

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

THIAGO CROCE DE BRITO RESENDE

**POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO DIALÍTICO E OS FATORES ASSOCIADOS À
CONFEÇÃO TARDIA DAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS**

VITÓRIA - ES

2021

THIAGO CROCE DE BRITO RESENDE

**POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO DIALÍTICO E OS FATORES ASSOCIADOS À
CONFECÇÃO TARDIA DAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva

Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA - ES

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

R433p Resende, Thiago Croce de Brito
Políticas de atenção ao dialítico e os fatores associados à
confeção tardia das fístulas arteriovenosas / Thiago Croce de
Brito Resende. - 2021.
56 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Insuficiência renal crônica. 2. Diálise renal. 3. Fístula
arteriovenosa. 4. Política de saúde. I. Silva, Valmin Ramos da. II.
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 616.614

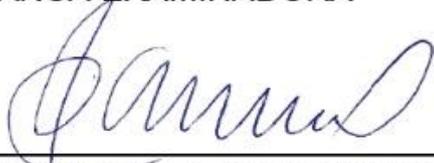
THIAGO CROCE DE BRITO RESENDE

**POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO DIALÍTICO E OS FATORES
ASSOCIADOS À CONFECÇÃO TARDIA DAS FÍSTULAS
ARTERIOVENOSAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 19 de março de 2021.

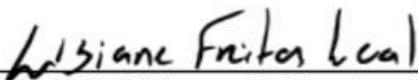
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientador



Prof^a. Dr^a. Gissele Carraro
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM



Prof^a. Dr^a. Lisiane Freitas Leal
MCGILL UNIVERSITY MONTREAL

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado saúde e forças para conseguir concluir o mestrado.

À minha esposa. Sem ela nada seria possível. Jamais esquecerei o seu incentivo em todos os momentos, com palavras e atitudes, sendo o alicerce da nossa família e a quem dedico grande parte da conclusão do mestrado. Aos meus filhos, que trouxeram a alegria necessária para seguir em frente nos estudos e me fazem querer ser uma pessoa melhor.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional durante toda a minha formação acadêmica, por terem me proporcionado o maior bem que o ser humano pode ter: a educação.

Ao Dr. Michel Assbu e ao Dr. Nilo Rezende que, além de me inspirarem como grandes clínicos e educadores, me incentivaram a seguir na vida acadêmica.

Ao meu orientador, Professor Doutor Valmin Ramos da Silva, que fez parte da minha formação na graduação de Medicina na disciplina de Pediatria e, agora, como orientador, contribuiu enormemente na minha formação pessoal e acadêmica, com seus ensinamentos, orientações e paciência, conseguindo me guiar ao longo de todo o processo e me proporcionar essa enorme vitória.

À Professora Gissele Carraro, que fez parte da banca examinadora desde a qualificação, por ter sido exemplar em suas colocações, as quais, sem dúvida, contribuíram consideravelmente para a fundamentação da minha dissertação.

À Professora Lisiane Leal, extremamente solícita, e que, mesmo a distância, aceitou fazer parte da banca examinadora, contribuindo essencialmente para a conclusão deste projeto.

Por fim, agradeço a todos os pacientes das clínicas de hemodiálise onde o estudo foi realizado, cujas queixas e dificuldades foram importantes para a realização do trabalho, e a todos os profissionais do IDR-Vitória e IDR-Serra, que desempenham com paixão a atenção da saúde ao renal crônico e, de fato, levam em conta o lema das clínicas: “A nossa atenção vai além da diálise”.

RESUMO

Introdução: A doença renal crônica (DRC) é definida como a diminuição da função renal, de caráter irreversível e progressivo. Representa um grave problema de saúde pública, com importantes repercussões clínicas, econômicas e sociais ao indivíduo e à sua família. As fístulas arteriovenosas (FAVs) são essenciais para o tratamento hemodialítico, melhoram a qualidade de vida, com redução de complicações clínicas, sociais e da mortalidade. Políticas de saúde devem garantir os cuidados aos renais crônicos. **Objetivo:** Caracterizar o doente com DRC e avaliar o tempo de demora na confecção das fístulas arteriovenosas do indivíduo renal crônico. **Metodologia:** Estudo descritivo, observacional, retrospectivo, de corte transversal, de abordagem quantitativa, realizado em duas clínicas de hemodiálise, com avaliação de variáveis em uma amostra de indivíduos com doença renal crônica hemodialítica do SUS, que tiveram acesso tardio à confecção da fístula arteriovenosa, atendidos no período de agosto de 2016 a agosto de 2019. Foram incluídos todos os usuários admitidos nas clínicas e excluídos aqueles admitidos para hemodiálise em trânsito, que evoluíram para o óbito ou com informações incompletas em relação a data e local de confecção do acesso vascular definitivo. A análise dos dados foi feita por meio do Software R (versão 3.5.2). O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, sob o Parecer nº 16090819.2.0000.5065. **Resultado:** As principais características da população estudada foram de idosos, sexo masculino, casados/união estável, indivíduos não brancos e aposentados. Hipertensão arterial sistêmica foi a doença de base mais prevalente. A principal origem foi a hospitalar, cateter foi o principal acesso vascular na admissão e o tempo de confecção das FAVs foi inadequado. **Conclusão:** A população avaliada se caracterizou por ser idosa, do sexo masculino, casada/união estável, não branca e de aposentados. Hipertensão arterial sistêmica foi a doença de base mais prevalente. O tempo para confecção do acesso definitivo foi maior do que o definido na legislação.

Palavras-Chave: Insuficiência renal crônica. Diálise renal. Fístula arteriovenosa. Política de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) is defined as impaired renal function, which is irreversible and progressive. It represents a serious public health problem, with important clinical, economic and social repercussions for the individual and his family. Arteriovenous fistulas (AVFs) are essential for hemodialysis treatment, they improve quality of life, with a reduction in clinical, social complications and mortality. Health policies must guarantee care for chronic kidney patients. **Objective:** To characterize the patient with CKD and the late creation of AVFs on CKD individual's life. **Methodology:** Observational, retrospective, cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach carried out in two hemodialysis clinics, with the evaluation of variables in a sample of individuals with chronic hemodialysis kidney disease from the Brazilian Public Health System, who had late access to AVFs, admitted from August 2016 to August 2019. All users admitted in dialysis centers were included and users admitted due to transit hemodialysis were excluded, who evolved to death or with incomplete information regarding the date and place of making the definitive vascular access. Data analysis was performed using software R (version 3.5.2), available for free at <https://cran.r-project.org/bin/windows/base/old/3.5.2/>. The project was approved by the research ethics committee. **Result:** The main characteristics of the studied population were elderly, male, married / stable union, non-white and retired individuals. Systemic arterial hypertension was the most prevalent underlying disease. The main origin was a hospital, the catheter was the main vascular access at admission and the time for create the AVFs was inadequate. **Conclusion:** The evaluated population was characterized by being elderly, male, married/stable union, non-white, and retired. Systemic arterial hypertension was the most prevalent underlying disease. The time for making the definitive access was longer than that defined in the legislation.

Keywords: Chronic renal failure. Renal dialysis. Arteriovenous fistula. Health policy.

LISTA DE SIGLAS

CIAS	Complexo Integrado de Atenção à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
FAV	Fístula Arteriovenosa
FAVs	Fístulas Arteriovenosas
FFBI	Fistula First Breakthrough Initiative
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HEC	Hospital Estadual Central
HEDS	Hospital Estadual Doutor Dório Silva
HEJSN	Hospital Estadual Jayme dos Santos Neves
HIV	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana
HSCMV	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes
HVV	Hospital Vila Velha
ICR	Instituto Capixaba do Rim
IDR	Instituto de Doenças Renais
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
SUS	Sistema Único de Saúde
VAH	Vitória Apart Hospital

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 JUSTIFICATIVA	12
1.2 ESTRUTURA GERAL DO DOCUMENTO	13
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
4 REVISÃO DA LITERATURA	18
4.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA E IMPLICAÇÕES SOCIAIS PARA OS PACIENTES	18
4.2 CONFECÇÃO DA FÍSTULA ARTERIOVENOSA E SUAS COMPLICAÇÕES	21
4.3 POLÍTICA PARA A CONFECÇÃO DA FÍSTULA ARTERIOVENOSA E A INTEGRALIDADE DO CUIDADO AO RENAL CRÔNICO	24
4.4 INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM PACIENTES RENAI CRÔNICOS EM TRATAMENTO CONSERVADOR E EM TERAPIA HEMODIALÍTICA	26
5 RESULTADOS	31
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE	31
5.2 AVALIAÇÃO DOS ACESSOS VASCULARES NA GRANDE VITÓRIA E CONFECÇÃO DE FAV	33
6 DISCUSSÃO	37
7 CONCLUSÃO	44
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
APÊNDICES	52
APÊNDICE A – Carta de Anuência Instituto Capixaba do Rim	52
APÊNDICE B – Carta de Anuência Instituto de Doenças Renais	53
ANEXOS	54
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP	54
ANEXO B – Termo de Compromisso	55

1 INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é definida como a diminuição da função renal, determinada quando a taxa de filtração glomerular (TFG) atinge valores abaixo de 60ml/min por 1,73m² ou quando há a presença de marcadores de lesão renal (albuminúria, constatada pela relação albumina: creatinina urinária maior ou igual a 30mg/g, anormalidades no sedimento urinário, distúrbios eletrolíticos ou outros oriundos de lesão tubular, anormalidades na histologia, anormalidades estruturais detectadas por métodos de imagem e história de transplante renal). A presença por pelo menos três meses de um, ou ambos os fatores, define a DRC (WEBSTER *et al.*, 2017).

A DRC representa um grande problema de saúde pública associado à mortalidade prematura, com importantes implicações sociais e econômicas, considerando o alto custo financeiro para o diagnóstico e tratamento (PANIAGUA-SIERRA; GALVÁN-PLATA, 2017). Países desenvolvidos gastam de 2 a 3% do orçamento anual com tratamento de DRC, e esse peso é maior nos países mais pobres (LUYCKX; TONELLI; STANIFER, 2018).

Por ser uma doença de caráter progressivo e irreversível, as repercussões na saúde, que acometem a qualidade de vida e, conseqüentemente, a vida social do indivíduo, iniciam-se à medida que a função renal passa a ser menos efetiva, de acordo com o acúmulo de toxinas urêmicas no organismo. O controle da elevação das toxinas, ou a melhora dos seus níveis, podem atenuar a evolução da doença. Quando a TFG atinge valores abaixo de 15ml/min/1,73m² (estágio 5), a doença renal em estágio terminal é estabelecida e as opções de tratamento passam a ser a terapia renal substitutiva (TRS), por meio da diálise (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou transplante renal. À medida que a doença evolui para estágios mais avançados, principalmente os estágios 4 e 5, quando a TFG está abaixo de 30ml/min por 1,73m², deve haver um planejamento de acesso vascular, caso a hemodiálise venha a ser a escolha do paciente como opção para melhorar a sua qualidade de vida (WEBSTER *et al.*, 2017).

O tipo de acesso vascular, no início da hemodiálise, está relacionado ao aumento da mortalidade, principalmente daqueles que iniciaram a terapia com cateteres venosos

centrais, em que quadros infecciosos foram a maior causa de morte, seguida por doença cardiovascular (COENTRÃO *et al.*, 2012).

Idealmente, para a realização da hemodiálise é necessária a criação de um acesso vascular definitivo, através de uma comunicação entre dois vasos sanguíneos, uma artéria e uma veia, dando origem à fístula arteriovenosa (FAV), por meio de procedimento cirúrgico de baixa complexidade, possibilitando o direcionamento de fluxo sanguíneo da artéria para a veia. Tradicionalmente, é mais confeccionada no punho, entre a artéria radial e a veia cefálica (VACHHARAJANI *et al.*, 2016).

A DRC é considerada um fardo por causar impactos diretos e indiretos na morbidade e mortalidade global, ao aumentar os riscos associados a doenças cardiovasculares, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e malária. Estima-se que, 1,2 milhão de mortes, 19 milhões de anos perdidos por incapacidade e 18 milhões de anos perdidos por doenças cardiovasculares foram atribuídas diretamente à DRC. Além disso, houve aumento de 32% na mortalidade pela doença entre 2005 e 2015 (LUYCKX; TONELLI; STANIFER, 2018), sem considerar as repercussões e os prejuízos sociais ao indivíduo e à sua família.

Nos próximos 15 anos, projeções sugerem que mortes pelo HIV irão reduzir e a taxa de morte por DRC continuará aumentando, alcançando um patamar de 14 mortes por 100.000 pessoas em 2030. A incidência e a prevalência da DRC variam globalmente e, apesar de certas limitações de dados, a prevalência é estimada em 11% em países desenvolvidos, como Estados Unidos da América e Austrália (WEBSTER *et al.*, 2017).

No inquérito brasileiro de diálise crônica, realizado em 2016, houve um aumento na incidência de DRC, de tratamento dialítico e de cateter venoso para hemodiálise (SESSO *et al.*, 2017). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) financia 90% do tratamento de pacientes em terapia renal substitutiva e investiu, em 2015, 2 bilhões de reais, o que representou 5% dos gastos do SUS com uma doença em vigente crescimento (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018). A desigualdade social contribui para que, nacionalmente, a doença tenha maior incidência entre os jovens, os mais pobres, aqueles com menor nível de escolaridade, sem companheiro e usuários do SUS, por

longo tempo em hemodiálise, com menor conhecimento das possibilidades terapêuticas e menor acesso ao nefrologista (MARTÍNEZ *et al.*, 2011).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 154/2004, publicada pelo Ministério da Saúde, dispõe que a promoção e manutenção da via de acesso para o procedimento de diálise são de responsabilidade dos serviços de diálise (BRASIL, 2004). Assim, os serviços de hemodiálise, públicos ou conveniados, seriam os responsáveis pelo acesso vascular para o procedimento de hemodiálise. A Portaria nº 389/2014 define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com DRC e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico, incluindo o acesso vascular (BRASIL, 2014).

A Portaria nº 1.675/2018 altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS/2017 e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS/2017, para dispor sobre os critérios para organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com DRC no âmbito do SUS, alterando a responsabilidade do acesso vascular, desobrigando as clínicas de hemodiálise da confecção das fístulas arteriovenosas, passando essa responsabilidade para o Estado (BRASIL, 2018).

A realidade no estado do Espírito Santo, conforme observado no inquérito brasileiro de diálise crônica, confirma a tendência nacional, em que também houve o aumento da incidência de DRC, tratamento dialítico e de cateter venoso para hemodiálise. As portarias publicadas pelo Ministério da Saúde influenciam o governo estadual com a reestruturação das responsabilidades do acesso vascular. Assim, antes de 2018, as clínicas de hemodiálise da Grande Vitória firmaram, junto à Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo (SESA-ES), termos de compromisso, definindo o Hospital Estadual Doutor Dório Silva (HEDS) como referência para a confecção de fístulas arteriovenosas (FAVs) nos pacientes atendidos pelo SUS. Dentre as clínicas, o Instituto de Doenças Renais (IDR), em Vitória - ES, e o Instituto Capixaba do Rim (ICR), no município de Serra - ES, por oferecerem atendimento público e privado, assinaram o referido termo e passaram a encaminhar os pacientes ao respectivo hospital de referência, compromisso mantido até a presente data.

As repercussões das Portarias do Ministério da Saúde contribuíram positivamente para a qualidade de vida dos pacientes ao reconhecer a importância do acesso vascular para o renal crônico, uma vez que, é o garantidor da manutenção da diálise e da vida da pessoa com DRC. Contudo, a organização do Estado, ao assumir a responsabilidade de garantir o acesso definitivo para hemodiálise, é insuficiente. Ao centralizar em apenas um hospital, como foi a escolha pelo HEDS, para a realização das FAVs, observou-se alta demanda, não sendo possível atender adequadamente a todos os usuários do SUS da Grande Vitória em tempo hábil e, assim, aumentando o tempo de utilização de cateteres de curta permanência, levando ao risco inerente desse tipo de acesso, com consequências catastróficas, tanto para o paciente quanto para o Estado, em função do aumento do custo com as complicações.

Diante do exposto, propõe-se o seguinte problema de pesquisa: as políticas de saúde existentes, voltadas para a pessoa com DRC, estão sendo aplicadas a fim de garantir a confecção do acesso definitivo para hemodiálise em tempo adequado?

1.1 JUSTIFICATIVA

Esta dissertação de mestrado está vinculada à área de concentração em Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local, na linha de pesquisa em Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais, do Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Discute as características das pessoas com doença renal crônica, admitidas nas clínicas de hemodiálise, e a confecção tardia do acesso vascular definitivo para hemodiálise, com análise da política atual.

Este estudo se justifica pelo fato de que o acesso vascular adequado e de qualidade é imprescindível para o manejo do doente renal crônico terminal, quando este opta por hemodiálise como terapia renal substitutiva. A doença que continua aumentando em todo o mundo afeta a qualidade de vida dos doentes e tem implicações sociais para o indivíduo e a sua família, além de dificuldades para a gestão do sistema de saúde.

Na prática nefrológica diária, é evidente a alarmante demora na confecção de acesso vascular definitivo vivenciado pelos usuários do SUS, que necessitam de terapia dialítica para sobreviver. É angustiante a percepção de que as complicações, incluindo aquelas fatais, poderiam ser prevenidas se políticas públicas efetivas fossem empregadas em favor desses doentes. Trazer à tona esse tema é uma das maneiras de, talvez, chamar a atenção dos gestores e profissionais da saúde para fortalecer a militância em favor desses doentes, assim como, subsidiar o controle social para essa doença.

1.2 ESTRUTURA GERAL DO DOCUMENTO

Esse trabalho foi estruturado em consonância com o disposto no documento aprovado pelo Colegiado do PPGPPDL da EMESCAM, contendo introdução, objetivo, metodologia, capítulo teórico e elementos pós-textuais, incluindo proposta de sumário preliminar com as seções que irão compor a dissertação, descrito no item sumário.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o doente com DRC e avaliar o tempo de demora na confecção das fístulas arteriovenosas do indivíduo renal crônico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a frequência e as características demográficas e clínicas de pacientes admitidos em clínicas de hemodiálise e seus respectivos acessos vasculares;
- Determinar o tempo de demora de confecção de fístulas arteriovenosas realizadas no Hospital Estadual Doutor Dório Silva;
- Analisar a frequência de pacientes com cateteres para hemodiálise na admissão e o acesso atual, no transcorrer de 3 anos;
- Propor ações que possam contribuir na redução do tempo de confecção de fístulas arteriovenosas.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, de corte transversal, descritivo e de abordagem quantitativa. Este estudo observacional, como mencionado por Cataldo *et al.* (2019), pretende avaliar as variáveis em uma amostra de indivíduos com doença renal crônica, assim como, avaliar o tempo de confecção dos acessos definitivos para hemodiálise, os quais foram, retrospectivamente, atendidos no período de agosto de 2016 a agosto de 2019 nas clínicas de hemodiálise da Região Metropolitana da Grande Vitória. Os acessos definitivos, considerados neste estudo, foram a fístula arteriovenosa e a prótese arteriovenosa.

Por ser um estudo transversal, os dados das variáveis de exposição e desfecho que ocorreram ao mesmo tempo serão utilizados para caracterizar a amostra e fazer possíveis associações, embora nenhuma relação causal possa ser inferida (CATALDO *et al.*, 2019). Além disso, busca indicar a frequência da doença em questão e aprimorar instrumentos de medição para maior confiabilidade do estudo (KESMODEL, 2018).

Anualmente são feitos, nas clínicas onde o estudo foi realizado, cerca de 500 atendimentos a pacientes renais crônicos em terapia renal substitutiva, distribuídos em hemodiálise, diálise peritoneal e transplantados renais, com atendimento público vinculado ao SUS, e privado vinculado a convênios. Oferece atendimento ambulatorial de nefrologia clínica para todas as faixas etárias e assistência médica aos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva da Grande Vitória. Os dois centros de nefrologia contam com uma equipe de funcionários composta por 19 médicos nefrologistas, 11 enfermeiros especialistas e, aproximadamente, 160 colaboradores, entre equipe técnica, administrativa e multidisciplinar, como preconizada na Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018, que dispõe sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com DRC, no âmbito do SUS (BRASIL, 2018).

Foram elegíveis para o estudo todos os pacientes renais crônicos do SUS, admitidos nas clínicas de hemodiálise no período de agosto de 2016 a agosto de 2019. Daqueles

incluídos, excluí-se aqueles pacientes do SUS admitidos em razão de diálise de trânsito, os quais, temporariamente, encontram-se fora do serviço de origem, geralmente oriundos de outra cidade, por período de até 30 dias, os pacientes que evoluíram para óbito, já que o banco de dados utilizado não disponibiliza a causa do falecimento, não sendo possível associar o óbito ao acesso vascular, e aqueles com informações incompletas em relação ao local e data de confecção do acesso definitivo.

As informações foram coletadas dos prontuários disponíveis no sistema eletrônico que faz a gestão dos dois centros de nefrologia (NEFRODATA ®)¹ participantes do estudo. O sistema gera uma tabela no software Excel – Microsoft Office 2010, com as principais variáveis a serem estudadas. Foram obtidas variáveis demográficas, clínicas e sociais a fim de caracterizar a população do estudo. Dentre as variáveis demográficas, foram incluídas: naturalidade, local de origem de tratamento e hospital de origem do paciente. Dentre as variáveis sociais, foram incluídas: idade no início do tratamento dialítico na clínica de hemodiálise, sexo, raça, estado civil e profissão. As variáveis clínicas incluídas foram: tempo de espera para confecção de FAV, doença de base, acesso vascular na admissão na clínica, acesso vascular atual e local de confecção da FAV.

A variável tempo de espera para confecção da FAV foi calculada a partir da diferença entre a data de admissão dos usuários do SUS na clínica de hemodiálise até o dia da confecção do acesso, sendo o resultado obtido em dias. FAVs confeccionadas em um período menor do que 30 dias são consideradas, em relação ao tempo, como satisfatórias, sendo um indicador de qualidade preconizado pelo Ministério da Saúde. FAVs confeccionadas em mais de 30 dias são consideradas insatisfatórias.

Os dados obtidos foram organizados no software Excel – Microsoft Office 2010 – e sofreram tratamento pela estatística descritiva e analítica. As variáveis categóricas foram organizadas por frequências e percentuais, e as numéricas foram apresentadas como média, moda e desvio padrão. Foi conduzido um estudo descritivo, com cálculo

¹ NEFRODATA é um software para gestão de centros de nefrologia, desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, formada por médicos e profissionais técnicos em informática.

de razão de prevalência, comparando características daqueles com FAV confeccionada em tempo satisfatório e insatisfatório, sendo considerado como significativo valor de $p < 0,05$. A análise dos dados foi feita por meio do Software R (versão 3.5.2), disponível gratuitamente pelo link: <https://cran.r-project.org/bin/windows/base/old/3.5.2/>.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), pelo Parecer nº 16090819.2.0000.5065 (ANEXO A), e seguiu todas as determinações contidas na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA E IMPLICAÇÕES SOCIAIS PARA OS PACIENTES

Há escassez de pesquisas que tratam da intervenção social na perspectiva do indivíduo com DRC e seus familiares. O profissional assistente social, membro da equipe multidisciplinar, pode promover orientação e suporte para a adaptação desses doentes, considerando que o impacto da doença crônica possui significado diverso para cada indivíduo, podendo gerar crises, limitações e perdas que poderão influenciar na estrutura familiar. Contribuem ainda, no processo para ampliar a atenção à pessoa doente, e não exclusivamente na sua doença, mas também, nos processos fisiopatológicos do corpo doente, prevenindo novos conflitos e tensões e construindo uma relação interpessoal mais humanizada (CENTENARO, 2010).

Do ponto de vista fisiopatológico, a DRC é um fardo mundialmente conhecido, e corresponde de 1 a 5% de todas as mortes no mundo, ocupando a 14^a posição no ranking da lista de causas mais comuns de morte, com 12,2 mortes por 100.000 pessoas, com projeções, até 2030, de aumento para 14 mortes por 100.000 pessoas (WEBSTER *et al.*, 2017).

Estima-se que 1,2 milhão de mortes, 19 milhões de anos perdidos por incapacidade e 18 milhões de anos perdidos por doenças cardiovasculares foram atribuídas diretamente a redução da taxa de filtração glomerular. Em 2010, aproximadamente 2,3 a 7,1 milhões de pessoas morreram em razão de DRC em estágio terminal sem terem acesso a programas de diálise crônica, isto se dá, provavelmente, como resultado da desigualdade social e do descaso com os menos favorecidos. Pelo fato da limitação na obtenção de dados epidemiológicos, a falta de conhecimento da doença e o pouco acesso a serviços laboratoriais, é provável que os números apresentados subestimam o verdadeiro impacto que a doença renal provoca na população mundial (LUYCKX; TONELLI; STANIFER, 2018).

Em muitos países pobres, mesmo estando disponíveis as três modalidades de TRS (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal), a acessibilidade a esses tratamentos ainda é um grande desafio, principalmente, devido à indisponibilidade de

seguro saúde em muitos países e naqueles em que há a participação do estado, a diálise ainda é bastante limitada. Os dados referentes a DRC não são confiáveis nesses países devido à falta de registros relacionados à doença (AROGUNDADE *et al.*, 2020). A importância de conhecer a doença em nosso meio, através de censos, contribui consideravelmente para a implementação de políticas voltadas para a saúde do renal crônico.

No Brasil, de acordo com o censo de 2016, realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), houve aumento nas taxas anuais de incidência (4,5% ao ano desde 2013) e prevalência (6,5% ao ano), no número absoluto de pacientes em tratamento dialítico (6,3% ao ano desde 2013) e no uso de cateteres venosos como acesso vascular para hemodiálise (SESSO *et al.*, 2016).

O impacto financeiro desta doença é assombroso nos países desenvolvidos, que gastam entre 2 a 3% do orçamento anual destinado à saúde para o tratamento da DRC, com aumento progressivo do custo, já que há previsão da doença dobrar o número de pacientes em terapia dialítica em 2030 (LUYCKX; TONELLI; STANIFER, 2018).

Os países mais pobres buscam melhorar o acesso à diálise por meio de várias estratégias, porém, há uma grande dificuldade e um grande desafio no custeio da terapia renal substitutiva para todos os usuários que dela necessitam (NIANG; IYENGAR; LUYCKX, 2018).

Os custos não médicos, tanto diretos quanto indiretos, já foram mensurados como sendo o custo social gerado pela DRC, comparável tanto quanto o custo médico direto, em que os pacientes e seus familiares, assim como, o sistema produtivo, sofrem a carga da doença, como também o sistema de saúde (TURCHETTI *et al.*, 2017).

Em um estudo realizado na Índia, a projeção das necessidades futuras de financiamento para tratamento dialítico, dentro do contexto de cobertura universal de saúde, para uma demanda elevada que não é atendida, implica um custo significativo, e o grande desafio será expandir a cobertura, com promoção da saúde, mantendo um modelo de atendimento dialítico de baixo custo (SHAIK *et al.*, 2018).

A realidade brasileira é bem similar ao que ocorre no restante do mundo. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem um papel importante no atendimento ao renal crônico, e atualmente é o responsável pelo financiamento de 90% dos tratamentos de usuários que se encontram em terapia renal substitutiva (TRS). Nos anos de 2008 e 2011, o SUS reembolsou, respectivamente, US\$ 723.841.688,56 e US\$ 970.354.599,98 com procedimentos de hemodiálise, sendo estimado um custo anual médio por paciente de US\$ 7.932,52, em 2008, e de US\$ 9.112,75, em 2011. Há uma concentração dos gastos com hemodiálise no Brasil em estados como São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, corroborando para uma desigualdade de tratamento realizado, que independe do acesso da população nas diferentes regiões do país (MENEZES *et al.*, 2015).

Em razão do crescimento da prevalência da DRC, a TRS provavelmente será de difícil manutenção em um tempo não muito distante, até mesmo para os países desenvolvidos (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018). A pobreza e os baixos níveis socioeconômicos têm sido, especificamente, identificados como fatores de risco independentes para a incidência de DRC e para as formas mais rápidas de progressão da doença. Promover a cobertura universal de saúde pode diminuir o impacto financeiro e melhorar o acesso à atenção da saúde renal (LUYCKX; TONELLI; STANIFER, 2018).

A promoção de programas de prevenção, além de salvar vidas, criam grandes ganhos ao reduzir a atual desigualdade de saúde decorrentes da falta de acesso às terapias de substituição renal por parte da população de países em desenvolvimento (PERICO; REMUZZI, 2018).

A educação da população, possivelmente, atinge a melhor relação custo-benefício na prevenção da DRC nos países em desenvolvimento. Orientar os médicos não especialistas em nefrologia, para lidar com o aumento do número de casos, assim como, reconhecer a importância do encaminhamento precoce, a fim de que haja a intervenção e o manejo no momento adequado, é absolutamente essencial para o sucesso de um programa de prevenção para as formas mais graves da doença (MARTROIANNI-KIRSZTAJN; BASTOS; BURDMANN, 2011).

É sabido que, a doença renal é altamente prevalente e se estende por todo o curso da vida, com impactos sociais diversos e implicações financeiras substanciais (LUYCKX; TONELLI; STANIFER, 2018). É necessária uma abordagem política sistemática na tentativa de fortalecer todos os aspectos relevantes do sistema de saúde, a fim de facilitar a integração da promoção da saúde renal com um programa horizontal, compreensível para a prevenção, que é a resposta para o controle dessa doença e de suas implicações sociais.

4.2 CONFECÇÃO DA FÍSTULA ARTERIOVENOSA E SUAS COMPLICAÇÕES

A confecção da FAV, procedimento destinado para os indivíduos que evoluem com DRC em estágio terminal e necessitam de um acesso vascular permanente para a realização regular de sessões de hemodiálise, consiste em uma conexão cirúrgica entre uma artéria e uma veia. A fístula ideal é aquela capaz de fornecer um alto fluxo sanguíneo, suficiente para uma diálise de boa qualidade, capaz de suportar repetidas punções com as agulhas de hemodiálise e com poucas complicações a longo prazo (MARSH; GENOVA; BUICKO, 2020).

Existem inúmeras variações possíveis e locais de confecção, porém, a anastomose mais tradicional é feita no punho, entre a artéria radial e a veia cefálica. O enxerto ou prótese arteriovenosa é semelhante à fístula, exceto pelo uso de um enxerto tubular de material sintético para conectar a artéria à veia, material este que é um polímero de politetrafluoretileno (PTFE). A fístula com bom funcionamento é preferível à prótese, em razão da menor incidência de infecção, maior taxa de perviedade e maior sobrevida dos pacientes. Mesmo sendo inferior às fístulas, o enxerto é superior aos cateteres venosos centrais (VACHHARAJANI *et al.*, 2016).

Após a cirurgia da FAV, é necessário aguardar a dilatação e o aumento da resistência da parede dos vasos. Esse processo de maturação é definido quando a fístula atinge um fluxo sanguíneo acima de 600ml/min, diâmetro acima de 6mm, 6mm de distância da superfície da pele e exame físico que corrobora a maturação em 6 semanas (SEGAL; QAJA, 2020).

Uma fístula maturada deve ser facilmente puncionada com agulhas específicas para hemodiálise, bem como, deve ser capaz de oferecer um fluxo sanguíneo na máquina de hemodiálise de, pelo menos, 300 a 400ml/min. Alguns fatores podem diminuir a chance de sucesso da maturação das fístulas após a confecção, podendo levar a progressão para falência vascular, tais como: diabetes mellitus, sexo feminino e idade avançada associada a outros fatores. Em relação ao diabetes, sugere-se que a desregulação na produção de óxido nítrico e a influência de demais anormalidades metabólicas possam alterar a degradação e produção de óxido nítrico, limitadores do fluxo sanguíneo e contribuidores para a falência de maturação (BASHAR *et al.*, 2016). Na medida em que o indivíduo envelhece, aumenta o risco de doenças ateroscleróticas e reduz-se, consideravelmente, a chance de confecção de um acesso definitivo (PANG *et al.*, 2020).

O diâmetro das veias é um fator preditor independente de maturação, sendo essenciais os mapeamentos arterial e venoso, por meio de ultrassom com doppler, antes da confecção. Diâmetros das veias cefálicas maior que 2mm nos pacientes mais jovens e maior que 2,5mm nos mais idosos apresentam maior chance de maturação e utilização dessas veias (BASHAR *et al.*, 2016).

Após a confecção cirúrgica, são necessárias algumas semanas ou meses para a adequada maturação da FAV. Alguns fenômenos ocorrem, tanto nas artérias quanto nas veias, e estes cursam com o aumento do diâmetro interno e do fluxo sanguíneo. Após algumas semanas, as paredes da veia “arterializam-se”. Esse processo consiste no espessamento parietal venoso, que ocorre devido à proliferação de células lisas da parede vascular, propiciando menor susceptibilidade à compressão externa e menos vulnerabilidade após frequentes punções com a agulha de diálise. Em bom funcionamento, a FAV apresenta fluxo sanguíneo de 500 a 600ml/min já na primeira semana. Apesar de um fluxo de 600ml/min ser considerado limite inferior para o funcionamento normal de uma FAV, visto que, fístulas que se desenvolvem melhor apresentam fluxo entre 800 a 1.200ml/min (MALOVRH, 2014).

Fístulas que são criadas antes do paciente iniciar hemodiálise apresentam maiores taxas de patência vascular, ou seja, há uma melhor possibilidade de fluxos adequados e melhor maturação (BASHAR *et al.*, 2016).

Depois da criação do acesso, deve-se respeitar o período ideal de pelo menos um mês para a utilização da fístula. Um dos fatores que prejudica a maturação e utilização desse acesso é a presença ou utilização prévia, por tempo prolongado, de cateter venoso central no mesmo lado da fístula confeccionada (associação com estenose venosa central) (BASHAR *et al.*, 2016).

A não maturação pode ser definida, clinicamente, como o desenvolvimento insuficiente dos vasos de 4 a 6 semanas após a confecção, dificuldade de canulação do acesso ou impossibilidade de atingir um fluxo sanguíneo maior que 300ml/min, necessário para o sucesso do tratamento dialítico. Fístulas que nunca se desenvolveram adequadamente para o uso ou que entraram em falência em menos de 3 meses, são classificadas como falência precoce e estão associadas com estenoses e oclusões venosas preexistentes, as quais se desenvolvem após a confecção do acesso, com o surgimento de veias acessórias de largo calibre ou em razão de estenose da artéria anastomosada por trombose (MALOVRH, 2014).

A gravidade da falência precoce da FAV, tanto por estenose quanto por trombose, é desmesurada, pois, está associada ao aumento da mortalidade dos pacientes hemodialíticos, sendo fator de risco independente para a mortalidade. Fístulas com boa maturação, com estenose ou trombose tardias, provavelmente, apresentam menor influência na mortalidade do que quando essas complicações ocorrem precocemente. A monitorização e a vigilância contínuas dos acessos arteriovenosos, bem como a busca contínua e vigorosa na melhoria dos acessos, a fim de se evitar a perda precoce da patência primária, são necessárias e benéficas para a diminuição da mortalidade dos pacientes em hemodiálise (WU *et al.*, 2018). A angiografia e a angioplastia continuam sendo o pilar do manejo das complicações de acesso vascular na maioria dos países (SAMPATHKUMAR *et al.*, 2015).

Em nossa realidade, bem semelhante à realidade de países na mesma situação econômica do Brasil, por exemplo, a Índia, em que a criação de uma nova fístula é um terço do valor de uma intervenção percutânea (SAMPATHKUMAR *et al.*, 2015), os gestores de saúde do SUS direcionam esforços para a confecção de novas fístulas, e não na tentativa de salvar fístulas por meio de procedimentos endovasculares, devido

ao fato deles serem mais custosos. Infelizmente, não compreendem que, com isso, podem contribuir para a falência de acesso venoso definitivo total, caso não haja a maturação das fístulas recém-confeccionadas, tornando esses pacientes semelhantes a portadores de neoplasias avançadas terminais, para os quais não há mais a possibilidade de proposta terapêutica vascular. Essa é uma situação da face perversa das desigualdades sociais, onde, apesar da riqueza do Brasil, os recursos são dirigidos àqueles com maior poder econômico.

4.3 POLÍTICA PARA A CONFECÇÃO DA FÍSTULA ARTERIOVENOSA E A INTEGRALIDADE DO CUIDADO AO RENAL CRÔNICO

Um acesso vascular ideal para hemodiálise seria aquele capaz de direcionar uma taxa de fluxo sanguíneo para a máquina de diálise ao garantir uma boa prescrição de diálise, que possa apresentar alta durabilidade, com baixos índices de complicações, como infecções, estenoses, trombozes, aneurismas e isquemia de membros. Dos acessos disponíveis, a fístula arteriovenosa é a que mais consegue preencher esses critérios (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2006).

Em relação a cateteres, a diretriz é clara: os de curta permanência devem ser utilizados apenas em pacientes hospitalizados e por menos de uma semana, devendo ser trocados pelos de longa permanência antes de uma semana. A infecção de acessos vasculares em pacientes hemodialíticos são comuns, pode ser severa e contribuir com o segundo lugar como maior causa de morte, sendo mais comum em cateteres e próteses do que em fístulas (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2006).

Baseado nesses conceitos, o governo dos Estados Unidos, ao observar que o país apresentava números extremamente baixos de pacientes hemodialíticos com fístula arteriovenosa, iniciou, em 2003, o programa Fistula First Breakthrough Initiative (FFBI), com os seguintes objetivos: aumentar a utilização de fístulas como acesso vascular, realizar coletas, análises e disseminar informações pelo país. O programa FFBI direcionou o foco para a redução do uso de cateteres e o aumento na utilização de fístulas, devendo, dessa forma, estimular a promoção de uma estratégia de confecção e cuidados desse acesso vascular em pacientes que, sabidamente, evoluirão para DRC terminal (LEE, 2017).

No Brasil, o Ministério da Saúde, como forma de orientar as práticas dos cuidados para o doente renal crônico, ao reconhecer a DRC como problema de saúde pública, publicou ao longo dos últimos anos Resoluções da Diretoria Colegiada (RDCs), com uma abordagem mais evidente em relação ao acesso vascular.

A RDC nº 154, de 15 de junho de 2004, dispõe sobre a promoção e manutenção no paciente, bem como, da via de acesso para o procedimento de diálise, como sendo de responsabilidade do serviço de diálise. Dessa forma, as clínicas de diálise, seriam as responsáveis pela confecção das fístulas e próteses arteriovenosas, assim como, o implante de cateteres, quando necessário (BRASIL, 2004).

Essa medida fez com que, principalmente, as clínicas de diálise, de iniciativa privada, tivessem uma dependência do cirurgião vascular, gerando custos financeiros extras para arcar com os honorários cirúrgicos de cada confecção de acesso venoso definitivo (fístulas e próteses arteriovenosas).

Na mesma RDC, conforme dispõe o Capítulo 6, referente aos recursos humanos do serviço de diálise, não estava descrita a necessidade de haver um cirurgião vascular para confecção de acessos vasculares (BRASIL, 2004). Inúmeros questionamentos surgiram, principalmente, por parte das clínicas com atendimento público-privado, pois arcavam com os custos do procedimento realizado pelo cirurgião vascular, porém, sem a previsão de repasse dos recursos pelo SUS. A elaboração de políticas públicas, sem a participação de técnicos especializados, pode trazer equívocos dessa natureza, gerando interpretações que soem como descaso dos formuladores de política com a população, em especial, àqueles mais pobres.

Na Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, há, pelo Ministério da Saúde, um maior posicionamento em relação à responsabilidade da confecção da FAV. Este dispõe que deve haver um contrato celebrado entre o gestor de saúde e o estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRC. Ainda assim, nesse período, as clínicas de hemodiálise da Grande Vitória permaneciam como responsáveis por essa confecção. Na referida Portaria, há a inclusão de novos indicadores de qualidade a serem coletados pelos serviços de diálise, com enfoque na vigilância em acesso vascular (BRASIL, 2014).

Em 24 de agosto de 2016, as clínicas de hemodiálise firmaram Termos de Compromisso (ANEXO B), junto a Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo, definindo o Hospital Estadual Doutor Dório Silva como referência para a confecção de FAV na Grande Vitória. O compromisso apresentava, a priori, prazo de vigência de 24 meses a partir da data da celebração, com possibilidade de alteração, desde que houvesse concordância entre as partes. Este contrato encontra-se vigente até a presente data.

Em 7 de junho de 2018, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.675, que dispõe sobre os critérios para a organização, funcionamento e o financiamento do cuidado das pessoas com DRC no âmbito do SUS, alterando a responsabilidade do acesso vascular, desobrigando as clínicas de hemodiálise da confecção das fístulas arteriovenosas, passando essa responsabilidade para o Estado (BRASIL, 2018), corrigindo assim, o equívoco constante do Capítulo 6 da RDC nº 154/2004 (BRASIL, 2004).

Finalmente, avaliar se as fístulas estão, de fato, sendo realizadas e no tempo necessário é de suma importância, pois, as complicações inerentes ao uso de cateter de curta permanência durante um longo período vão de encontro às diretrizes internacionais (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2006) e brasileiras (BRASIL, 2014), comprovando maiores índices de comorbidades e maior risco de morte.

4.4 INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM TRATAMENTO CONSERVADOR E EM TERAPIA HEMODIALÍTICA

A integralidade da assistência é definida como sendo: “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” (BRASIL, 1990).

É um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde, o SUS, com aplicações de ações para materializar a saúde como direito e como serviço. A integralidade e as políticas são desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional (PINHEIRO, 2008).

A construção de políticas de saúde, baseadas nos parâmetros da integralidade, permite aos portadores de uma doença, como por exemplo os indivíduos com DRC, o acesso necessário às ações de assistência e os não portadores se beneficiam das ações preventivas. Busca-se, com esse princípio, a totalidade do sujeito, evitando a fragmentação e o reducionismo e, para isso, os usuários devem ser acolhidos, para que assim haja a garantia do acesso e atendimento humanizado (FONTOURA; MAYER, 2006).

A atenção integral ao sujeito renal crônico deve se estender aos familiares, que assumem os cuidados relacionados à saúde do paciente, com impactos significativos na estrutura familiar. Quando um membro da família sofre de uma doença crônica, todos os demais estão sujeitos a sofrer de estresse e ansiedade, pois há, a preocupação com a gravidade da doença, com o sofrimento e a possibilidade de morte, o que evidencia a necessidade da assistência à família (CAETANO; FERNANDES; MARCON; DECESARO, 2011). A cronicidade da doença influencia consideravelmente os planos futuros da família, e o diagnóstico da DRC, na maioria das vezes, não é esperado entre os familiares, havendo pouca aceitação da necessidade do início da TRS, o que demonstra a fragilidade da inter-relação dos profissionais de saúde com os usuários (FRÁGUAS; SOARES; SILVA, 2008).

No Brasil, com forte influência das diretrizes do KDIGO (2013) e do KDOQI (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2006), foram criadas as Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com DRC no Sistema Único de Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde em 2014. O objetivo dessas diretrizes é oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado à pessoa sob risco ou com diagnóstico de DRC, abrangendo a estratificação de risco, estratégias de prevenção, diagnóstico e o seu manejo clínico (BRASIL, 2014).

A sensibilização de toda equipe multidisciplinar ao prestar um atendimento integral ao renal crônico, focando maior proximidade entre a pessoa com DRC e os profissionais de saúde, assim como, a melhoria na relação com a família e as instituições de saúde podem facilitar o enfrentamento da doença e do tratamento, favorecendo estratégias que possam visar à humanização e à integralidade da assistência ofertada (SILVA, 2020).

A equipe de enfermagem possui uma participação especial na promoção da integralidade do cuidado, principalmente, por meio do cuidado-permanência, que comporta o ser em sua essência e integralidade, ao levar em consideração toda a complexidade do indivíduo, o contexto no qual se desenvolve e a necessidade de fortalecimento das relações interpessoais entre os que cuidam e os que são cuidados (SANTOS *et al.*, 2019).

Quando se observa o risco de desenvolver a doença ou quando o diagnóstico já foi firmado, tenta-se evitar a progressão da doença (perda progressiva da função renal), avaliada por meio da TFG. A prevenção inclui tratar e controlar os fatores de risco modificáveis como: diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, doença cardiovascular e tabagismo, cujo controle e tratamento devem estar de acordo com as orientações do Ministério da Saúde. Prevenir a progressão da DRC de forma organizada, com a utilização de esforços clínicos para a conservação da TFG, levando em consideração os respectivos estágios da doença, impacta positivamente ao onerar menos o Estado, reduzindo a evolução para doença renal terminal (dialítico), terapia mais custosa, evitando comorbidades associadas à diálise e complicações sociais ao paciente e familiares (BRASIL, 2014).

Nos estágios mais iniciais da doença (estágios 1, 2 e 3), o tratamento é considerado conservador, com o intuito de preservar a TFG estável pelo maior tempo possível, sendo o acompanhamento realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nos estágios mais avançados da doença (estágios 4, 5-ND [não-dialítico] e 5-D [dialítico]), em relação aos dois primeiros, deve-se tentar a manutenção do tratamento conservador, mas já devendo ser apresentado ao usuário os tipos de terapias renais substitutivas. Caso o paciente opte pela hemodiálise, este deverá ser encaminhado para a confecção de fístula arteriovenosa em serviço de referência, quando a TFG estiver menor de 20ml/min (BRASIL, 2014).

É nessa fase que ocorre um dos maiores problemas na saúde pública para o tratamento dessa doença, visto que há pouca disponibilidade de serviços ambulatoriais com nefrologista e equipe multidisciplinar, além de poucos serviços de

referência para confecção de FAV em pacientes com estágios mais avançados da DRC, os quais podem, brevemente, evoluir para uma terapia hemodialítica.

No estágio 5-ND, fase não-dialítica, a sugestão de manejo pela diretriz é bem similar ao manejo do estágio 4, apresentando como diferença apenas os prazos para as consultas com o nefrologista e a equipe multidisciplinar, que devem ser realizadas mensalmente. Quando atingem o estágio 5-D, fase dialítica, os pacientes passam a ser acompanhados continuamente pelas unidades de atenção especializada em DRC (BRASIL, 2014).

A mudança gerada pela evolução da doença renal crônica corrobora para a modificação da rotina diária e do estilo de vida dessas pessoas, com influência na adesão ao tratamento. Além disso, há a necessidade de se construir uma abordagem educativa capaz de estimular a adesão destes pacientes, ao reduzir a morbidade e a mortalidade gerada pela DRC (PREZOTTO; ABREU, 2014).

Apesar de existir uma diretriz a ser cumprida pelos gestores municipais, estaduais e federais, é possível observar a dificuldade que a rede de atenção primária apresenta em encaminhar os pacientes renais crônicos em estágios mais avançados ao especialista. Muitas vezes, os médicos das unidades básicas de saúde realizam este encaminhamento de forma precoce, porém, a falha organizacional dos serviços de saúde do estado, que disponibiliza baixo número de ambulatórios de nefrologia e de equipes multidisciplinares especializadas para o acompanhamento do renal crônico, contribui para a progressão da doença. Quando o paciente consegue atendimento especializado e a fístula é necessária, um novo obstáculo é enfrentado pelo doente: a demora na confecção da fístula. Dessa forma, é possível observar a falta de atenção por parte do estado para uma doença com inúmeras comorbidades e particularidades sociais, o que viola um dos princípios do SUS, a equidade.

Segundo Silva *et al.* (2012, p. 2978-2979):

b) a proporção de pacientes com DRC que inicia TRS-HD sem FAV funcional, no país, deve ser superior a 70%, o que é um indicador da baixa cobertura/acesso do programa de prevenção secundária no SUS; [...]. O sistema de saúde falha em [...] reconhecer a importância da elevação sustentada da creatinina sérica e/ou da presença de proteinúria e em efetuar a referência para a prevenção secundária.

Essa é a realidade da grande maioria das cidades do Brasil e da Grande Vitória, em que o paciente renal crônico tem o diagnóstico tardio, visto que há: demora na garantia de confecção de fístulas arteriovenosas, alto número de cateteres de curta permanência implantado na urgência dialítica, alta taxa de infecção, demandando maior tempo de internação hospitalar, maior gasto público e aumento da mortalidade.

A desigualdade social contribui consideravelmente para o aumento da progressão da DRC e para a pouca adesão ao tratamento hemodialítico. As classes econômicas menos favorecidas, com menor grau de escolaridade, e usuários do SUS possuem menor conhecimento prévio sobre a TRS, e dificuldade de acesso especializado e precoce ao nefrologista (MARTÍNEZ *et al.*, 2011).

A pobreza também dificulta o acesso do paciente a serviços de qualidade, já que o Estado propicia uma estrutura organizacional de atendimento de baixa qualidade, não possibilitando que o renal crônico, principalmente em estágios mais avançados da doença, possa ser consultado com a devida agilidade para que seja instituída a adequada conduta (MARTÍNEZ *et al.*, 2011).

Este estudo também traz uma reflexão para o reconhecimento e a compreensão de algumas formas de violência em saúde e a sua expressão social no cotidiano da prática profissional da equipe multidisciplinar. Vislumbra, ainda, a possibilidade de ampliar a discussão sobre o enfrentamento e a prevenção da DRC, refletindo sobre as especificidades e necessidades de saúde vividas por esse grupo vulnerável e ampliando os desafios para implementar políticas públicas de saúde mais inclusivas (SILVA, 2010).

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE

Foram elegíveis 132 pacientes do SUS no período estudado e desses, 26 preencheram os critérios de exclusão, sendo incluídos um total de 106 participantes nas análises finais. A análise descritiva das variáveis, referentes aos pacientes admitidos nas clínicas de hemodiálise, no período de agosto de 2016 a agosto de 2019, como sexo, estado civil, cor/raça, profissão, naturalidade, acesso ao cateter e doença de base estão estratificados na Tabela 1.

Observou-se que a maioria se caracterizou por ser do sexo masculino (57,6%), casado ou em união estável (47,2%), não branco (64,1%), fonte de renda oriundas de aposentadoria (33%) e do Estado do Espírito Santo (59,4%). A mediana da idade dos indivíduos foi de 62 anos. A origem hospitalar foi identificada em 78,3%, a fístula arteriovenosa foi encontrada em 58,5% e, o acesso ao cateter, à admissão foi de 59,4%, enquanto as doenças de base mais diagnosticadas foram diabetes mellitus (39,6%) e hipertensão arterial (30,2%).

Tabela 1 – Variáveis sócio demográficas e clínicas de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise (n = 106)

Variável de interesse	Frequência (%)
Sexo	
Masculino	61 (57,6)
Feminino	45 (42,5)
Estado civil	
Solteiro	30 (28,3)
Casado/união estável	50 (47,2)
Divorciado/desquitado	14 (13,2)
Viúvo	6 (5,7)
Sem informação	6 (5,7)
Cor	
Branca	38 (35,8)
Negra	26 (24,5)
Parda	42 (39,6)
Profissão	
Advogado	1 (0,9)
Ambulante	1 (0,9)
Analista ADM	1 (0,9)
Aposentado	35 (33,0)
Autônomo	24 (22,6)
Variável de interesse	
Do lar	18 (17,0)
Estudante	3 (2,8)
Funcionário Público	4 (3,8)
Sem profissão	1 (0,9)
Sem informação	12 (11,3)
Serviços precarizados (ajudante de obras, atendente, auxiliar de serviços gerais, mensageiro)	6 (5,6)
Naturalidade	
Bahia	5 (4,7)
Espírito Santo	63 (59,4)
Minas Gerais	21 (19,8)
Rio de Janeiro	6 (5,7)
Rio Grande do Norte	1 (0,9)
São Paulo	2 (1,9)
Sem informação	8 (7,5)
Origem do Tratamento	
Consultório	11 (10,4)
Hospital	83 (78,3)
Transferido de clínica de hemodiálise	10 (9,4)
Sem informação	2 (1,9)
Acesso Atual	
Cateter	41 (38,7)
Fístula	62 (58,5)
Prótese Arteriovenosa	3 (2,8)
Acesso Admissão	
Cateter	63 (59,4)
Fístula	41 (38,7)
Prótese Arteriovenosa	2 (1,9)
Doença de base	
Diabetes mellitus	42 (39,6)
Hipertensão arterial sistêmica	32 (30,2)
Doença renal policística	4 (3,8)
Uropatia obstrutiva	1 (0,9)
Litíase renal	1 (0,9)
Nefropatia Lúpica	1 (0,9)
Glomerulonefrite crônica	4 (3,8)
Sem Informação	18 (17,0)
Nefrite túbulo-intersticial	2 (1,9)
Neoplasia	1 (0,9)

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

O Hospital Doutor Dório Silva representou a origem da maioria dos pacientes (28,3%), seguida de Ambulatórios (10,4%) e da Clínica de Hemodiálise e do Hospital Vila Velha (ambos com 9,4%). Os dados estão detalhados na Tabela 2.

Tabela 2 – Variáveis de caracterização da origem hospitalar e ambulatorial de pacientes com doença renal crônica atendidos no SUS (n = 106)

Variável de interesse	Frequência (%)
Locais de origem dos pacientes	
Hospital Estadual Dório Silva	30 (28,3)
Hospital Universitário Cassiano Antonio Morais	9 (8,5)
Hospital Estadual Jayme Santos Neves	6 (5,7)
Hospital Estadual Central	1 (0,9)
Hospital Vila Velha	10 (9,4)
Clínica de Acidentados de Vitória	1 (0,9)
Hospital Evangélico	1 (0,9)
Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória	9 (8,5)
Complexo Integrado de Atenção à Saúde	8 (7,6)
Hospital da Associação dos Funcionários Públicos do Espírito Santo	2 (1,9)
Hospital Santa Mônica	2 (1,9)
Clínica de Hemodiálise	10 (9,4)
Ambulatório	11 (10,4)
Sem informação	2 (1,9)
Hospital Estadual de Urgência e Emergência	2 (1,9)
Hospital Santa Rita de Cássia	1 (0,9)
Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória	1 (0,9)

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

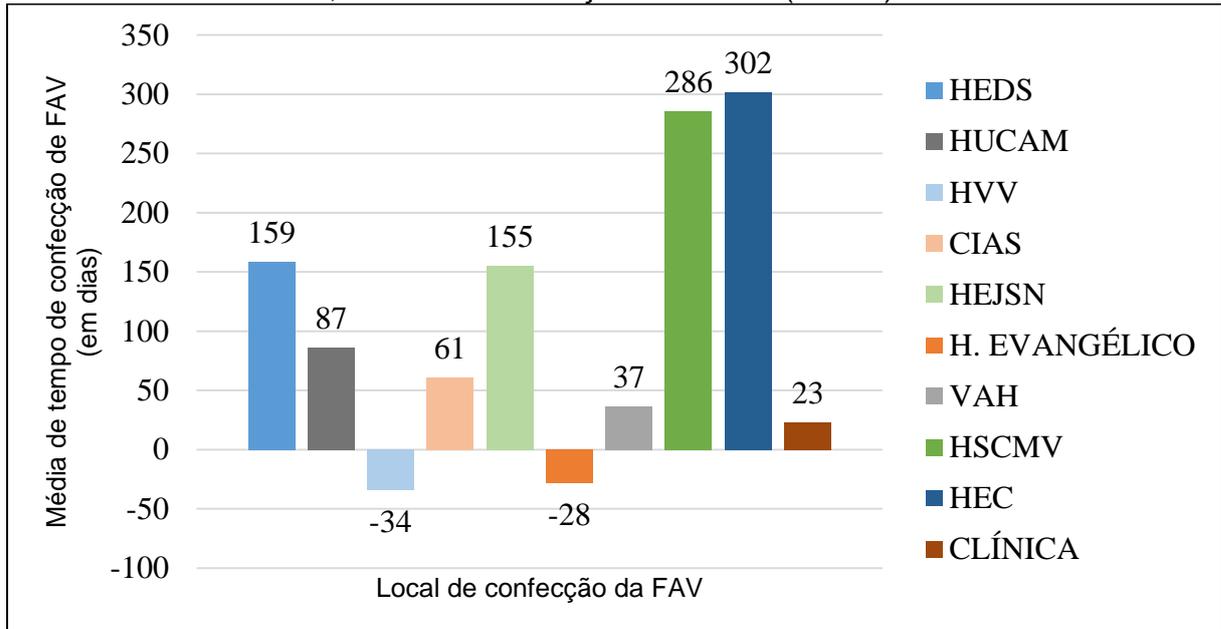
5.2 AVALIAÇÃO DOS ACESSOS VASCULARES NA GRANDE VITÓRIA E CONFECÇÃO DE FAV

Dos 106 pacientes incluídos para o estudo, 4 pacientes não apresentavam informações relacionadas ao local de confecção do acesso vascular, sendo excluídos da análise, tendo sido analisados 102 pacientes.

Conforme mostrado na Figura 1, verifica-se que a média de tempo de confecção da fístula sofre variações. Nos casos em que o valor apresentado foi negativo, significa que a FAV foi confeccionada antes da admissão na clínica de hemodiálise, o que seria o desejável. Sendo assim, dos 63 indivíduos admitidos com cateter, o tempo médio para a confecção da FAV foi de 159 dias para o HEDS, hospital de referência para esse tipo de procedimento na Grande Vitória. Destaque para o Hospital Vila Velha

(HVV) e o Hospital Evangélico que apresentaram uma média negativa de -34 e -28 dias respectivamente, onde as fístulas arteriovenosas foram confeccionadas antes da admissão na clínica, ou seja, enquanto os indivíduos estavam internados aguardando vaga em uma clínica de hemodiálise.

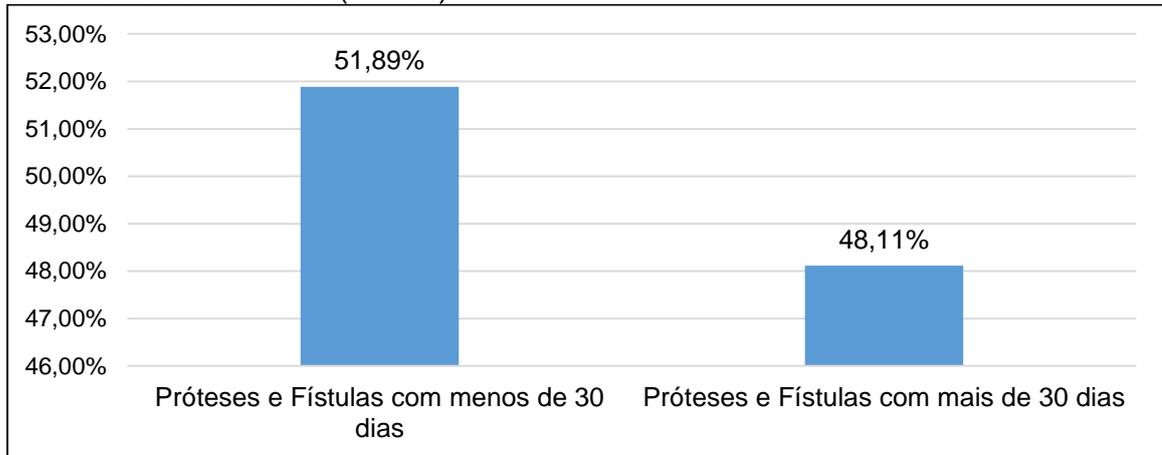
Figura 1 - Média de tempo de espera, em dias, para pacientes com cateter confeccionarem fístula, conforme instituição de saúde (n=102)



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

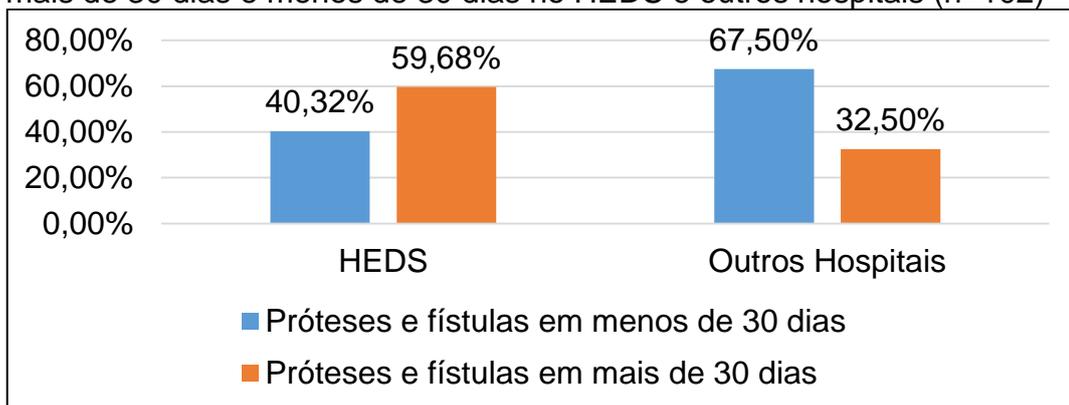
A prevalência dos acessos definitivos (fístulas e próteses) confeccionados em menos de 30 dias foi de 51,89% e em mais de 30 dias foi de 48,11%, conforme indicado na Figura 2. Quando analisada a taxa de prevalência de fístulas e próteses confeccionados pelo HEDS em comparação com outros hospitais, o hospital de referência confeccionou 40,32% dos acessos em menos de 30 dias, valor menor do que o restante dos hospitais, que confeccionaram 67,5% dos acessos em menos de 30 dias, conforme Figura 3.

Figura 2 - Taxa de Prevalência de próteses e fístulas confeccionadas com mais de 30 dias e menos de 30 dias (n=102)



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

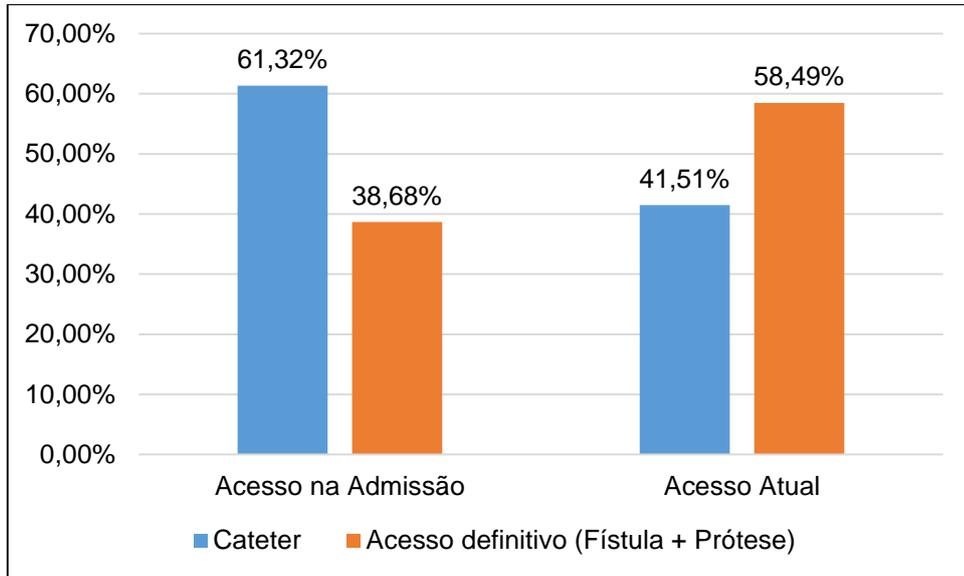
Figura 3 - Comparação da taxa de prevalência de próteses e fístulas confeccionadas com mais de 30 dias e menos de 30 dias no HEDS e outros hospitais (n=102)



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

A evolução dos acessos venosos após 3 anos do estudo, desde a admissão, comparando a porcentagem de cateter e fístula, está indicada na Figura 4. Essa informação estava presente nos 106 pacientes estudados.

Figura 4 - Evolução dos acessos venosos após 3 anos do estudo (n = 106)



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

6 DISCUSSÃO

132 pacientes com DRC foram admitidos nas clínicas de hemodiálise no período estudado, mas somente 106 foram elegíveis para inclusão no estudo. Quando realizada a análise dos acessos vasculares, 4 indivíduos não apresentavam informações relacionadas ao local de confecção, sendo incluídos 102 pacientes. A amostra de conveniência indicou como principais características do grupo estudado, ser composto, em sua maioria, por indivíduos com idade avançada, do sexo masculino (57,6%), casados/união estável (47,2%), não brancos (64,1%), aposentados (33,0%), autônomos (22,6%), serviços precarizados (5,6%), procedentes do ES (59,4%) e de MG (19,8%), origem do tratamento hospitalar (78,3%), acesso na admissão de cateter de 59,4%, FAV 38,7%, prótese AV 1,9%, DM 39,6%, HAS 30,2, hospital de origem do paciente HEDS 28,3%.

A DRC é uma doença grave e com prevalência exponencial no Brasil e no mundo, atribuída ao envelhecimento populacional e crescimento das doenças crônicas, fazendo da prevenção uma prioridade em saúde pública, instigando o debate sobre os avanços e desafios nas políticas públicas, direcionadas ao enfrentamento da progressão de doenças crônicas e seus fatores de risco, em uma realidade contemporânea, que requer mudanças nos modelos de gestão das condições crônicas em saúde. No entanto, as ações de prevenção ainda são incipientes, especialmente nos países de baixa renda. Há necessidade de investimentos na planificação do cuidado individualizado, interdisciplinar e compartilhado com a atenção primária à saúde, para se cumprir um dos princípios do SUS que é a universalidade de acesso, fazendo chegar ao município o direito à Saúde (GORDAN, 2006; SILVA *et al.*, 2020).

Neste estudo observou-se que mais de 60% dos participantes eram não brancos. Indivíduos negros têm grande risco de desenvolver doença renal crônica (DRC) associada a alta morbimortalidade (PIZARRO *et al.*, 2020). Isso pode ser explicado pelo fato de não brancos terem maiores chances de estarem entre os mais pobres e terem menores oportunidades de acesso à saúde, educação e vida social.

Apesar dos avanços nas garantias aos direitos assistenciais e previdenciários aqueles com DRC, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados na questão do acesso. Destaca-se o papel do assistente social como profissional viabilizador e socializador de direitos, em um grupo de alta vulnerabilidade social, que enfrenta grandes dificuldades no acesso, devido a não especificação de determinadas legislações. Ressalta-se que a cor/raça parece ter baixo peso na compreensão das desigualdades sociais nesse grupo, mas os contextos socioeconômicos são cruciais para o entendimento das desigualdades raciais, que no Brasil, podem gerar segregação (SOUZA, 2005; LIMA, 2012; FORTALEZA, 2020).

O fato da maior frequência de participantes ser do sexo masculino, traz uma reflexão sobre a vivência/experiência do homem como responsável pelo cuidado na família (COPPETTI *et al.*, 2020), o processo de transição da paternidade como novo encargo social, com maior vinculação à provisão material da família do que o envolvimento afetivo (FREITAS *et al.*, 2009). Essa questão tem maior repercussão psicológica entre os homens mais pobres, e indivíduos idosos, com baixos salários, oriundos de aposentadorias e trabalhos precarizados, identificados, neste estudo, como em tratamento dialítico (SANTOS; DIAS, 2008). Há evidências de que a DRC provoca um impacto negativo sobre os rendimentos, sendo ainda mais importante nas faixas de rendimento mais baixas, com maiores efeitos sobre os mais pobres (GODOY *et al.*, 2007), contribuindo para aumentar o risco social nessa população.

O estado civil mais predominante foi casado/união estável, o que nos permite levantar a discussão de que essa condição crônica de saúde impacta toda a família, pois suscita intensas mudanças na dinâmica familiar, ao gerar uma confusão de sentimentos que culminam com a dualidade entre aceitar a terapia de substituição renal ou não, assim como mudanças nos planos familiares futuros (FRÁGUAS; SOARES; SILVA, 2008). Isso leva a repensar a forma de conduzir a assistência prestada ao indivíduo com DRC, devendo haver uma abordagem para toda a família.

Depressão e a redução da qualidade de vida são muito comuns em pacientes renais crônicos, que são também, afetados pelo baixo nível socioeconômico. Idosos, maioria da população estudada, em hemodiálise, apresentam alta prevalência de depressão, com importante repercussão na qualidade de vida. O rastreamento e o tratamento da

depressão devem ser incluídos na rotina de atendimento e podem ajudar a melhorar a qualidade de vida dos pacientes com doença renal crônica (ALENCAR *et al.*, 2020; KUNWAR *et al.*, 2020).

O estilo de vida sedentário e a redução da atividade física são comuns em indivíduos em diálise e DRC, o que contribui para o risco aumentado de morbidade e mortalidade nesse grupo. Há evidências de que esses pacientes realizam atividade física em torno de nove dias/mês e 43,9% que estão em diálise não praticam exercícios. Embora ainda se discuta qual tipo de exercício deve ser prescrito, é necessária uma recomendação específica de atividade física (MALLAMACI; PISANO; TRIPEPI, 2020), ao contrário do que se pensava, a prática de exercícios físicos de baixa intensidade, rotineiramente, não tem impacto negativo na função renal, ela melhora a capacidade aeróbia e funcional, impactando positivamente na qualidade de vida (VILLANEGO *et al.*, 2020).

O funcionamento físico, cognitivo e psicossocial é frequentemente prejudicado em pacientes em diálise e o prejuízo, nesses domínios, está relacionado a resultados ruins. Pacientes em diálise, com a idade avançada está associada a níveis mais baixos de funcionamento físico, enquanto o nível de saúde emocional não está associado à idade. Os domínios do funcionamento físico, saúde emocional e funcionamento social estão, independentemente, associados à mortalidade nos pacientes em hemodiálise, tanto em jovens quanto em idosos (VAN LOON *et al.*, 2017).

Assim, espera-se a adoção de planejamento da prestação de serviços de saúde focado na melhoria da qualidade de vida dos pacientes mais ativos, para o estabelecimento de relações médico-paciente positivas, com melhor adesão ao tratamento, implicando na defesa de políticas de saúde que atendam às necessidades dos pacientes (DONAR; TOP, 2020). Assim, intervenções de saúde pública devem ser desenvolvidas e implementadas para melhorar a qualidade de vida entre pacientes com DRC, concentrando-se em pacientes mais idosos, de baixa escolaridade e condição socioeconômica, por estarem em maior vulnerabilidade (MAHATO *et al.*, 2020).

A hemodiálise de manutenção é a principal terapia para o tratamento clínico da doença renal em estágio terminal, implicando em grande risco social, em especial para os mais pobres. As dificuldades financeiras são grandes, mesmo para pacientes beneficiários de planos de saúde, implicando na necessidade de aumentar os esforços de gestão para reduzir a pobreza (MA *et al.*, 2020).

A pobreza está associada à DRC de forma global. Nesse sentido, os assistentes sociais que lidam com as doenças graves dos rins definem e avaliam a pobreza como uma questão de justiça econômica e social, onde avanços conceituais e de medição recentes apontam para uma definição multidimensional de pobreza que captura privações materiais, sociais e políticas. Percebem ainda, que os doentes concebem a pobreza como uma experiência multidimensional e apoiam a conscientização sobre a pobreza relacionada a situações emprego, renda, acesso a transporte e educação (CAPLAN; WASHINGTON; SWANNER, 2017). Um importante efeito da pobreza se reflete nos maus hábitos alimentares que podem contribuir fortemente para acelerar ou aumentar as complicações da DRC (CREWS *et al.*, 2015).

A DRC é um problema crescente de saúde pública e os determinantes sociais da saúde influenciam as tendências na prevalência, morbidade e mortalidade pela doença. As disparidades na DRC podem estar relacionadas a determinantes sociais e desigualdades em saúde em países de baixa e média renda, que podem ser minimizados pelo aumento da cobertura de saúde e educação (ATAMARI-ANAHUI *et al.*, 2019).

O hospital foi o principal local de origem para a admissão nas clínicas, sugerindo o caráter emergencial em que os pacientes são diagnosticados com DRC, indicando o diagnóstico tardio da doença, o que traz maior risco de morbidade e mortalidade que é muito alta, inclusive no Brasil, refletindo a grave situação clínica dos pacientes ao iniciarem diálise, associada ao baixo acesso à prevenção secundária (SILVA *et al.*, 2012).

Aproximadamente 60% dos pacientes foram admitidos nas clínicas de diálise, tendo como acesso vascular, o cateter. Embora esse percentual seja menor que a média

nacional, que é de 70%, isso demonstra baixa cobertura/ acesso a programas de prevenção secundária no SUS (SILVA *et al.*, 2012), indicando a necessidade de revisão da atual política, a fim de aumentar a frequência de acesso às fístulas arteriovenosas aos pacientes, que, em baixo número, aumenta os impactos negativos na qualidade de vida e a mortalidade. Dentre os motivos que poderiam justificar esse panorama, está a maior dificuldade de disponibilidade de cirurgia vascular para a confecção do acesso vascular, já que a maioria das clínicas são financiadas, predominantemente, pelo SUS (NEVES *et al.*, 2020).

Neste estudo, assim como em outros realizados no Brasil, a hipertensão arterial é a causa mais frequente na etiologia da doença renal, diferente de outros países que indicam o diabetes mellitus como causa principal do comprometimento renal (NEVES *et al.*, 2020).

Dos pacientes admitidos nas clínicas, cuja origem foi hospitalar, o Hospital Estadual Doutor Dório Silva, mesmo sendo o hospital de referência para a confecção de FAV, foi o que mais encaminhou pacientes para as clínicas de hemodiálise com cateter, sendo este um dado extremamente preocupante, já que a própria demanda interna para a confecção do acesso definitivo não consegue ser resolvida.

Dos 106 participantes do estudo, 63 apresentavam cateter, sendo que o tempo médio para confecção de FAV pelo HEDS foi de 159 dias, o que sugere que esses pacientes estão mais vulneráveis a inúmeras comorbidades e ao maior risco de mortalidade, já que ficam com um acesso temporário por longo período, muito acima do tempo preconizado pelas diretrizes internacionais, em que o cateter de curta permanência deveria ser utilizado por apenas uma semana (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2006), assim como estabelecido pelas portarias do Ministério da Saúde, que utilizam como indicador de qualidade se a FAV foi confeccionada em menos de 30 dias, após o início de hemodiálise, naqueles com cateter (BRASIL, 2018), o que demonstra a fragilidade da implementação da portaria em termos práticos.

Há um crescimento pelo interesse da qualidade de vida no campo da saúde, por resultar em mudanças nas práticas assistenciais, ao modernizar modelos de atendimento, sem o foco apenas na área biomédica, mas também em outras áreas do

conhecimento, respeitando aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais, importantes nas ações de promoção, tratamento e reabilitação em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004). O tipo de acesso vascular e a percepção de qualidade de vida por parte dos pacientes também foram estudados no Brasil, constatando-se que a FAV promoveu melhor qualidade de vida para o usuário ao utilizarem o instrumento de avaliação da qualidade de vida de nefropatas crônicos dialíticos *Kidney Disease and Quality-of-Life Short Form (KDQOL-SF36)*, bem como observou-se que os melhores escores de pontuação foram para os indivíduos com FAV, estando aqueles com cateteres entre os piores escores (CARNEIRO, 2019). O motivo que pode estar associado a melhor qualidade de vida com a utilização de FAV, seria a melhor qualidade de diálise proporcionada por esse acesso, ao promover melhor controle da anemia, controle eletrolítico e metabólico (NOGUEIRA *et al.*, 2018). Ao mantermos o usuário por longo período sem FAV, os impactos sobre a qualidade de vida são evidentes, o que reforça a necessidade de reformulação da política de saúde existente, tanto nacionalmente quanto na Grande Vitória.

De forma geral, a confecção do acesso definitivo em menos de 30 dias pelas instituições de saúde apresenta valores bastante insatisfatórios. A situação é ainda mais preocupante quando comparado o HEDS, referência na confecção, com os demais hospitais, que apresentou um desempenho em confeccionar as fístulas em menos de 30 dias, ou seja, o desempenho do HEDS é pior que os demais hospitais juntos. Esses dados reforçam a importância de se instituir uma meta mais clara a ser atingida em relação a prevalência de usuários com acesso definitivo confeccionado em menos de 30 dias, por parte do governo, e induz a reflexão sobre a centralização da confecção das fístulas e próteses em um único hospital, haja vista a demora observada na confecção do acesso definitivo pelo hospital de referência, HEDS.

Durante a avaliação, nos 3 anos de estudo, percebeu-se que, apesar da melhora, mais de 58% dos pacientes estavam com FAV confeccionada, o que está em desacordo com os indicadores de qualidade estabelecidos pela RDC do Ministério da Saúde, a qual estabeleceu um prazo de 2 anos para implementação da política, definindo que 70% dos pacientes tivessem a FAV como acesso (BRASIL, 2014).

A política pública costuma ser abordada de forma sequencial, respeitando-se 3 fases: fase de formulação (processos de definição e escolha dos problemas que exige intervenção estatal, produção de soluções ou alternativas e tomadas de decisão); fase de implementação (execução das decisões adotadas na etapa prévia); e fase de avaliação (interrogação sobre o impacto da política) (LIMA; D'ASCENZI, 2014). É sabido que o poder público deve planejar e implementar ações que permitam criar condições estruturais de desenvolvimento socioeconômico, assim como, a política pública deve ser direcionada a garantir os direitos sociais. Se a implementação de políticas públicas não for planejada, ela poderá estar fadada ao fracasso (CARVALHO; BARBOSA; SOARES, 2010).

Ao centralizar em um único hospital a confecção de FAV na Grande Vitória, observa-se a total vulnerabilidade da política atual implantada, tanto no âmbito local quanto no nacional, cujas metas não são cumpridas e a integralidade, princípio doutrinário do SUS, não se materializa. Uma forma de tentar resolver a problemática da centralização da confecção das FAVs seria, o hospital de admissão do indivíduo com doença renal crônica, onde o diagnóstico foi realizado, se comprometer a programar a confecção da primeira FAV, salvo em situações em que não houvesse equipe de cirurgia vascular para esse procedimento cirúrgico, sendo, neste caso, encaminhado para hospitais da rede com equipe especializada. Esse fato poderia contribuir na redução do tempo de espera na confecção das FAVS, com menor sobrecarga ao HEDS, propiciando agilidade na confecção das FAVS ambulatoriais, garantindo uma melhor qualidade de tratamento dialítico e de vida aos usuários.

Infelizmente, por se tratar de um estudo quantitativo, com banco de dados já previamente definido pelo programa NEFRODATA, não foi possível analisar a variável renda, sendo esta uma limitação do estudo. Esse fato pode indicar que os membros do setor de saúde ainda priorizam a tecnologia e os protocolos em saúde e valorizam pouco as questões ligadas à condição social dos pacientes. Outra limitação foi a impossibilidade de abordar mais profundamente todas as variáveis sociais, o que reforça a necessidade de novos estudos na tentativa de responder correlações entre o acesso vascular e variáveis sociais.

7 CONCLUSÃO

A amostra estudada caracterizou-se por ser uma população idosa, do sexo masculino, casados/união estável, indivíduos não brancos e aposentados. A doença de base mais prevalente, associada com a evolução para DRC foi a hipertensão arterial sistêmica, a principal origem dos usuários admitidos foi hospitalar e o principal acesso vascular na admissão foi o cateter. O tempo médio para confecção de FAV pelo HEDS foi de 159 dias, acima dos 30 dias preconizados pelo Ministério da Saúde. No período estudado, mais de 58% dos usuários possuem como acesso vascular atual FAV, inferior aos 70% preconizados, não estando de acordo com as diretrizes do Governo Federal.

As políticas existentes, voltadas para o renal crônico, estão bem descritas na teoria, porém, a forma de implementação, tanto no âmbito nacional quanto local, pouco se aplica na prática. Não é possível concluir se a política para os cuidados aos usuários com DRC funciona, se, até o momento atual, não foi aplicada na íntegra. Ao se organizar a linha de cuidado do renal crônico e seus familiares, com propostas exequíveis que possam aumentar o atendimento ambulatorial e multidisciplinar, com acesso precoce ao atendimento especializado do nefrologista, a redução na progressão da DRC pode enfim ser alcançada.

Como tentativa de redução do tempo de confecção das FAVs, sugere-se a descentralização do hospital de referência, com atendimento focado nos casos mais complexos, estando a cargo dos hospitais que admitiram o indivíduo com doença renal crônica terminal a confecção da primeira FAV, salvo em situações em que não houver material e equipe especializada para realização da cirurgia. Para isso, é de suma importância uma rede hospitalar integrada do Estado, composta por gestores especializados e conhecedores dessa problemática, que possam regular o usuário para o hospital responsável, precocemente.

Poucos estudos enfatizam a questão do tempo na demora das confecções, sendo necessário conhecer essa realidade nacionalmente, no intuito de garantir a integralidade do atendimento do SUS aos usuários.

REFERÊNCIAS

- ALCALDE, P. R.; KIRSZTAJN, G. M. Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. **J Bras Nefrol**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 122-9, 2018.
- ALENCAR, S. B. V. de *et al.* Depression and quality of life in older adults on hemodialysis. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [S.L.], v. 42, n. 2, p. 195-200, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0345>.
- AROGUNDADE, F.A. *et al.* Burden of end-stage renal disease in sub-Saharan Africa. **Clinical Nephrology**, [S.L.], v. 93, n. 1, p. 3-7, 1 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.5414/cnp92s101>.
- ATAMARI-ANAHUI, N. *et al.* Epidemiology of chronic kidney disease in Peru and its relation to social determinants of health. **International Health**, [S.L.], v. 12, n. 4, p. 264-271, 31 out. 2019. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/inthealth/ihz071>.
- BASHAR. K. *et al.* Arteriovenous fistula in dialysis patients: Factors implicated in early and late AVF maturation failure. **Surgeon**, Oxford, v. 14, n. 5, p. 294-300, Oct. 2016.
- BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Guia do Conselheiro, Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. **Portaria nº 389, de 13 de março de 2014**. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 mar. 2014. Seção 1, p. 34-7.
- BRASIL. **Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2018. Seção 1, p.148-51
- BRASIL. **Resolução RDC nº 154, de 15 de junho 2004**. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jun. 2004. Seção 1, p. 65-9.
- BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.

CAETANO, J. P. M.; FERNANDES, M. V.; MARCON, S. S.; DECESARO, M. N. Refletindo sobre as relações familiares e os sentimentos aflorados no enfrentamento da doença crônica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S.L.], v. 10, n. 4, p. 845-852, 9 out. 2011. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v10i4.18331>.

CAPLAN, M. A.; WASHINGTON, T. R.; SWANNER, L. Beyond Income: a social justice approach to assessing poverty among older adults with chronic kidney disease. **Journal of Gerontological Social Work**, [S.L.], v. 60, n. 6-7, p. 553-568, 22 jun. 2017. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/01634372.2017.1344174>.

CARNEIRO, E. B. **Associação da qualidade de vida dos nefropatas crônicos com o tipo de acesso vascular para hemodiálise**. 2019. 81f. Dissertação (Mestrado Profissional em Cirurgia) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2019.

CARVALHO, Maria L.; BARBOSA, Telma R. C. G.; SOARES, Jeferson B. Implementação de política pública: uma abordagem teórica e crítica. In: COLOQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTIÓN UNIVERSITARIA EN AMÉRICA DEL SUR, X, 2010, Mar del Plata, **Anais eletrônico**. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/30378023.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

CATALDO, R. *et al.* General concepts in biostatistics and clinical epidemiology: observational studies with cross-sectional and ecological designs. **Medwave**, [S.L.], v. 19, n. 08, p. 7698-7698, 30 set. 2019. Medwave Estudios Limitada. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2019.08.7698>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

CENTENARO, G. A. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. **Ciêñ Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. suppl.1, 1881-5, 2010.

COENTRÃO, L. *et al.* Effects of starting hemodialysis with an arteriovenous fistula or central venous catheter compared with peritoneal dialysis: a retrospective cohort study. **BMC Nephrol**, London, v. 13, p. 88, 2012.

COPPETTI, L. de C. *et al.* Homens nas práticas de cuidados familiares: análise documental de teses e dissertações brasileiras. **Research, Society and Development**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 1-15, 1 jan. 2020. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i1.1783>.

CREWS, D.C. *et al.* Dietary Habits, Poverty, and Chronic Kidney Disease in an Urban Population. **Journal Of Renal Nutrition**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 103-110, mar. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1053/j.jrn.2014.07.008>.

DONAR, G. B.; TOP, M. A conceptual framework of quality of life in chronic kidney disease in Turkey: a patient :focused approach. **The International Journal of Health Planning and Management**, [S.L.], v. 35, n. 6, p. 1335-1350, 3 ago. 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.3038>.

FRÁGUAS, G.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: demanda e recursos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 271-277, June 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452008000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 nov. 2020.

FREITAS, W.de M. F. *et al.* Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 43, n. 1, p. 85-90, fev. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102009000100011>.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 59, n. 4, p. 532-536, Aug. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 fev. 2021.

FORTALEZA, A. C. M. **Política de saúde e portadores de doença renal crônica**: direitos assistenciais e previdenciários assegurados. 2020. 69 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.

GODOY, M. R. *et al.* Estimando as perdas de rendimento devido à doença renal crônica no Brasil. **Divulg Saúde Debate**, v. 38, p. 68-65, 2007.

GORDAN, Pedro A. Grupos de risco para doença renal crônica. **Braz. J. Nephrol.**, v.28, n. 2 suppl. 1, p. 8-11, jun. 2006. https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v28n3s2a04.pdf

KDIGO. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney Int Supplements**, New York, v. 3, n. 1, p. 5-14, Jan. 2013.

KESMODEL, U. S. Cross-sectional studies - what are they good for? **Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica**, [S.L.], v. 97, n. 4, p. 388-393, 15 mar. 2018. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.13331>. Acesso em: 11 nov. 2020.

KUNWAR, D. *et al.* Depression and Quality of Life among the Chronic Kidney Disease Patients. **Journal of Nepal Health Research Council**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 459-465, 14 nov. 2020. Nepal Health Research Council. <http://dx.doi.org/10.33314/jnhrc.v18i3.2556>.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Estrutura normativa e implementação de políticas públicas. In: MADEIRA, L. M. **Avaliação de políticas públicas**. 1.ed. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2014.

LIMA, M. "Raça" e pobreza em contextos metropolitanos. **Tempo Social**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 233-254, 2012. DOI: 10.1590/S0103-20702012000200012.

Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/53140>. Acesso em: 16 fev. 2021.

LEE, T. Fistula First Initiative: Historical impact on vascular access practice patterns and influence on future vascular access care. **Cardiovasc Eng Technol**, New York, v. 8, n. 3, p. 244-54, Sep. 2017.

LUYCKX, V. A.; TONELLI, M.; STANIFER, J. W. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. **Bull World Health Organ**, Geneva, v. 96, n. 6, p. 414-22D, Jun. 2018.

MA, Yunyan *et al.* Economic burden of maintenance hemodialysis patients' families in Nanchong and its influencing factors. **Annals of Palliative Medicine**, [S.L.], v. 9, n. 6, p. 3877-3884, nov. 2020. AME Publishing Company. <http://dx.doi.org/10.21037/apm-20-1787>.

MAHATO, S. K. S. *et al.* Factors associated with quality of life among chronic kidney disease patients in Nepal: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-14, 29 jun. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-020-01458-1>.

MALLAMACI, F.; PISANO, A.; TRIPEPI, G. Physical activity in chronic kidney disease and the EXerCise Introduction To Enhance trial. **Nephrology Dialysis Transplantation**, [S.L.], v. 35, n. 2, p. 18-22, 1 mar. 2020. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/ndt/gfaa012>.

MALOVRH, M. Postoperative assessment of vascular access. **J Vasc Access**, Milano, v. 15, n. Suppl 7, p. S10-4, 2014.

MARSH, A. M.; GENOVA, R.; BUICKO, J. L. Dialysis Fistula. [Updated 2020 Jun 9]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): **StatPearls Publishing**; Jan 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559085/>. Acesso em: 14 nov. 2020.

MARTÍNEZ, B. B. *et al.* Desigualdade social em pacientes renais crônicos. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 195-9, maio/jun. 2011.

MARTROIANNI-KIRSZTAJN, G.; BASTOS, M. G.; BURDMANN; E. A. Strategies of the Brazilian Chronic Kidney Disease Prevention Campaign (2003-2009). **Nephron Clin Pract**, Switzerland, v. 117, p. c259-c65, 2011.

MENEZES, F. G. *et al.* Panorama do tratamento hemodialítico financiado pelo Sistema Único de Saúde - Uma perspectiva econômica. **J Bras Nefrol**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 367-78, 2015.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. KDOQI Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy and Vascular. **Am J Kidney Dis**, New York, v. 48, n. Suppl. 1, p. S2-S90, Jul. 2006.

NEVES, P. D. M. de M. *et al.* Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. **Braz. J. Nephrol.** São Paulo, v. 42, n. 2, p. 191-200, June 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002020000200191&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 14 nov. 2020.

NIANG, A.; IYENGAR, A.; LUYCKX, V. A. Hemodialysis versus peritoneal dialysis in resource-limited settings. **Current Opinion in Nephrology and Hypertension**, [S.L.], v. 27, n. 6, p. 463-471, nov. 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/mnh.0000000000000455>. Acesso em: 10 nov. 2020.

NOGUEIRA, I. L. A. *et al.* Aspectos sociodemográficos e clínicos relacionados à qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **Rev Min Enferm.**, v. 22, p. 1080, 2018.

PANG, S. C. *et al.* Current state of vascular access in Singapore. **The Journal of Vascular Access**, [S.L.], v. 21, n. 5, p. 582-588, 26 set. 2019. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1129729819878595>. Acesso em: 11 nov. 2020.

PANIAGUA-SIERRA, J. R.; GALVÁN-PLATA, M. E. Chronic kidney disease. **Rev Med Inst Mex Seguro Soc**, Mexico, v. 55, Suppl. 2, p. S116-7, 2017.

PERICO, N.; REMUZZI, G. Prevention programs for chronic kidney disease in low-income countries. **Internal and Emergency Medicine**, [S.L.], v. 11, n. 3, p. 385-389, 16 mar. 2016. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11739-016-1425-7>. Acesso em: 14 nov. 2020.

PINHEIRO, R. Integralidade como princípio do direito à saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 255-262.

PIZARRO, M. H. *et al.* Glomerular filtration rate estimated by the Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation in type 1 diabetes based on genomic ancestry. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 1-7, 15 ago. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s13098-020-00578-4>.

PREZOTTO, K. H.; ABREU, I. S. O paciente renal crônico e a adesão ao tratamento hemodialítico. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.8, n. 3, p. 600-5, 2014.

SAMPATHKUMAR, K. *et al.* Vascular access creation and care – Perspective from India. **Chronic Kidney Dis**, Philadelphia, v. 22, n. 6, p. 466-70, Nov. 2015.

SANTOS, B. T. U. dos *et al.* Integralidade do cuidado-permanência na nefrologia: concepções de enfermeiros. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, e03523, 2019. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0080-62342019000100491&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100491&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 nov. 2020.

SANTOS, I. E. dos; DIAS, C. M. de S. B. Homem idoso: vivência de papéis desempenhados ao longo do ciclo vital da família. **Aletheia**, Canoas, n. 27, p. 98-110, jun. 2008. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000100008&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 16 fev. 2021.

SEGAL, M; QAJA, E. Types of Arteriovenous Fistulas. 2020. Aug 13. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): **StatPearls Publishing**; 2020 Jan-. PMID: 29630247.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, Apr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2020.

SESSO, R. C. *et al.* Inquérito brasileiro de diálise crônica: 2016. **J Bras Nefrol**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 261-6, 2017.

SHAIKH, M. *et al.* Utilization, costs, and outcomes for patients receiving publicly funded hemodialysis in India. **Kidney International**, [S.L.], v. 94, n. 3, p. 440-445, set. 2018. Elsevier BV. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kint.2018.03.028>. Acesso em: 14 nov. 2020.

SILVA, L. J. A. **Avaliação da ansiedade e da autoestima em renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico**. 2020. 180f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2020.

SILVA, P. A. B. *et al.* Política pública brasileira na prevenção da doença renal crônica: desafios e perspectivas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, 86, 2020. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100608&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2021.

SILVA, L. K. *et al.* Ensaio sobre a cegueira: mortalidade de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise de emergência. **Ciêns Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2971-80, 2012.

SILVA, M. C. F. Violência estrutural e a interlocução com insuficiência renal crônica na classe trabalhadora. *In*: SEMINÁRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 7. 2010, Franca. **Proceedings online...** Unesp Franca. Disponível em:

http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000112_010000100011&lng=en&nrm=abn. Acesso em: 20 nov. 2019.

SOUZA, J. Raça ou classe? Sobre a desigualdade brasileira. **Lua Nova**, São Paulo, n.65, p.43-69, Aug. 2005. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010264452005000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2021.

TURCHETTI, G. *et al.* The social cost of chronic kidney disease in Italy. **The European Journal of Health Economics**, [S.L.], v. 18, n. 7, p. 847-858, 3 out. 2016. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-016-0830-1>. Acesso em: 17 nov. 2020.

VACHHARAJANI, T. J. *et al.* Fístulas e enxertos arteriovenosos: fundamentos. *In*: DAURGIDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de diálise**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 81-98.

VAN LOON, I. N. *et al.* Quality of life as indicator of poor outcome in hemodialysis: relation with mortality in different age groups. **Bmc Nephrology**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-9, 6 jul. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12882-017-0621-7>.

VILLANEGO, F. *et al.* Impacto del ejercicio físico en pacientes con enfermedad renal crónica: revisión sistemática y metaanálisis. **Nefrología**, [S.L.], v. 40, n. 3, p. 237-252, maio 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2020.01.002>.

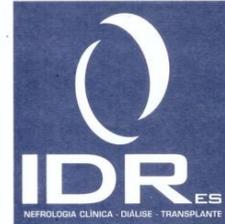
WEBSTER, A. C. *et al.* Chronic kidney disease. **Lancet**, London, v. 389, n.10075, p. 1238-52, Mar. 2017.

WU, C. K. *et al.* Association of early loss of primary functional patency of arteriovenous access with mortality in incident hemodialysis patients. **Medicine**, Baltimore, v. 97, n. 31, p. e11630, Aug. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta de Anuência Instituto Capixaba do Rim

CARTA DE ANUÊNCIA



Eu, Paulo Anecio Paste, na qualidade de Responsável Técnico pelo ICR (Instituto Capixaba do Rim) **AUTORIZO** que o projeto **“EFEITOS DA CONFEÇÃO TARDIA DAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS: UMA AVALIAÇÃO DO SERVIÇO”**, possa ser desenvolvido no âmbito desta clínica de hemodiálise. O estudo será desenvolvido pelo Pesquisador **Thiago Croce de Brito Resende** como tema para sua dissertação de mestrado e orientado pelo **Prof.Dr.Valmin Ramos da Silva**, docente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local (Mestrado) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

O estudo somente poderá ser iniciado depois da sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM.

Vitória, 03 de Junho de 2019

Paulo Anecio Paste

Paulo Anecio Paste
Responsável Técnico do ICR

INSTITUTO CAPIXABA DO RIM
CNPJ: 03.436.704/0001-08
Dr. Paulo Anecio Paste
CRM-ES 2800 - Diretor



Unidade Serra - CNES 4044851
Vitória Apart Hospital
(27) 3348-5490

A NOSSA ATENÇÃO VAI ALÉM DA DIÁLISE

Unidade Vitória - CNES 0011991
Hospital Associação dos Funcionários Públicos
(27) 3232-5713

Unidade Linhares - CNES 5418186
Hospital Rio Doce
(27) 3371-2032

APÊNDICE B – Carta de Anuência Instituto de Doenças Renais



CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Michel Silvestre Zouain Assbu, na qualidade de Responsável Técnico pelo IDR (Instituto de Doenças Renais) **AUTORIZO** que o projeto **“EFEITOS DA CONFEÇÃO TARDIA DAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS: UMA AVALIAÇÃO DO SERVIÇO”**, possa ser desenvolvido no âmbito desta clínica de hemodiálise. O estudo será desenvolvido pelo Pesquisador **Thiago Croce de Brito Resende** como tema para sua dissertação de mestrado e orientado pelo **Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva**, docente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local (Mestrado) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

O estudo somente poderá ser iniciado depois da sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM.

Vitória, 03 de Junho de 2019



Michel Silvestre Zouain Assbu
Responsável Técnico do IDR

Michel S. Zouain Assbu
Responsável Técnico
MÉDICO
CRM-ES 520

A NOSSA ATENÇÃO VAI ALÉM DA DIÁLISE

Unidade Serra - CNES 4044851
Vitória Apart Hospital
(27) 3348-5490
serra@idr-es.com.br

Unidade Vitória - CNES 0011991
Hospital Associação dos Funcionários Públicos
(27) 3232-5713
vitoria@idr-es.com.br

Unidade Linhares - CNES 5418186
Hospital Rio Doce
(27) 3371-2032
linhares@idr-es.com.br

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITOS DA CONFECÇÃO TARDIA DAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS: UMA AVALIAÇÃO DO SERVIÇO

Pesquisador: THIAGO CROCE DE BRITO RESENDE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16090819.2.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.477.060

Apresentação do Projeto:

A doença renal crônica (DRC) é definida como diminuição da função renal e quando a TFG atinge valores abaixo de 15 ml/min/1,73m² (estágio 5), a doença renal em estágio terminal é estabelecida e a hemodiálise (HD) é uma opção de tratamento, sendo imprescindível um acesso vascular, de preferência fístulas arteriovenosas. O tipo do acesso no momento de se iniciar HD, está relacionado com aumento da mortalidade, principalmente nos que iniciaram com cateteres venosos centrais, em que quadros infecciosos foram a maior causa de morte, seguida por doença cardiovascular. OBJETIVO: Analisar os efeitos da confecção tardia das fístulas arteriovenosas nos pacientes renais crônicos, delinear sobre a importância da integralidade no cuidado à saúde do paciente renal crônico com enfoque no acesso vascular e propor soluções que possam contribuir na instalação de políticas públicas eficazes na tentativa de resolução da referida problemática. METODOLOGIA: Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, a ser realizado em duas clínicas de hemodiálise, o Instituto de Doenças Renais (IDR), localizada no município de Vitória e o Instituto Capixaba do Rim (ICR), localizada no município de Serra-ES, Brasil. Serão coletados dados dos prontuários do sistema NEFRODATA, a partir do mês de setembro de 2016, mês subsequente ao compromisso celebrado entre as clínicas de hemodiálise da Grande Vitória junto a Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo, ao definir o Hospital Estadual Dório Silva como referência para confecção de fístulas arteriovenosas, de todos os pacientes hemodialíticos do SUS, que foram

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ANEXO B – Termo de Compromisso

TERMO DE COMPROMISSO

Termo de Compromisso que entre si celebram a Secretaria de Estado da Saúde e o IDR - Instituto de Doenças Renais Ltda.

Pelo presente instrumento a Secretaria de Estado da Saúde, representado pelo Subsecretário de Estado de Assistência de Saúde, Sr **FABIANO MARILY**, portador da Carteira de Identidade nº 786.585 – SSP/ES, inscrito no CIC (MF) sob o nº 938.098.087-68, residente Av. Antônio Gil Veloso, nº 1.500 – Apto 404 – Praia da Costa, Vila Velha –ES, CEP 29101-011, nomeado pelo Decreto nº 1935-S, de 29/10/2015 publicado no DIOES de 03/11/2015, resolve firmar o presente Termo de Compromisso, com o IDR - INSTITUTO DE DOENÇAS RENAI S LTDA, com sede na Rua Pedro Palácios, nº 155, Centro, Vitória – ES, CEP. 29.015-160 representada neste ato pelo Diretor DR. PAULO ANECIO PASTE, residente à Av. Dante Micheline, 2.177, apto. 401 – Mata da Praia, Vitória-ES, CRM-ES nº 2800, portador da Carteira de identidade nº 307.862 expedida pela SSP-ES, e o CPF nº 652.190.157-53, conforme Portaria Ministerial 389, de 13 de março de 2014:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Instituto de Doenças Renais – IDR, tem por objetivo definir o HOSPITAL DORIO SILVA, como referência para confecção de fistulas artério-venosas dos pacientes que realizam tratamento dialítico no referido instituto.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES

O Instituto de Doenças Renais – IDR tem a obrigação de encaminhar os pacientes ao hospital de referência, acompanhado de laudo médico descritivo.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo da vigência do presente Termo de Compromisso será de 24 (vinte e quatro) meses, contado a partir da data de sua assinatura, podendo ser alterado desde que haja concordância entre as partes.

CLÁUSULA QUARTA – DO FORO

E por estarem justos e compromissados com as cláusulas e condições aqui pactuadas, assinam as partes do presente Termo de Compromisso em 03 (três) vias de igual teor e forma, para que produzam os necessários efeitos legais.

Vitória(ES), 24 de agosto de 2016


MICHEL SILVESTRE ZOUAIN
ASSBU
Representante Legal do IDR


FABIANO MARILY
Subsecretário de Estado da Saúde