milhões no Brasil. [citado 2011 Jun. 28]. Disponível em: <http://sonesp.org.br/site/?p=237p>
- BATISTA KT, LEITE JMS, OLIVEIRA VP, SEIDT EMF. Atenção à saúde na insuficiência renal crônica terminal: análise à luz da bioética da proteção. *Com Ciênc Saúde*. 2007;18(4):279-88.
- CENTANARO GA. A intervenção no serviço social ao paciente renal crônico e família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl.1):1881-5
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: gestão participativa: co-gestão*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- GARRAFA V, PESSINI L, ORG. *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS 196/96. Estabelece as normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2000.
- BREGMAN R. Avaliação de pacientes com doença renal crônica em tratamento especializado por equipe multidisciplinar. *JBN*. 2006;28(3):33-5.
- MENDONÇA RR, LIMA LR. Perfil epidemiológico do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico. *Interseção*. 2008;2(2):29-6.
- KUSOMOTA L, MARQUES S, HAAS VJ, RODRIGUES RAP. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul Enferm*. 2008;21:152-9.
- GODINHO TM, LIRA TG, BRAGA PS, ALVES JA, KRAYCETE AC, QUEIROZ RA ET. al. Perfil do paciente que inicia hemodiálise de manutenção em hospital público em Salvador Bahia. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 2006;28(2):96-103.
- LARA EA, SARQUIS LMM [INTERNET]. O paciente renal crônico e sua relação com o trabalho. [citado 2010 maio 05]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1721/1429>

23. CASTRO M, CAIUBY AVS, DRAIBE SA, CANZIANI MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(3):245-9.
24. HANSBERRY MR, WHITTIER WL, KRAUSE MW. The elderly patient with chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2005;12(1):71-7.
25. STEVENS LA, VISWANATHAN G, WEINER DE. Chronic disease and-stage disease in the elderly population: current prevalence, future projections, and clinical significance. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2010;17(4):293-301.
26. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) [INTERNET]. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. 2008. [citado 2011 jun. 28]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/panorama.pdf>
27. CORDEIRO JABL, BRASIL VV, SILVA AMTC, OLIVEIRA LMAC, ZATTA LT, SILVA ACM [INTERNET]. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2009;11(4):785-93. [citado 2011 jun 28]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a03.pdf>
28. YOUNG EW, MAUGER EA, JIANG KH, PORT FK, WOLF RA. Socioeconomic status and end-stage renal disease in the United States. *Kidney Int.* 1994;45:907-11,
29. MERKIN SS, CORESH J, ROUX AV, TAYLOR HA, POWE NR. Area, socioeconomic status and progressive CKD: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Am J Kidney Dis.* 2005;46:203-13.
30. MARTINS MRI, CESARINO CB QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2005;13(5):670-6.
31. MARINHO RF, SANTOS NO, PEDROSA AF [INTERNET]. Crenças relacionadas ao processo de adoecimento e cura em pacientes renais crônicos. [citado 2011 jun 28]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/40098082/CRENCAS-RELACIONADAS-AO-PROCESSO-DE-ADOECIMENTO-E-CURA-EM-PACIENTES-RENAIS-CRONICOS>
32. ZAMBONATO TK, THOMÉ FS, GONÇALVES LFS. Perfil socioeconômico dos pacientes com Doença Renal Crônica em Diálise na Região Noroeste do Rio Grande do Sul. *JBN.* 2008;30(3):192-9.
33. BARBOSA JB, SILVA AAM, SANTO AM, MONTEIRO JÚNIOR FC, BARBOSA MM, FIGUEIREDO-NETO JA ET AL. Prevalência arterial em adultos e fatores associados em São Luís-MA. *Arq Bras Cardiol.* 2008;91(4):260-6
34. KIRSZTAJN GM. Campanha Nacional de Prevenção de Doenças Renais. [cited 2008 Oct. 25]. Disponível em: <http://www.hipertensaonagravidez.unifesp.br/campanha.htm>
35. BARSOUM R. Chronic kidney disease in the developing world. *N Engl J Med.* 2006;354(10):997-9
36. PASSOS VMA, ASSIS TD, BARRETO SM. Prevalência da hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde;* 2006;15(1):35-45.
37. CORESH J, SELVIN E, STEVENS LA, MANZI J, KUSEK JW, EGGERS P ET AL. Prevalence of Chronic Kidney Disease in the United States. *JAMA.* 2007;298(17):2038-47.
38. ZOBOLI ELCP [INTERNET]. A bioética e atenção primária de saúde: um estudo descritivo com enfermeiros e médicos do programa de saúde da família. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003. [citado 2011 jun. 28]. Disponível em: <http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/TeseElmaLourdes.pdf>
39. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007.
40. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica. Resolução nº 1931, de 24 de setembro de 2009. Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009; Seção I; p.173.
41. FRÁGUAS G, SOARES SM, SILVA PAB. A família no cuidado ao portador de nefropatia diabética. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008;12(2):271-7.
42. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.
43. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS [INTERNET]. Minas inova e garante melhor sistema de transporte em saúde a pacientes no Estado. [citado 2010 abr 15]; Available from: http://www.saude.mg.gov.br/noticias_e_eventos

Recebido em: 03/09/2010
Aprovado em: 13/04/2011