

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA A INDIVÍDUOS EM HEMODIÁLISE E SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA

Resumo

Objetivo: verificar a assistência prestada aos indivíduos acometidos por insuficiência renal crônica em um centro de hemodiálise e identificar fatores associados. **Métodos:** estudo epidemiológico descritivo de corte transversal, realizado em uma clínica satélite de hemodiálise no município de Guanambi-BA. Para tanto foram utilizados como instrumento de coleta de dados o *KDOQOL SF 1.3* e um formulário sócio demográfico.

Resultados: Quanto a avaliação da qualidade da assistência do serviço, 77,5% dos pacientes não foram orientados quanto a outras modalidades dialíticas, 96,7% nunca efetuaram pagamento direto para realizar a hemodiálise, 100% foram acompanhados pela equipe multidisciplinar, 87,4% recebem aporte nutricional, 19,2% recebem BPC e 75,5% têm sua ida financiada pelo recurso do Tratamento Fora de Domicílio. A qualidade de vida dos indivíduos admitidos em caráter de emergência foi reduzida em todos os domínios. **Conclusão:** O presente estudo evidenciou a desinformação no que concerne a escolha da modalidade dialítica pelo cliente, sendo essa realizada pelo médico nefrologista, cerceando o direito do mesmo do cliente. E, apesar dos clientes serem acompanhados pela equipe multidisciplinar, que contém o assistente social, grande parte dos clientes, tinha indicação porém, não recebiam o Benefício de Prestação Continuada.

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

ASSESSMENT OF ASSISTANCE TO INDIVIDUALS IN HEMODIALYSIS AND ITS INFLUENCE ON QUALITY OF LIFE

Abstract

Objective: to verify the care given to individuals affected by chronic renal failure in a hemodialysis center and to identify associated factors. **Methods:** This is a cross-sectional descriptive epidemiological study conducted in a satellite clinic of hemodialysis in the municipality of Guanambi-BA. For that, *KDOQOL SF 1.3* and a socio-demographic form were used as data collection instrument. **Results:** Regarding the assessment of the quality of service assistance, 77.5% of the patients were not instructed about other dialysis modalities, 96.7% made direct payments to undergo hemodialysis, 100% were monitored by the multidisciplinary team, 87.4% presented nutritional contribution, 19.2% bring BPC and 75.5% have their financial outflow

through the Treatment Outside the Home. The quality of life of domains admitted on an emergency basis was reduced in all domains. **Conclusion:** The present study showed the lack of information regarding the choice of the dialysis modality by the client, which was performed by the nephrologist, restricting the client's right. And, although the clients are accompanied by the multidisciplinary team, which contains the social worker, most of the clients had an indication, however, they did not receive the Continuous Benefit.

Keyword: Chronic Renal Disease; Hemodialysis; Evaluation.

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

Os serviços de HD têm aumentado no país, em 2002, existiam cadastrados na Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), 561 centros, atendendo cerca de 54.523 pacientes. Já no ano de 2013, o número de centros registrados na SBN aumentou para

658 unidades, aumento real de 17,2% e, atualmente existem 672 estabelecimentos de HD ⁷.

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

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

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

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, de corte transversal, realizado em uma clínica satélite de hemodiálise localizada no município de Guanambi-BA que abarca uma demanda aproximada de 180 pacientes da região do Alto Sertão Produtivo do estado da Bahia.

Os participantes do estudo foram indivíduos com diagnóstico de DRC que realizam hemodiálise, clinicamente estáveis e sem nenhuma restrição de contato. Foram excluídos os indivíduos que obtiveram pontuação inferior ao corte no Mini Exame do Estado Mental (MEEN). Sendo assim, participaram do estudo 151 clientes.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEN) visa a avaliação das funções cognitivas do indivíduo sendo embasado nos domínios orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. A pontuação máxima a ser alcançada é de 30 pontos, sendo os pontos de corte para analfabetos, baixa/média escolaridade e alta escolaridade, respectivamente 13, 18 e 26 pontos ¹².

Para a coleta foi utilizado um formulário dividido em três blocos, sendo o primeiro sociodemográfico, o segundo um formulário acerca da qualidade assistência da

equipe de saúde e o último o *Kidney Disease Quality of Life Instrument SF 1.3 (KDOQOL-SF)*.

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

O KDQOL-SF 1.3 ¹⁰ é um questionário de avaliação da qualidade de vida (QV) dos indivíduos acometidos pela DRC, sendo dividido em medidas genéricas e específicas. Eixo genérico são questões baseadas no instrumento de QV SF-36 ¹¹.

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

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

Visando uma descrição mais precisa das variáveis optou-se pela apresentação dos resultados de acordo com o tipo de admissão no serviço de HD. O processo de admissão do cliente na TRS pode ser dividida em programada, quando ocorre o diagnóstico prévio e estadiamento da lesão a partir do cálculo da taxa de filtrado glomerular (TFG), sendo esse classificado de estágio 1 ao 5, na qual 1 indica lesão branda, potencialmente tratável e estágio 5, que culmina com a falência da função renal, e a admissão de emergência, que acontece de forma súbita sem relato clínico prévio de qualquer queixa associada com a progressão da lesão renal ¹³.

Assim, os resultados foram apresentados por meio da distribuição de frequências (relativas e absolutas) para as variáveis categóricas (sociodemográficas/econômicas e clínicas) e, dada a não normalidade dos dados atestada pelo teste de *Kolmogorov-*

Smirnov, para as contínuas (dimensões genéricas e específicas de QV) utilizou-se medianas e intervalos interquartil.

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

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

RESULTADOS

A média de idade dos indivíduos foi de 54,5 anos, variando de 21 a 89 anos. Quanto às características sociodemográficas, prevaleceram indivíduos do sexo masculino (72,8%), raça/cor parda (52,3%), com escolaridade de quatro a oito anos de estudo (33,8%) e sem exercício de atividade remunerada (84,1%). A mediana da renda familiar foi de R\$ 1.525,0, variando de R\$ 200,0 à R\$ 14.800,0. Quanto a forma de entrada no serviço 60,3% deram entrada por emergência, a tabela 1 a seguir sumariza as características de acordo com o tipo de admissão.

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

	Programada (n=60)		Emergência (n=91)	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	42	70,0	68	74,7
Feminino	18	30,0	23	25,3
Cor				
Branco	10	16,7	16	17,6
Amarelo	3	5,0	4	4,4
Pardo	32	53,3	47	51,6
Indígena	0	0,0	3	3,3
Preto	15	25,0	17	18,7
Não Sabe	0	0,0	4	4,4
Escolaridade				

Analfabeto	14	23,7	21	23,1
0-3 anos	8	13,6	15	16,4
4-8anos	25	42,4	26	28,6
+ de 8 anos	12	20,3	29	31,9
Atividade Remunerada				
Sim	10	16,7	14	15,4
Não	50	83,3	77	84,6
Religião				
Católico	49	81,7	68	74,7
Não Católico	11	18,3	22	24,2
Não Sabe	0	0,0	1	1,1

Quanto a avaliação da qualidade da assistência do serviço, 77,5% dos pacientes não foram orientados quanto a outras modalidades dialíticas, 96,7% nunca efetuaram pagamento direto para realizar a hemodiálise, 100% foram acompanhados pela equipe multidisciplinar, 87,4% recebem aporte nutricional, 19,2% recebem BPC e 75,5% têm sua ida financiada pelo recurso do Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Levando-se em consideração a estratificação de variáveis aqui adotada (i.e. tipo de admissão), a tabela 2 apresenta a distribuição das variáveis supracitadas.

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

	Programada		Emergência	
	(n=60)		(n=91)	
	n	%	n	%
Orientação quanto as modalidades dialíticas				
Sim	14	23,3	16	17,6
Não	44	73,3	73	80,2
Não sabe	2	3,3	2	2,2
Já pagou para dialisar				
Sim	2	3,3	2	2,6
Não	58	96,7	73	96,7
Não Sabe	0	0	1	0,7

Acompanhamento multidisciplinar*	pela	equipe				
Sim			60	100,0	91	100,0
Oferta de aporte nutricional						
Sim			54	90,0	78	85,7
Não			6	10,0	13	14,3
Financiamento o transporte						
Recursos do TFD			44	73,3	70	76,9
Recursos Próprios			15	25,0	20	22,0
Não sabe			1	1,7	0	0,0
Não respondeu			0	0,0	1	1,1

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

De acordo com os resultados obtidos no *KDOQOL SF 1.3*, observou-se a mediana mais elevada da QV de 100,0 nos domínios “apoio da equipe” (IQ 87,5-100,0) e “suporte social” (IQ 66,6-100,0). Os escores mais baixos de 0,0 (zero) foram evidenciados nos domínios “status de trabalho” (IQ 0,0-100,0) e “funcionamento do físico” (IQ 0,0-100,0). Já as medianas dos componentes físico (CFS), mentais (CMS) e de doença renal sumarizados (CDRS) foram, respectivamente, 51,2 (IQ 33,8-63,8), 62,9 (IQ 48,4-83,4) e 71,8 (IQ 63,9-79,6).

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

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

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

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

	Programada		Emergência		P
	Med	IQ	Med	IQ	
Sintomas	85,4	72,9-93,7	83,3	62,5-93,7	0,298
Efeitos da DRC	78,1	62,5-87,5	71,8	53,1-87,5	0,245
Carga	47,5	25,0-56,2	40,6	25,0-56,2	0,534
Status Trabalho	0,0	0,0-50,0	0,0	0,0-50,0	0,519
Função Cognitiva	93,3	73,3-100,0	40,6	25,0-56,2	0,534
Interação Social	93,3	80,0-100,0	93,3	80,0-100,0	0,308
Função Sexual	99,0	93,2-100,0	99,0	87,5-100,0	0,931
Sono	77,5	60,0-95,0	82,5	62,5-95,0	0,721
Suporte Social	100,0	83,8-100,0	100,0	66,5-100,0	0,041*
Apoio da equipe	100,0	81,2-100,0	100,0	87,5-100,0	0,094
Satisfação	66,6	66,6-100,0	66,6	66,6-100,0	0,590
Função Física	50,0	25,0-80,0	65,0	40,0-85,0	0,143
Funcionamento do Físico	25,0	0,0-50,0	0,0	0,0-50,0	0,557
Dor	65,5	47,0-100,0	75,0	32,5-100,0	0,862
Saúde Geral	50,0	37,5- 55,0	50,0	40,0-60,0	0,105
Bem-Estar	84,0	66,0- 92,0	76,0	56,0-84,0	0,045*
Função Emocional	33,3	0,0-100,0	33,3	0,0-100,0	0,086
Função Social	87,5	68,7-100,0	87,5	62,5-100,0	0,251
Energia	65,0	50,0- 82,5	67,5	50,0-80,0	0,800

* diferença estatisticamente significante

DISCUSSÃO

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

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

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

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

O presente estudo aponta que a DRC foi mais prevalente no sexo masculino corroborado com outros estudos, que aponta uma prevalência para o sexo ^{7,18,19}; bem como com revisão de literatura que apontou variação da prevalência nos sexo masculino entre 51%-77% ²⁰. Esse fato pode ser percebido a partir da premissa de que os homens rejeitam a possibilidade de adoecer, possivelmente por dificuldade em reconhecer suas necessidades de saúde e adequar-se as práticas preventivas de saúde. Em consequência, apresentam morbimortalidade maior e menor expectativa de vida quando comparados às mulheres ²¹⁻²³ o que vem a destacar a sua prevalência quando discutida a DRC.

A DRC induz o indivíduo a uma mudança intensa no seus hábitos e rotina de vida o que pode gerar limitações de ordem física, social e emocional, com sérias repercussões na vida do paciente e de sua família. Em grande parte das vezes a rotina do cliente com DRC é restrita a consultas médicas, sessões de HD, dietas especiais e execução de atividades pouco significativas ²⁴. Condizente a tais alterações da vida e rotina social, o presente estudo aponta que os indivíduos avaliados não realizam atividades remuneradas.

Toda essa carga de alterações impacta diretamente na possibilidade do mesmo desenvolver alguma atividade remunerada, como apontado anteriormente, fazendo com o que o mesmo venha a recorrer a benefícios sociais garantidos pelo governo através de políticas sociais ²⁴. Assim, o apoio prestado aos pacientes que fazem uso da hemodiálise transcende os aspectos assistenciais atingindo os previdenciários.

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

Outro aspecto evidenciado na pesquisa que impacta na progressão, sobrevida e qualidade de vida é a modalidade dialítica empregada no tratamento de cada cliente. O presente estudo evidenciou que de 77,5% não foram informados sobre a existência de outras modalidades dialíticas. Esse achado relaciona-se com os 60,3% dos participantes que foram admitidos pela emergência, ou seja, tardiamente, o que resulta maior utilização de cateter venoso central, maior risco de mortalidade e, como evidenciado, menor possibilidade de escolha do método de diálise ²⁶.

O não planejamento do início da diálise implica ausência de informações para o paciente bem como as orientações acerca das possibilidades disponíveis na TRS. O Brasil apresenta uma característica quanto a opção da modalidade dialítica uma vez que, predominantemente é escolhida pelo médico, retirando assim, a autonomia do paciente em escolher a forma de tratamento que mais lhe adequaria. A prevalência de pacientes em HD é muito superior quando comparado a outras modalidades dialíticas variando de 88,2% nos Estados Unidos ²⁷ a 91% no Brasil ²⁸.

Essa prevalência é alvo de estudos, que apontam como uma das principais causas o encaminhamento tardio para a avaliação com o nefrologista, fazendo com que não exista um período de orientação e preparo do paciente para a escolha da modalidade dialítica, sendo esses fadados a iniciarem a TRS através da HD. O encaminhamento precoce ao nefrologista permite um tempo oportuno para iniciação da diálise, redução de custos e menor taxa de mortalidade. Também educa o paciente sobre as modalidades, permitindo melhor capacitá-lo na decisão pela terapia renal substitutiva ²⁹⁻³³.

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

Indivíduos em HD apresentaram, conforme evidenciado, prejuízo no desenvolvimento de atividades básicas, além de lazer, trabalho e convívio social,

deteriorando a qualidade de vida. No presente estudo, os pacientes admitidos em emergência apresentaram maior comprometimento do estado de saúde evidenciado pela pontuação baixa nos escores de qualidade de vida. Este fato ressalta a importância da adoção de alternativas, para que estes pacientes possam melhorar a qualidade de vida desde o momento do diagnóstico de DRC, em que ainda não é necessária a intervenção hemodialítica ²⁰.

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

Quando o paciente é admitido na HD em caráter de emergência, ocorre uma interrupção súbita das suas atividades laborais e sociais o que faz com que, seja necessária uma nova rotina de vida e de trabalho, adaptando-se a nova condição de vida. Essa adaptação não é requerida apenas pelo paciente, mas também por todos indivíduos a sua volta e a sociedade como um todo, porém, essa adaptação é construída com o tempo, com as experiências adquiridas no dia a dia, o que faz com que o paciente fique desassistido socialmente por um tempo até que a sua estrutura social esteja preparada para receber o indivíduo em sua nova condição ^{36,37}. Alguns estudo apresentam a relação inversa entre suporte social e adesão a HD ^{38,39}. Nesse intento devido esse impacto o suporte social requerido fica fragilizada a sua qualidade de vida ^{36,40}.

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

REFERÊNCIAS

1. Romão Junior JE. Doença renal crônica: definição epidemiologia e classificação. J bras nefrol. 2004;3(Supl 1).
2. Peres LAB, Biela R, Herrmann M, Matsuo T, Ann HK, Camargo MTA, et al. Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no oeste do Paraná: uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. J Bras Nefrol. 2010 Mar;32(1):51–6.
3. Sesso R, Gordan P. Dados disponíveis sobre a doença renal crônica no Brasil. J bras nefrol. 2007;29(Supl 1):9–12.

4. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*. 2013 Jul;382(9888):260–72.
5. Silva G da. Avaliação dos gastos realizados pelo Ministério da Saúde com medicamentos de alto custo utilizados no tratamento da drc por pacientes do SUS no Estado de Minas. Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
6. Moura L de, Schmidt MI, Duncan BB, Rosa R dos S, Malta DC, Stevens A, et al. Monitoramento da doença renal crônica terminal pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - Apac - Brasil, 2000 a 2006. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2009 Jun;18(2):121–31.
7. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Santos DR dos. Brazilian Chronic Dialysis Survey 2013 - Trend analysis between 2011 and 2013. *J Bras Nefrol*. 2014;36(4):476–81.
8. Brasil M da S. RDC nº 11 de 13 de março de 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
9. Rodrigues TA, Botti NCL. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(spe1):528–30.
10. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOLTM) Instrument. *Qual Life Res*. 1994 Oct;3(5):329–38.
11. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473–83.
12. Hays R, Amin N, Leplege A, Carter W. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), Version 1.2. A Manual for Use and Scoring (French Questionnaire, France). Santa Monica (CA): RAND; 1997. p. 68.
13. Spanaus K-S, Kollerits B, Ritz E, Hersberger M, Kronenberg F, Von Eckardstein A. Creatinina sérica, cistatina C e proteína β -traço no estadiamento diagnóstico e na predição da progressão da doença renal crônica não diabética. *J Bras Patol e Med Lab*. 2011;47(1):13–23.
14. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Watanabe Y, dos Santos DR. Report of the Brazilian Chronic Dialysis Census 2012. *J Bras Nefrol*. 2014;36(1):48–53.
15. Hamer RA. The burden of chronic kidney disease. *BMJ*. 2006 Mar 11;332(7541):563–4.
16. Chen C, Tsai Y, Hsu H, Wu I, Sun C, Chou C, et al. Depression and Suicide Risk in Hemodialysis Patients With Chronic Renal Failure. *Psychosomatics*. 2010 Nov 1;51(6):528–528.e6.
17. Johansen KL, Chertow GM, Kutner NG, Dalrymple LS, Grimes BA, Kaysen GA. Low level of self-reported physical activity in ambulatory patients new to

dialysis. *Kidney Int.* 2010 Dec;78(11):1164–70.

18. Cherchiglia ML, Machado EL, Szuster DAC, Andrade EIG, Acúrcio F de A, Caiaffa WT, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000–2004. *Rev Saude Publica.* 2010 Aug;44(4):639–49.
19. Moura L de, Andrade SSC de A, Malta DC, Pereira CA, Passos JEF. Prevalência de autorrelato de diagnóstico médico de doença renal crônica no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2015 Dec;18:181–91.
20. Elihimas Júnior UF, Elihimas HC dos S, Lemos VM, Leão M de A, Sá MPB de O, França EET de, et al. Smoking as risk factor for chronic kidney disease: systematic review. *J Bras Nefrol.* 2014;36(4):519–28.
21. Hallan SI, Orth SR. Smoking is a risk factor in the progression to kidney failure. *Kidney Int.* 2011 Sep;80(5):516–23.
22. Lash JP, Go AS, Appel LJ, He J, Ojo A, Rahman M, et al. Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) Study: Baseline Characteristics and Associations with Kidney Function. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009 Aug 1;4(8):1302–11.
23. Míguez-Burbano MJ, Wyatt C, Lewis JE, Rodríguez A, Duncan R. Ignoring the Obvious Missing Piece of Chronic Kidney Disease in HIV: Cigarette Smoking. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2010 Jan;21(1):16–24.
24. Carreira L, Marcon SS. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2003 Dec;11(6):823–31.
25. Brasil M da casa civil. LEI N° 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993. Brasília: Governo Federal; 1994.
26. Jager KJ, Korevaar JC, Dekker FW, Krediet RT, Boeschoten EW, Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis (NECOSAD) Study Group. The effect of contraindications and patient preference on dialysis modality selection in ESRD patients in The Netherlands. *Am J Kidney Dis.* 2004 May;43(5):891–9.
27. NIH NI of D and D and KD. *Kidney Disease Statistics for the United States.* 2016.
28. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian Chronic Dialysis Census 2014. *J Bras Nefrol.* 2016;38(1).
29. Jung B, Blake PG, Mehta RL, Mendelssohn DC. Attitudes of Canadian nephrologists toward dialysis modality selection. *Perit Dial Int.* 1999;19(3):263–8.
30. Lee A, Gudex C, Povlsen J V., Bonnevie B, Nielsen CP. Patients' views regarding choice of dialysis modality. *Nephrol Dial Transplant.* 2008 Jul 16;23(12):3953–9.

31. Rocha PN, Sallenave M, Casqueiro V, Campelo Neto B, Presídio S. Motivo de “escolha” de diálise peritoneal: exaustão de acesso vascular para hemodiálise? *J Bras Nefrol*. 2010 Mar;32(1):23–8.
32. Little J, Irwin A, Marshall T, Rayner H, Smith S. Predicting a patient’s choice of dialysis modality: experience in a United Kingdom renal department. *Am J Kidney Dis*. 2001 May;37(5):981–6.
33. Diaz-Buxo JA. Early referral and selection of peritoneal dialysis as a treatment modality. *Nephrol Dial Transplant*. 2000 Feb;15(2):147–9.
34. Golper T. Patient education: can it maximize the success of therapy? *Nephrol Dial Transplant*. 2001;16 Suppl 7:20–4.
35. Prichard SS. Treatment modality selection in 150 consecutive patients starting ESRD therapy. *Perit Dial Int*. 1996;16(1):69–72.
36. Rocha R de PF. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado visando a qualidade de vida de clientes em terapia de hemodiálise. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
37. Bezerra KV, Santos JLF, Santos JLF. Daily life of patients with chronic renal failure receiving hemodialysis treatment. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(4):686–91.
38. Guerra-Guerrero V, Sanhueza-Alvarado O, Cáceres-Espina M. Quality of life in people with chronic hemodialysis: association with sociodemographic, medical-clinical and laboratory variables. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(5):838–46.
39. Mendonça D de P. De Vida Dos Portadores De Insuficiência Renal Crônica Em Tratamento De Hemodiálise. Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2007.
40. Pacheco G, Santos I. Cuidar de cliente em tratamento conservador para doença renal crônica: apropriação da teoria de Orem. *Rev enferm UERJ*. 2005;13(2):257–62.
41. Grasselli C, Chaves E, Simão T, Botelho P. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Clin*. 2012;10(6):503–7.
42. Rocha R, Santos I dos. Necessidades de autocuidado entre clientes com doença renal crônica: revisão integrativa de literatura. *Rev Pesqui Cuid é*. 2009;1(2):423–33.
43. Lopes JM, Fukushima RLM, Inouye K, Pavarini SCI, Orlandi F de S. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. *Acta Paul Enferm*. 2014 Jul;27(3):230–6.
44. Ferreira RC, Silva Filho CR da. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. *J Bras Nefrol*. 2011 Jun;33(2):129–35.