

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE
(Modalidade à Distância)

JULIANA DA ROCHA FREITAS

**DIAGNÓSTICO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NA
FRONTEIRA OESTE DO RIO GRANDE DO SUL**

Santana do Livramento - RS

2012

JULIANA DA ROCHA FREITAS

**DIAGNÓSTICO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NA
FRONTEIRA OESTE DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde, do curso de Especialização em Gestão em Saúde, da Escola de Administração, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Paul Douglas Fisher

Santana do Livramento - RS

2012

JULIANA DA ROCHA FREITAS

**DIAGNÓSTICO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NA
FRONTEIRA OESTE DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde, do curso de Especialização em Gestão em Saúde, da Escola de Administração, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Paul Douglas Fisher

Conceito final: _____

Aprovado em: ____ de _____ de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Mariana Baldi

Prof. Fernando Dias Lopes

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos serviços de nefrologia da fronteira oeste pelo apoio, estímulo e importante contribuição para que o estudo proposto pudesse ser realizado. Aos colaboradores da Cardio Nefroclínica, em especial ao Gerente de Tecnologias, Anderson Alves; e ao Chefe de Patrimônio, Élbio Leguissaman. Aos colaboradores das Renal de Alegrete e Rosário, em especial à Diretora Geral, Dra. Ruth Lilian.

RESUMO

O presente trabalho analisa a eficácia do diagnóstico da doença renal crônica no atendimento ambulatorial dos pacientes na fronteira oeste do Rio Grande do Sul a partir do estudo do tipo de ingresso na terapia renal substitutiva e acesso vascular utilizado, bem como os índices de mortalidade nestes casos nos últimos quatro anos. Para tal verificação, utilizaram-se dados dos pacientes com insuficiência renal crônica dos municípios de Santana do Livramento, Alegrete e Rosário do Sul.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica. Acesso Vascular. Mortalidade. Hemodiálise. Diagnóstico. Atendimento Ambulatorial.

RESUMEN

Este trabajo analiza la evolución del paciente renal crónico asistido en ambulatorio en la frontera oeste del Rio Grande do Sul, a partir del estudio del tipo de entrada en la terapia renal sustitutiva y el acceso vascular utilizado, así como los índices de mortalidad en estos casos en los últimos cuatro años. Para dicho control se utilizó los datos de los pacientes con insuficiencia renal crónica de los municipios de Santana do Livramento, Alegrete y Rosário do Sul.

Palabras llave: Insuficiencia Renal Crónica. Acceso Vascular. Mortalidad. Hemodiálisis. Diagnóstico. Atendimiento en Ambulatorio.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Óbitos por tipo de ingresso no tratamento hemodialítico em Santana do Livramento (percentual).....	20
Gráfico 2: Tipo de acesso venoso utilizado no ingresso ao tratamento hemodialítico em Santana do Livramento (percentual).....	21
Gráfico 3: Óbitos por tipo de acesso venoso inicial, no primeiro ano de tratamento hemodialítico, em Santana do Livramento (percentual)	22
Gráfico 4: Óbitos por tipo de ingresso no tratamento hemodialítico em Alegrete (percentual)	23
Gráfico 5: Tipo de acesso venoso utilizado no ingresso ao tratamento hemodialítico em Alegrete (percentual)	23
Gráfico 6: Óbitos por tipo de acesso venoso inicial, no primeiro ano de tratamento hemodialítico, em Alegrete (percentual)	24
Gráfico 7: Tipo de entrada no tratamento hemodialítico, em Rosário do Sul (percentual)	25
Gráfico 8: Óbitos por tipo de ingresso no tratamento hemodialítico em Rosário do Sul (percentual)	26
Gráfico 9: Tipo de acesso venoso utilizado no ingresso ao tratamento hemodialítico em Rosário do Sul (percentual)	27
Gráfico 10: Óbitos por tipo de acesso venoso inicial, no primeiro ano de tratamento hemodialítico, em Rosário do Sul (percentual).....	27
Gráfico 11: Tipo de entrada no tratamento hemodialítico na região (percentual)	28
Gráfico 12: Óbitos por tipo de ingresso no tratamento hemodialítico na região (percentual)	29
Gráfico 13: Tipo de acesso venoso utilizado no ingresso ao tratamento hemodialítico na região (percentual)	30
Gráfico 14: Óbitos por tipo de acesso venoso inicial, no primeiro ano de tratamento hemodialítico, na região (percentual)	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- DRC - Doença Renal Crônica
- IRA - Insuficiência Renal Aguda
- TRS - Terapia Renal Substitutiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 A TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA	14
3 REALIDADE DA FRONTEIRA OESTE DO RIO GRANDE DO SUL	19
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA CARDIO NEFROCLÍNICA DE SANTANA DO LIVRAMENTO, RENAL DE ALEGRETE E RENAL DE ROSÁRIO DO SUL	36
ANEXO A – DADOS DA CARDIO NEFROCLÍNICA DE SANTANA DO LIVRAMENTO DE 2008 A 2011	39
ANEXO B – DADOS DA RENAL DE ALEGRETE DE 2008 A 2011.....	43
ANEXO C – DADOS DA RENAL DE ROSÁRIO DO SUL DE 2008 A 2011	47

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, 6,6% das pessoas possuem alguma doença renal; entretanto, apenas 30% delas têm conhecimento. Isso se deve ao fato da doença ser silenciosa, ou seja, não apresenta sintomas nas suas fases iniciais. Quando os primeiros sintomas aparecem, o estágio de evolução da nefropatia já está avançado. É muito importante diagnosticar esta doença com antecedência para frear seu avanço e aumentar a sobrevida dos pacientes. Para isso, é necessária uma rede de assistência ambulatorial preparada para realizar este diagnóstico, que proporcionará as medidas necessárias a cada caso, com o objetivo de reverter o progresso da doença crônica.

Desde a implementação da Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde, ficou definido que as ações e serviços públicos de saúde passariam a fazer parte de uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção em todo país. Esta diretriz representou uma das estratégias para garantir o cumprimento dos princípios de universalidade, integralidade e equidade na saúde pública brasileira. Entretanto foi somente a partir da publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), no ano de 2001, que o desafio de estruturar a saúde a partir do modelo de redes regionalizadas voltou a ser discutido. (KUSCHNIR; CHORNY; LIMA, 2010).

A Norma aborda a questão da regionalização da saúde como forma de garantir que, através da relação entre municípios vizinhos (referência e contrarreferência), o atendimento possa se dar de forma integral, nos diversos níveis de complexidade.

O diagnóstico das doenças se dá justamente no primeiro nível de atenção da rede, definido por Kuschnir, Chorny e Lima (2010, p. 34) como a porta de entrada dos pacientes no sistemas de saúde. É onde se faz a “atenção integral, compreendida como cuidado preventivo, atenção a episódios agudos e acompanhamento de casos crônicos”.

Já o atendimento ambulatorial de especialidades, considerado como nível secundário, se dá por referência do primeiro e pode variar de acordo com o tamanho da população, sua densidade demográfica, o perfil epidemiológico de cada região e os recursos disponíveis.

Nos pacientes com insuficiência renal, um atendimento ambulatorial de qualidade possibilita o diagnóstico precoce da doença, antes que a mesma evolua para uma situação terminal. Isso garantirá um tratamento adequado, que vise à redução da progressão da doença e, se for o caso, um ingresso de maneira eletiva e ambulatorial no tratamento de terapia renal substitutiva (hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante). Caso contrário, devido à deficiência na rede de atendimento, esse diagnóstico é feito quando o paciente encontra-se gravemente enfermo, geralmente hospitalizado e, não raras vezes, em unidade de tratamento intensivo. (JUNGERS et al., 1993).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012), a prevalência de doença renal crônica (DRC) conhecida no país é de 50/100.000 habitantes, inferior ao que é visto nos Estados Unidos (110/100.000) e no Japão (205/100.000). Esta diferença entre esses dois países desenvolvidos e o nosso sugere que a DRC seja uma doença subdiagnosticada em nosso meio. Segundo o último censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2011), existem mais de 90 mil brasileiros em diálise, sendo 90% em hemodiálise. No Rio Grande do Sul são cerca de 5 mil pessoas recebendo este tipo de tratamento. Na última década, houve um aumento de mais de 100% no número de pacientes em diálise no país. O custo anual destes serviços chega a dois bilhões de reais por ano.

Para apresentar a proposta deste trabalho faz-se necessário situar o tratamento ambulatorial das doenças renais no âmbito do SUS. Sua estrutura de assistência foi formalmente definida no ano de 2004, através da Portaria nº 1168 que instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal e a Portaria nº 211 que determina a criação das Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia.

A primeira portaria estabelece uma série de atividades a serem desenvolvidas de forma articulada entre as três esferas de gestão para garantir a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação, não só da doença renal, mas também daquelas patologias que levam ao seu aparecimento.

Há oito anos o governo estabeleceu uma linha de assistência e cuidados integrais ao portador de doença renal crônica, definindo as responsabilidades de cada nível específico.

Segundo a Portaria nº 1168/GM de 15 de junho de 2004, a realização de ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos danos, bem como as

ações clínicas para o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e das doenças do rim cabe ao primeiro nível de atenção, ou seja, às Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família. (BRASIL, 2004a).

O diagnóstico e tratamento especializado a partir do processo de referência e contra referência do portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças renais é feito nos serviços de média complexidade, como por exemplo, os Centros de Referência Especializados.

A garantia ao acesso e a qualidade do processo de diálise, visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida do paciente com perda da função renal está relacionado a um serviço de alta complexidade, contratualizado para estes fins. São os chamados Serviços de Nefrologia e Centros de Referência em Nefrologia, cuja regulamentação foi definida pela Portaria nº 211 de 15 de junho de 2004. São eles também os responsáveis por garantir ao paciente a entrada em lista de espera para transplante renal. (BRASIL, 2004b).

É válido destacar o grande desafio que representa gerenciar a saúde em um país como o nosso, com mais de 192 milhões de pessoas distribuídas em diferentes estados, possuidores de características culturais, econômicas e sociais diversas. Tanto o diagnóstico eficaz, como a oferta de tratamento qualificado varia de estado para estado.

Como bem identificou Moura et al. (2009, p. 128) em estudo realizado sobre o monitoramento da doença renal crônica terminal no Brasil, feito a partir da análise dos dados presentes no subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac): “a incidência de pacientes em tratamento para doença renal crônica terminal foi nitidamente maior no Sul e Sudeste, evidenciando disparidades da oferta deste complexo tratamento”.

O presente trabalho busca identificar se o atendimento ambulatorial na fronteira oeste do Rio Grande do Sul é eficaz em diagnosticar e tratar os pacientes com insuficiência renal crônica. O ingresso eletivo na terapia renal substitutiva pode ser indicativo e estar relacionado a um atendimento ambulatorial de qualidade, bem como apresentar menor índice de mortalidade que o ingresso sem previsão.

A verificação desta hipótese é feita através da avaliação do atendimento ambulatorial da fronteira oeste nos últimos quatro anos utilizando como amostragem os pacientes com insuficiência renal de Santana do Livramento, Alegrete e Rosário

do Sul. Para tanto faz-se necessário identificar a forma de entrada dos pacientes no tratamento na fronteira e o tipo de acesso venoso utilizado por eles neste momento. Além disso, será analisado o índice de mortalidade relacionado a estas duas situações: forma de ingresso no tratamento e tipo de acesso venoso utilizado. Analisando essas informações, é possível avaliar se, ao longo dos anos, houve aumento ou não de ingresso eletivo no tratamento e, assim, diagnosticar a eficácia dos atendimentos ambulatoriais da rede, demonstrando se estes estão melhorando ou não.

Tal levantamento estatístico aqui proposto é inédito na fronteira oeste do Rio Grande do Sul e poderá servir como base de comparação de nossa realidade atual com diversas outras regiões do estado e do país. Segundo Lopes et al. (2008, p. 234) “embora seja reconhecida a importância de se ter dados confiáveis sobre a terapia renal substitutiva (TRS), a coleta de dados sistematizada de pacientes em diálise tem sido um desafio para a maioria dos países”.

A primeira parte do trabalho apresenta a doença renal e a importância de se efetuar um diagnóstico eficaz. A segunda expõe a realidade da fronteira oeste do estado a partir da coleta de dados nos serviços de diálise das cidades escolhidas como amostragem. Por fim, a terceira parte apresenta as considerações finais e algumas sugestões para futuros estudos.

A estratégia de pesquisa utilizada para este trabalho é o estudo de caso dos pacientes em tratamento dialítico nas cidades de Santana do Livramento, Alegrete e Rosário do Sul, mais especificamente das informações relacionadas ao ingresso no tratamento. Existem somente duas opções relacionadas à porta de entrada: a partir da internação hospitalar (emergencial) ou eletivamente através de acompanhamento ambulatorial prévio. Em relação ao acesso utilizado para realizar a hemodiálise, também podem ser de dois tipos, como será explicado na próxima sessão: através de uma fístula artério-venosa, previamente planejada, ou da implantação de um cateter.

A coleta de dados para o presente estudo é feita através de informações contidas no prontuário dos pacientes dos serviços de tratamento das cidades escolhidas, gentilmente cedidas pelas clínicas Cardio Nefroclínica em Santana do Livramento, Renal Clínica de Alegrete e de Rosário do Sul. As três forneceram os dados referentes à entrada e à mortalidade dos pacientes em tratamento dialítico entre os anos de 2008 e 2011.

A abordagem de pesquisa utilizada é a quantitativa, com análise dos dados de maneira interpretativa, pesquisa experimental descritiva e estudo bibliográfico.

2 A TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

O corpo humano possui dois rins que se localizam nas costas, um de cada lado da coluna vertebral. Durante 24 horas, eles desempenham funções importantes como eliminar o excesso de água através da urina, regular a pressão arterial, filtrar substâncias tóxicas retidas no organismo, formar os ossos durante o crescimento e mantê-los normais, além de estimular a produção de glóbulos vermelhos, que evitam a anemia.

A insuficiência renal é a incapacidade de ambos os rins realizarem seu trabalho. Eles adoecem em consequência de algumas doenças, como hipertensão arterial crônica, diabetes não controlada, problema de próstata, infecções urinárias de repetição, glomerulonefrites ou uso abusivo de anti-inflamatórios e analgésicos.

O perfil epidemiológico dos ingressos em diálise no Rio Grande do Sul e Santa Catarina aponta que mais de 60% dos pacientes desenvolveram a doença renal a partir da hipertensão ou diabetes mellitus. (FARIAS et al., 2006). O mesmo pode ser verificado no resto do país, onde em relação ao diagnóstico da doença renal primária, as mais frequentes são hipertensão arterial (35,1%) e diabetes mellitus (28,4%). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011).

Para os pacientes com insuficiência renal as opções de tratamento são o transplante ou a diálise. O primeiro é o tratamento mais natural para substituir a função renal; a indicação do transplante renal é médica e, apesar de todos os pacientes serem candidatos, existem algumas situações específicas que podem limitar a sua realização. (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2012, p. 13).

A diálise funciona como um substituto dos rins: filtra o sangue, elimina as substâncias tóxicas que os rins não conseguem eliminar e retira o excesso de água do organismo. Ela pode ser de dois tipos: diálise peritoneal e hemodiálise.

Na diálise peritoneal, a estrutura utilizada como filtro é uma membrana que envolve os órgãos abdominais, chamada peritônio. É necessária a colocação de um cateter na cavidade abdominal, através do qual será infundido uma solução líquida que fará a troca de substâncias com o sangue. Essa solução será drenada algumas horas depois, levando com ela as impurezas do organismo. (ASH et al., 2005).

Já na hemodiálise, o sangue é filtrado com a ajuda de um capilar (filtro) que é formado por um conjunto de pequenos tubos. Durante a hemodiálise, parte do sangue é retirado através de um acesso venoso, passa através do dialisador onde é

filtrado e retorna ao paciente. Este tratamento é normalmente realizado em três sessões semanais de quatro horas cada uma, ou conforme prescrição médica. (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2012, p. 14).

Para que o tratamento hemodialítico possa ser realizado é necessário viabilizar um acesso venoso, o ideal é a confecção de uma fístula artério-venosa. Ela é uma ligação entre uma artéria e uma veia, feita através de uma pequena cirurgia. Um fácil acesso à corrente sanguínea é essencial para que o sangue possa circular até o dialisador e para que ele retorne ao corpo. Essa fístula permite o rápido fluxo de sangue e a realização de várias punções. Para que a veia da fístula esteja em boas condições de punção, são necessárias, no mínimo, quatro semanas de pós-operatório. Por isso, o mais recomendado é que se faça esta pequena cirurgia alguns meses antes de iniciar a hemodiálise. (NISSENSIN; FINE, 1990).

Quando o paciente não possui tempo para esperar a maturação da fístula artério-venosa, por necessitar tratamento imediato, utiliza-se o cateter de duplo lúmen, que permite um acesso vascular emergencial para uma hemodiálise inadiável. (PITTA; ANDRADE; CASTRO, 2003).

Quando se fala em entrada eletiva ao tratamento da doença renal crônica, refere-se a uma escolha cuidadosamente pensada, cujo objetivo é preparar o paciente para o início do tratamento, principalmente quando este é a hemodiálise. Nestes casos, com no mínimo trinta dias de antecedência, o portador de DRC irá confeccionar, através de uma cirurgia, o acesso vascular (fístula) que possibilitará seu tratamento hemodialítico seguro.

Segundo estudo publicado no *Journal of the American Society of Nephrology* as fístulas confeccionadas pelo menos quatro meses antes do início do tratamento diminuem o risco de infecção e mortalidade dos pacientes. Isso se dá principalmente pela redução do uso de cateteres, opção para aqueles que necessitam ingresso ao tratamento de forma emergencial. (OLIVER et al., 2004).

Esta realidade também pode ser confirmada através da conclusão nas pesquisas feitas por Dhingra et al. (2001), nas quais foi possível observar que, além do aumento da mortalidade, as complicações com o acesso venoso são responsáveis por mais de 25% das internações hospitalares nos Estados Unidos.

Em estudo realizado por Reisdorfer (2011) com pacientes portadores de insuficiência renal crônica, dialisando através de cateter de duplo lúmen, observou-se uma situação preocupante. Dos 88 pacientes estudados, 100% tiveram indicação

de acesso através de cateter devido a necessidade de diálise imediata, uma vez que tiveram encaminhamento tardio ao tratamento. Além disso, todos eles tiveram infecção relacionada a este tipo de implante: 52,3% no sítio de inserção do cateter e 47,7% na corrente sanguínea associada ao cateter.

Segundo Duarte e Leal (1998; DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2001; GOODMAN; DANOVITCH, 2001; GUYTON; HAAL, 2006 apud REISDORFER, 2011, p. 25) “a infecção é a segunda causa de morte entre pacientes com insuficiência renal, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Muitas dessas infecções estão associadas ao acesso vascular, principalmente o cateter de duplo lúmen”.

Se compararmos os pacientes que tiveram um acompanhamento nefrológico ambulatorial precoce com aqueles que iniciaram tratamento às pressas devido a um diagnóstico tardio, será possível observar que o segundo tipo de paciente apresenta maior risco de morte no primeiro ano de diálise, tem menor chance de escolher o tipo de tratamento, apresenta piores parâmetros metabólicos, além de permanecer mais tempo hospitalizado e acarretar maiores gastos aos sistemas de saúde. (SESSO; BELASCO apud BASTOS et al., 2004).

Sendo assim, um atendimento ambulatorial eficiente evita o ingresso no tratamento através de hospitalização, uma vez que o paciente estará recebendo um cuidado que, além de diagnosticar adequadamente seu problema, terá providenciado em tempo prudencial o acesso vascular, através de uma fístula artério-venosa. Desta maneira, quando for necessário o ingresso no tratamento hemodialítico, este se dará de maneira eletiva, sem a necessidade de hospitalização.

Quando não existe um atendimento ambulatorial adequado, o paciente apresentará sinais e sintomas de uremia provocados pela insuficiência renal e necessitará hospitalização para colocação de um cateter em veia calibrosa. Este cateter possibilitaria o tratamento adequado até que ser confeccionada e amadureça uma fístula artério venosa. Como salienta Lopes et al. (2008, p. 237):

[...] a porcentagem de pacientes novos que usam cateter venoso como via de acesso para hemodiálise é bastante elevada (67%), similar à observada nos EUA (69%), e superior a diversos países da Europa e do Japão (menor que 40%). Se conseguirmos aumentar a porcentagem de pacientes que iniciam hemodiálise com fístula artério-venosa patente poderemos ter menor morbidade e melhor sobrevida desses pacientes.

Os autores dividem a mesma posição quando se trata de identificar a forma

mais segura de acesso vascular para o tratamento hemodialítico da doença renal. Entretanto, a fístula artério-venosa só pode ser feita quando o atendimento ambulatorial for eficiente, resultando na entrada eletiva em hemodiálise, sem necessitar hospitalização ou cateter. Sendo assim, pode-se afirmar que o ingresso eletivo atesta uma boa abordagem do sistema ambulatorial de saúde da localidade.

Através da troca de informações com as equipes multiprofissionais que trabalham em hemodiálise, o que se contata empiricamente é que os pacientes do Sistema Único de Saúde tem uma rede de atendimento ambulatorial extremamente deficiente. As Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia que deveriam receber os portadores de doença renal referenciados da rede básica, ação prevista na legislação, não acontece. Estes pacientes permanecem sem tratamento adequado, perdendo a oportunidade de ter equacionado seu tratamento para reduzir ou até mesmo eliminar a doença. Com isso, aumenta a incidência de pessoas necessitando terapia renal substitutiva. Outra observação importante é que muitos pacientes (e em alguns municípios a maioria) ingressam no tratamento através da emergência.

Há cinco anos estou atuando em um serviço de hemodiálise da fronteira oeste do Rio Grande do Sul, coordeno o Sistema de Gestão e Qualidade da clinica. Este fato me possibilita perceber com mais clareza a realidade vivida pelos pacientes que necessitam o tratamento hemodialítico para sobreviver. São homens e mulheres que chegam até nós com os níveis de creatinina e uréia (exames que identificam a função renal) elevados, retratando a descompensação da função renal. Soma-se a isso a falta acesso vascular previamente confeccionado e a necessidade de tratamento dialítico emergencial.

Uma situação que contribui com esta realidade é a falta de médio nefrologista na rede pública de saúde do município. Além disso, não existe um Centro de Referência em Nefrologia que acompanhe de forma precoce os pacientes que demandam observação especializada.

No ano de 2006, a partir da iniciativa de pacientes em diálise e seus familiares, criou-se em Santana do Livramento uma ONG dedicada a desenvolver ações de prevenção da doença renal. Desde 2011 esta organização conta com médico que atua voluntariamente, uma hora por dia, atendendo aos pacientes referenciados dos postos de saúde com indicação de acompanhamento nefrológico. Já é possível verificar que alguns deles estão chegando para realizar o tratamento dialítico com prévio acompanhamento, saúde estabilizada e ingresso via ambulatório. Mas

infelizmente são casos ainda esporádicos e que ocorrem devido à ação individual de alguns profissionais que, por convicção, dedicam parte de seu dia para realizar o que seria uma responsabilidade do setor público.

Este trabalho busca identificar através da análise dos indicadores propostos, se o que é percebido na prática condiz com a realidade na fronteira oeste do Rio Grande do Sul. Na sessão seguinte, apresenta-se o levantamento feito para medir a qualidade e a eficiência do atendimento ambulatorial da região. Ele foi realizado com o prontuário eletrônico dos Serviços de Hemodiálise de Santana do Livramento, Alegrete e Rosário do Sul, escolhidas com o objetivo de identificar a forma de ingresso no tratamento hemodialítico, o tipo de acesso utilizado pelos pacientes, além da mortalidade em ambos os casos.

3 REALIDADE DA FRONTEIRA OESTE DO RIO GRANDE DO SUL

Para observar a realidade da fronteira oeste do Rio Grande do Sul, optou-se por analisar quatro tipos de indicadores¹ com a mesma forma de coleta de dados e no mesmo período de tempo. O primeiro deles, denominado “Tipo de Ingresso” apresenta o percentual de ingresso no tratamento hemodialítico, podendo se dar através do ambulatório ou do hospital. Para esta abordagem, foram considerados somente aqueles pacientes com insuficiência renal crônica. Ao ser gerado, este indicador não contabilizou os pacientes com insuficiência renal aguda (IRA).

Esta seleção se dá justamente pelo fato de não ser previsível a necessidade de hemodiálise nos pacientes com IRA, motivo pelo qual todos utilizam cateter. Já a doença renal crônica, por ser uma patologia prolongada e arrastada, tem a possibilidade de ser diagnosticada em consulta.

O indicador “Tipo de Ingresso” mostra quantos pacientes iniciaram o tratamento de forma eletiva e ambulatorial, ou seja, com planejamento, e quantos utilizaram o hospital, de forma emergencial, provavelmente por falta de previsão de ingresso.

O segundo indicador utilizado, denominado “Óbitos por Tipo de Ingresso”, mostra o percentual de mortalidade dos pacientes a partir da forma de entrada, ou seja, dos pacientes que entraram pelo hospital ou ambulatório, o gráfico aponta quantos foram a óbito no primeiro ano de tratamento.

O terceiro indicador escolhido foi “Tipo de Acesso”, que identifica, para cada município, o percentual de pacientes que ingressaram no tratamento com acesso venoso planejado através de uma fístula artério-venosa, e aqueles que tiveram o acesso venoso emergencial, com a implantação de um cateter.

O quarto e último indicador, designado “Óbito por Tipo de Acesso”, apresenta o percentual de mortalidade dos pacientes para cada tipo de acesso vascular, ou seja, os com fístula artério-venosa e os que utilizaram cateter, ambos no período de até um ano após a entrada no tratamento.

Sabe-se, conforme apontado na primeira sessão, que pacientes que possuem um atendimento ambulatorial adequado conseguem prever e se preparar para o início do tratamento. Da mesma forma, estes pacientes possuem menores chances

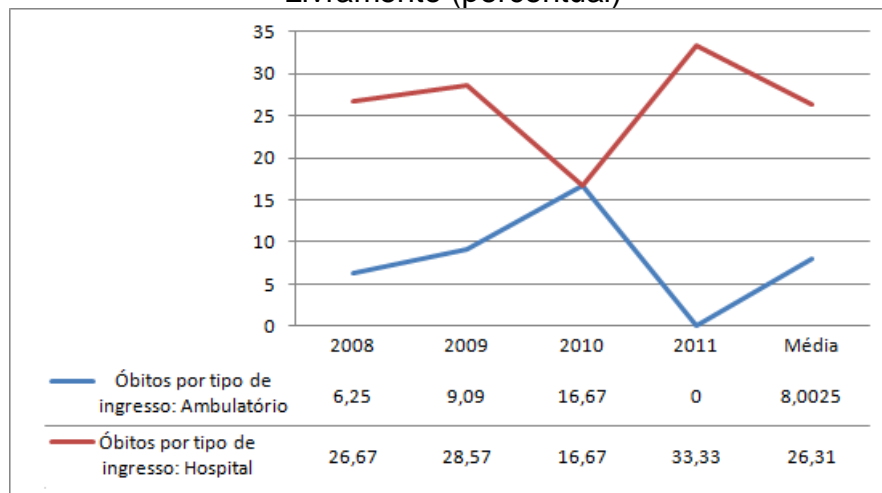
¹Os dados coletados nas três clínicas de hemodiálise visitadas estão anexados ao final do trabalho e serviram de base para a elaboração dos gráficos presentes no corpo do trabalho.

de complicações e de mortalidade. Com os indicadores escolhidos, é possível comparar a realidade da fronteira oeste do estado e identificar formas de intervenção para melhorar ou manter a situação refletida.

A população de Santana do Livramento possui 82.464 habitantes, e o número de pacientes hoje em tratamento dialítico totaliza 105. Entre os anos de 2008 e 2011, ingressaram em hemodiálise 87 pacientes². Destes, 49,6% utilizaram como porta de entrada para o tratamento o ambulatório e 50,3%, as hospitalizações. Nos últimos três anos analisados, os pacientes com insuficiência renal crônica tiveram aumento no ingresso ao tratamento através do hospital.

Tal fato demonstra que o atendimento ambulatorial, bem como a preparação destes pacientes a partir de um diagnóstico de qualidade, não teve êxito em programar o ingresso de forma antecipada. Como poderá ser identificado no gráfico abaixo (Gráfico 1), a mortalidade destes pacientes também acompanhou este crescimento. Analisando a média deste indicador, nos quatro anos analisados, fica claro que a mortalidade pelo tipo de entrada ao longo dos anos foi maior para aqueles que tiveram ingresso através do hospital.

Gráfico 1: Óbitos por tipo de ingresso no tratamento hemodialítico em Santana do Livramento (percentual)



Fonte: Elaborado pelo Autor (2012)

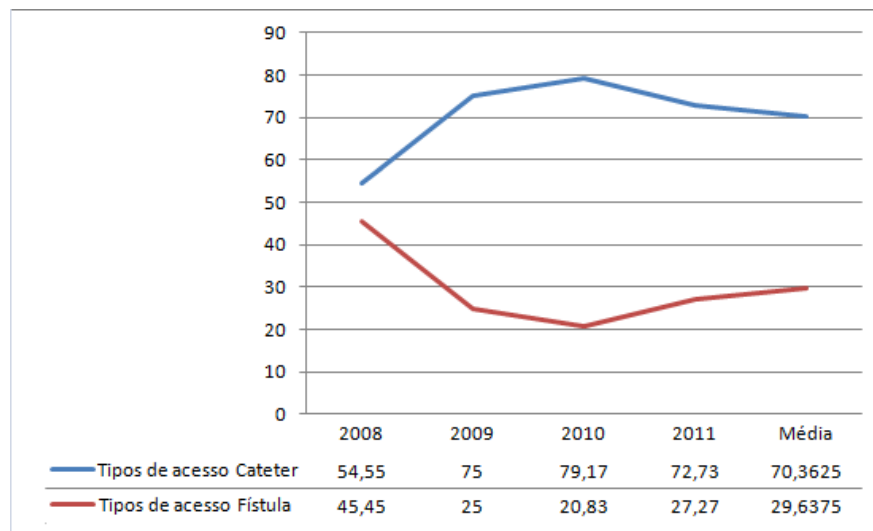
Ainda em Santana do Livramento, crescente também foi, até o ano de 2010, a utilização de cateter como primeira via de acesso vascular para possibilitar a filtração

²Todos os pacientes considerados na tabulação dos dados possuíam no mínimo 60 dias de tratamento. Esta escolha se baseia na decisão de excluir da tabulação os pacientes com IRA.

do sangue e, conseqüentemente, a manutenção da vida dos pacientes em hemodiálise. Apesar deste valor ter diminuído quase 7% em 2011, o cateter ainda foi utilizado pela grande maioria dos pacientes no ingresso ao tratamento (72,7%).

Significa dizer que os pacientes em Santana do Livramento estão ingressando sem previsão no tratamento, já que somente 29,6% em média conseguiram ter tempo para realizar uma fístula, esperar ela ficar madura e ingressar no tratamento utilizando-a.

Gráfico 2: Tipo de acesso venoso utilizado no ingresso ao tratamento hemodialítico em Santana do Livramento (percentual)



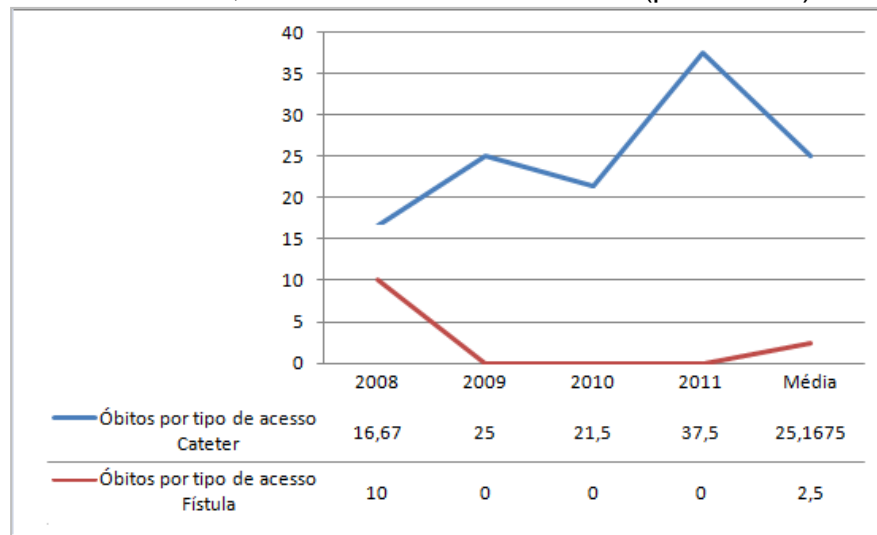
Fonte: Elaborado pelo Autor (2012)

Interessante observar que, mesmo tendo aumentado a utilização de fístulas artério-venosas como forma inicial de acesso para a realização do tratamento hemodialítico, a mortalidade não diminuiu naqueles que estavam utilizando o cateter; ocorreu o contrário. Como pode ser compreendido ao analisar o Gráfico 3, entre os pacientes que utilizaram cateter em 2011, mais de 37% vieram a óbito no primeiro ano de tratamento, 16% a mais que no ano anterior, quando o índice de utilização de cateter era ainda maior.

De forma geral, ao longo dos quatro anos analisados, dos pacientes que possuíam cateter, 25,1% foram a óbito ainda no primeiro ano de tratamento, contra 2,5% dos que ingressaram com fístula artério-venosa. Fica claro que a maioria dos pacientes não possuía previsão de acesso para a diálise e que este grupo teve aumentada sua mortalidade.

Este gráfico apresenta uma realidade alarmante em Santana do Livramento. A mortalidade no primeiro ano de tratamento para os pacientes que ingressam utilizando cateter é 10 vezes maior do que os que utilizaram fístula artério-venosa.

Gráfico 3: Óbitos por tipo de acesso venoso inicial, no primeiro ano de tratamento hemodialítico, em Santana do Livramento (percentual)

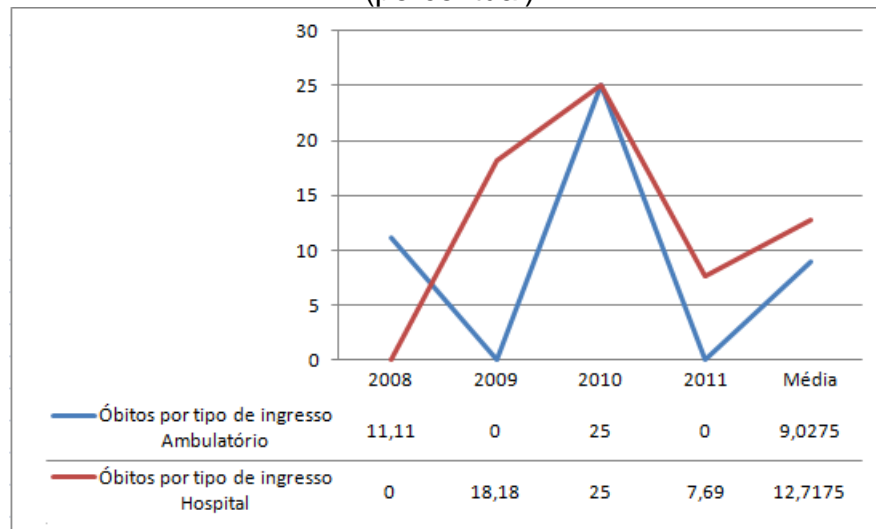


Fonte: Elaborado pelo Autor (2012)

O município de Alegrete possui uma população de 77.653 habitantes e 72 pacientes em diálise. Entre os anos de 2008 e 2011, o número de pacientes que ingressou em tratamento totalizou 66. Nos três primeiros anos, Alegrete teve resultado anual crescente para o ingresso através do hospital, mantendo-se quase igual o valor do último ano analisado em comparação com o anterior.

Aqui verifica-se o mesmo que no município de Santana do Livramento: a diminuição de ingresso através do ambulatório. Isso representa falha no diagnóstico precoce da doença, já que a porta de entrada para o tratamento da maioria dos portadores de doença renal crônica ao longo dos últimos quatro anos foi o hospital (51,6%). Pode-se observar, conforme o Gráfico 4, que o índice de óbito de pacientes na média geral também foi menor para os que ingressaram pelo ambulatório, totalizando 9%. Para os que tiveram ingresso hospitalar, 12,7% foram a óbito.

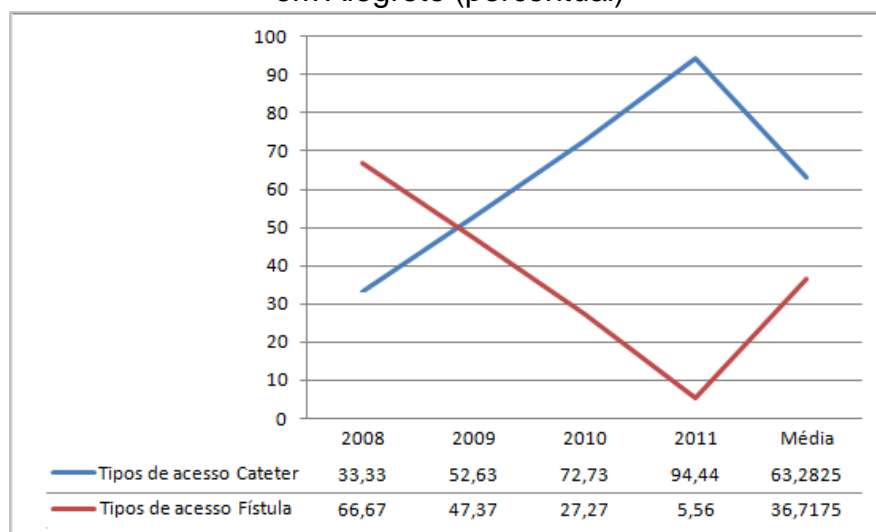
Gráfico 4: Óbitos por tipo de ingresso no tratamento hemodialítico em Alegrete (percentual)



Fonte: Elaborado pelo Autor (2012)

A mesma tendência se repete quando analisado o tipo de acesso utilizado na primeira sessão de hemodiálise, conforme mostra o Gráfico 5. No município de Alegrete, a cada ano, o número de pacientes com fístula está cada vez menor, ou seja, utiliza-se muito mais o acesso emergencial, chegando a representar 94,4% no ano de 2011. Ou seja, no último ano, somente 5,5% dos pacientes possuíam previsão de ingresso em tratamento e, por isso, puderam confeccionar uma fístula artério-venosa com tempo, para que estivesse suficientemente madura quando o ingresso em hemodiálise fosse inevitável.

Gráfico 5: Tipo de acesso venoso utilizado no ingresso ao tratamento hemodialítico em Alegrete (percentual)

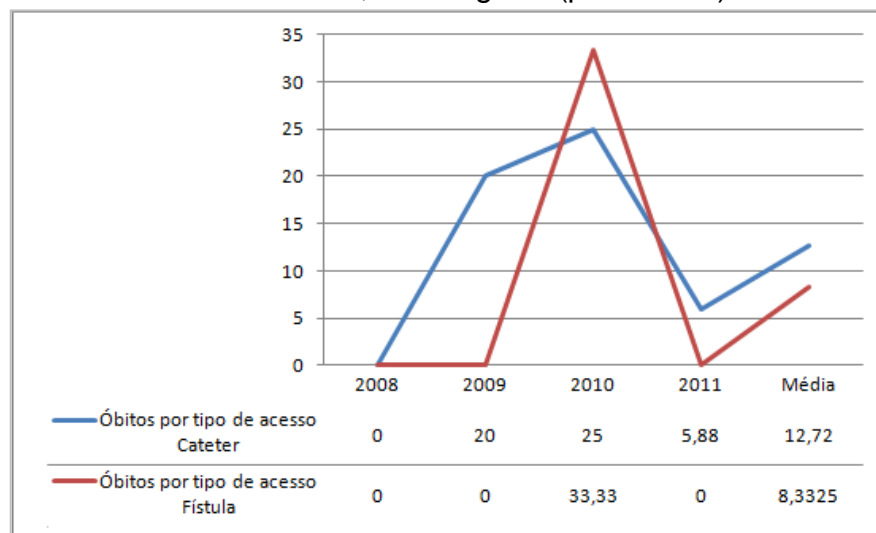


Fonte: Elaborado pelo Autor (2012)

Em Alegrete não existe nefrologista na rede básica de saúde e tão pouco foram criados os Centros de Referência em Nefrologia, conforme normatização federal. Grande então se torna o desafio de diagnosticar a doença renal e prever um ingresso seguro ao tratamento dialítico. A tendência é que este cenário fique cada vez pior, conforme aponta o Gráfico 5.

Como se pode verificar, o índice de pacientes que utilizaram cateter no ingresso ao tratamento entre os anos de 2008 e 2011 é quase o dobro dos que possuíam fístula artério-venosa. Quando observamos a mortalidade destes pacientes, 12,7% dos que possuíam cateter foram a óbito no primeiro ano de tratamento, contra somente 8,3% dos que possuíam cateter (Gráfico 6).

Gráfico 6: Óbitos por tipo de acesso venoso inicial, no primeiro ano de tratamento hemodialítico, em Alegrete (percentual)



Fonte: Elaborado pelo Autor (2012)

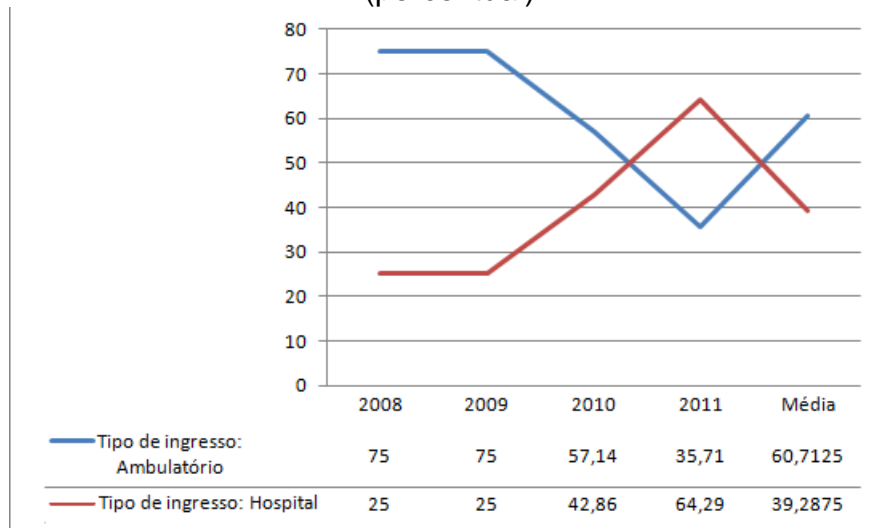
Já o município de Rosário do Sul possui 39.707 habitantes, sendo que realizam diálise hoje 67 pacientes. Entre os anos de 2008 e 2011, ingressaram neste tratamento 56 pacientes. No período analisado, pode-se perceber que o ingresso para tratamento da doença renal crônica através do hospital está crescendo a cada ano que passa. Aqui a situação é preocupante, pois mesmo estando a média geral do período maior para o ingresso via ambulatório, o indicador apresenta diminuição contínua neste índice, apontando já em 2011 uma situação inversa.

Rosário do Sul possuía médico nefrologista atendendo a rede pública até o ano de 2010. Os pacientes que necessitavam atendimento especializado na área eram encaminhados para uma clínica de nefrologia e recebiam atendimento gratuito

pelo SUS. Este pode ser o motivo pelo qual o gráfico que apresenta o ingresso em diálise no município de Rosário ser diferente do de Santana do Livramento e Alegrete, cidades que não possuem nefrologista contratualizado com as Secretarias Municipais de Saúde.

Entretanto, como fica claro no Gráfico 7, desde que a rede básica deixou de contar com nefrologista em Rosário do Sul a situação se inverteu. Em 2011 o número de pacientes com insuficiência renal crônica que ingressou em hemodiálise pela emergência foi quase o dobro dos que utilizaram o ambulatório.

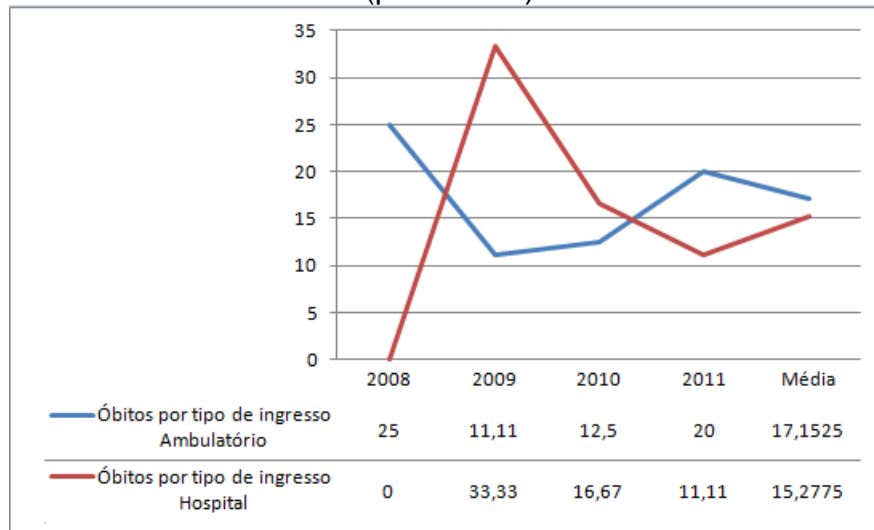
Gráfico 7: Tipo de entrada no tratamento hemodialítico, em Rosário do Sul (percentual)



Fonte: Elaborado pelo Autor (2012)

Entretanto, diferentemente do que foi diagnosticado em Santana do Livramento e Alegrete, a mortalidade foi maior para os pacientes que ingressaram pelo ambulatório nos anos de 2008 e 2011 e menor nos anos de 2009 e 2010. Segundo a média geral, nos anos escolhidos para estudo, 17,1% dos que foram a óbito haviam ingressado de forma eletiva e 15,2%, de forma emergencial hospitalar (Gráfico 8).

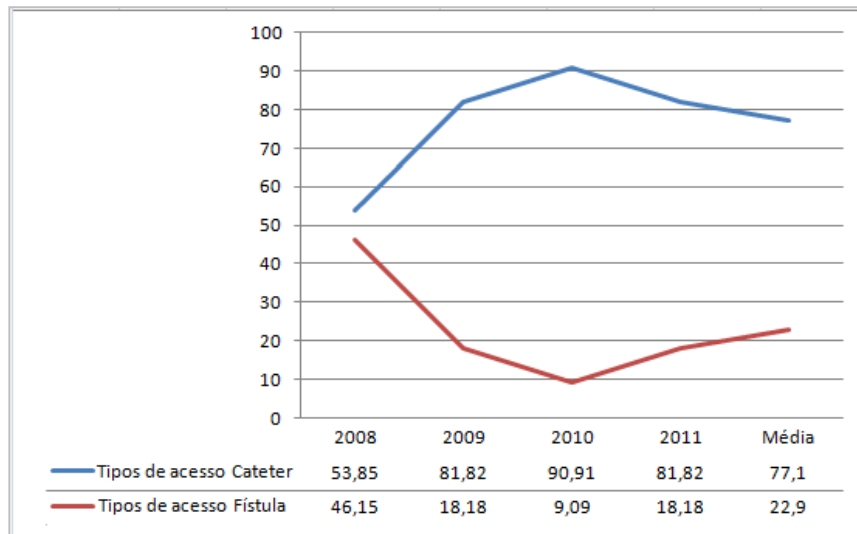
Gráfico 8: Óbitos por tipo de ingresso no tratamento hemodialítico em Rosário do Sul (percentual)



Fonte: Elaborado pelo Autor (2012)

Em relação ao tipo de acesso vascular utilizado no início do tratamento hemodialítico, nos três primeiros anos, a tendência foi crescente para o cateter, diminuindo quase 10% em 2011. Esta mudança resulta positiva, uma vez que, como vimos na sessão anterior, quanto maior for o número de pacientes que ingressarem com fístula, menor a chance de complicações e, eventualmente, de morte. Apesar deste indício positivo, os pacientes que utilizaram cateter morreram mais nos últimos três anos analisados. Quer dizer que, apesar de terem entrado 2% a mais de pacientes pelo ambulatório no período total, o tipo de acesso vascular utilizado para diálise ainda se manteve maior para o cateter, 77,1%, conforme pode-se observar no Gráfico 9.

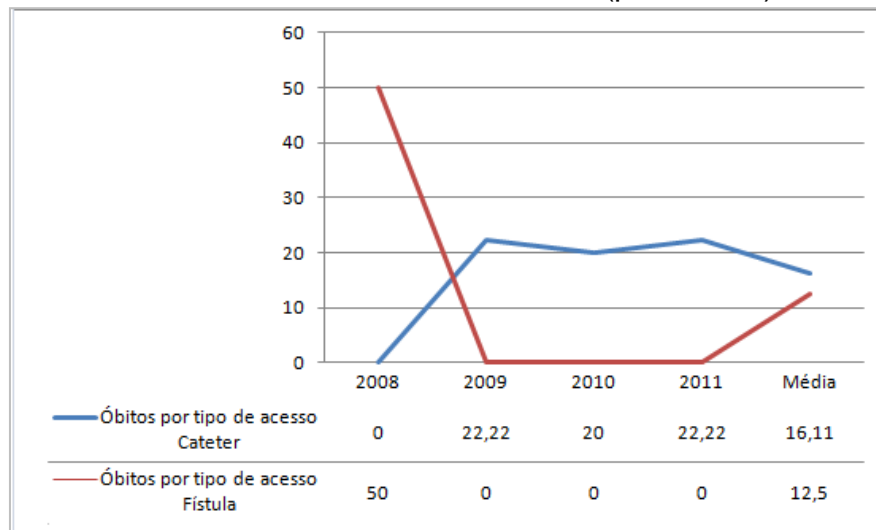
Gráfico 9: Tipo de acesso venoso utilizado no ingresso ao tratamento hemodialítico em Rosário do Sul (percentual)



Fonte: Elaborado pelo Autor (2012)

A taxa de mortalidade também se manteve maior para os que utilizaram a via de acesso emergencial (cateter) para a realização da hemodiálise, 16,1%, contra 12,5% para os pacientes que utilizaram fístulas. (Gráfico 10).

Gráfico 10: Óbitos por tipo de acesso venoso inicial, no primeiro ano de tratamento hemodialítico, em Rosário do Sul (percentual)



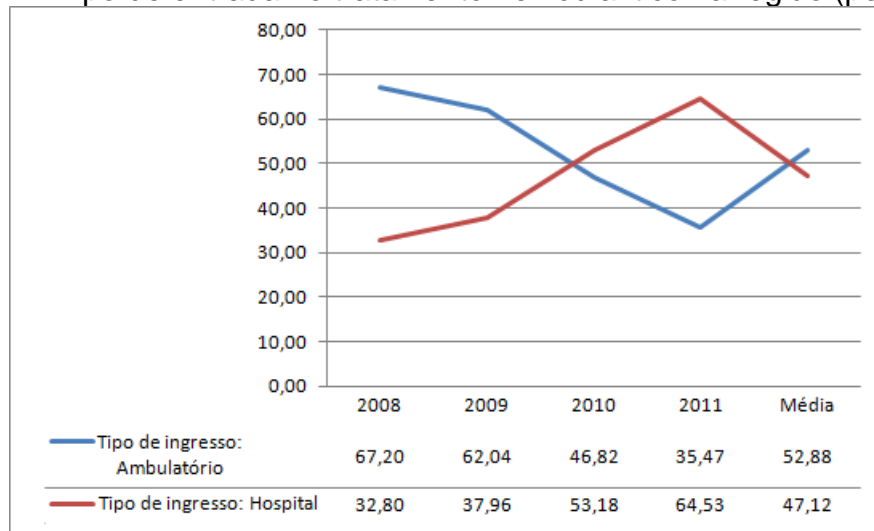
Fonte: Elaborado pelo Autor (2012)

Para realizar o retrato da fronteira oeste do estado do Rio Grande do Sul no que se refere ao tipo de ingresso em tratamento hemodialítico e acesso venoso utilizado para tal, bem como as respectivas taxas de mortalidade para os pacientes com insuficiência renal crônica, somaram-se os dados dos três municípios e

obtiveram-se os resultados da região.

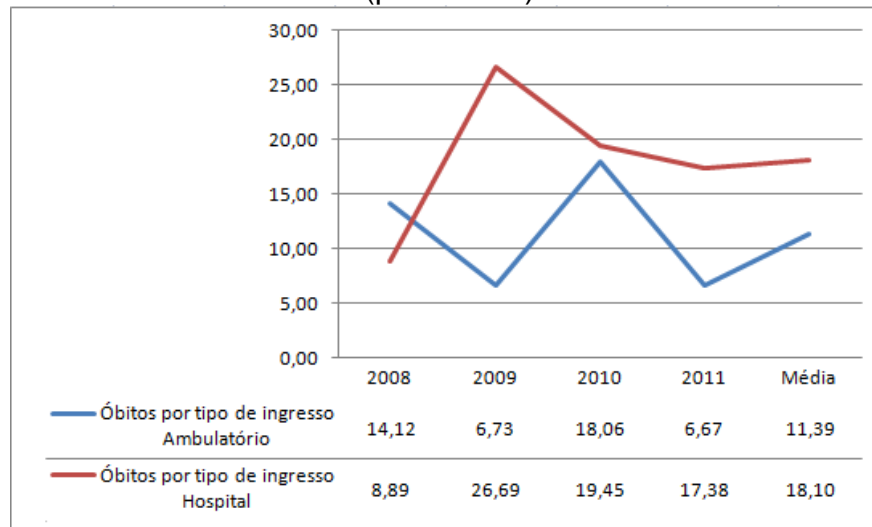
Anualmente os pacientes estão ingressando mais no tratamento através do hospital, conforme mostra o indicador em crescimento anual constante. Crescente também foi a mortalidade relacionada ao tipo de ingresso nos últimos três anos de análise. Somente em 2008 foram a óbito mais pacientes que haviam ingressado pelo ambulatório do que pelo hospital; os outros anos mantiveram a tendência individual dos municípios, ou seja, maior índice de mortalidade para os que não possuíam diagnóstico prévio. (Gráficos 11 e 12).

Gráfico 11: Tipo de entrada no tratamento hemodialítico na região (percentual)



Fonte: Elaborado pelo Autor (2012)

Gráfico 12: Óbitos por tipo de ingresso no tratamento hemodialítico na região (percentual)



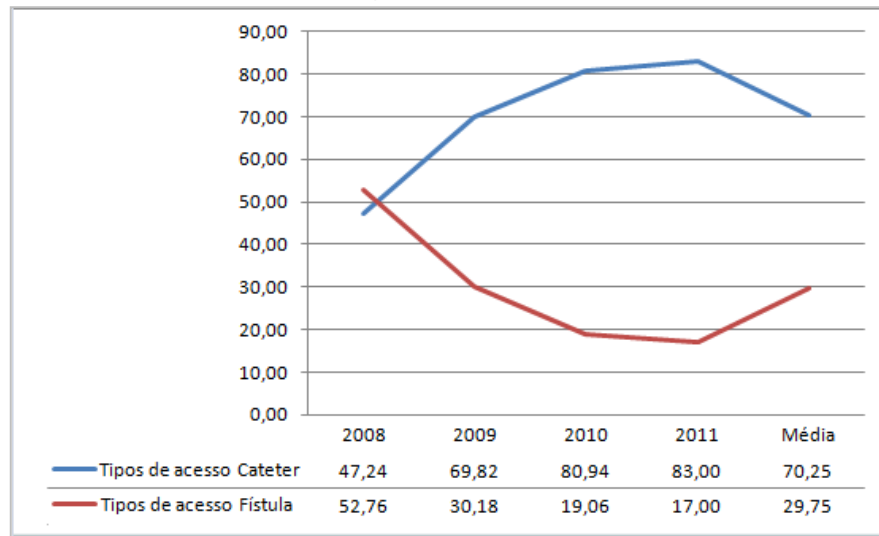
Fonte: Elaborado pelo Autor (2012)

Como ficou claro, a média geral da região nos quatro anos analisados aponta que o tipo de ingresso no tratamento se deu mais pelo ambulatório. Entretanto, 11,3% destes pacientes foram a óbito, contra 18,1% dos que ingressaram pelo hospital.

Quando analisado o tipo de acesso escolhido para o início da hemodiálise, o resultado da região apresentou também aumento anual para a utilização de cateter, tipo de acesso pouco recomendado e comprovadamente responsável pelo aumento das complicações e mortalidade dos pacientes portadores de doenças renais.

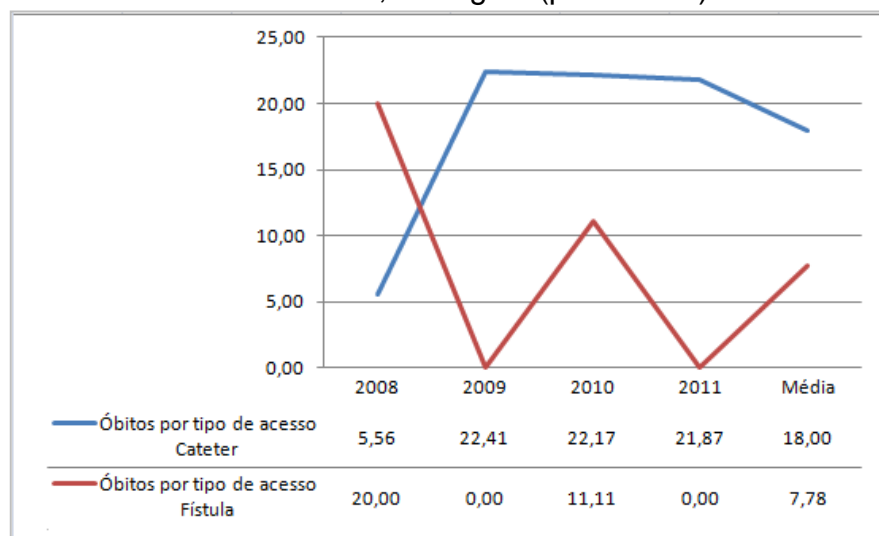
Foi o que pôde ser observado também em relação aos óbitos por tipo de acesso. Nos três últimos anos analisados, na fronteira oeste do estado, a taxa de mortalidade dos pacientes que ingressaram com cateter foi maior do que os que utilizavam fístula. (Gráficos 13 e 14).

Gráfico 13: Tipo de acesso venoso utilizado no ingresso ao tratamento hemodialítico na região (percentual)



Fonte: Elaborado pelo Autor (2012)

Gráfico 14: Óbitos por tipo de acesso venoso inicial, no primeiro ano de tratamento hemodialítico, na região (percentual)



Fonte: Elaborado pelo Autor (2012)

Segundo a média geral, a mortalidade dos pacientes que utilizaram cateter como tipo de acesso ao tratamento hemodialítico manteve-se elevada. Dos pacientes que utilizaram acesso emergencial na região, 18% foram a óbito, contra 7,7% dos que estavam com fístula artério-venosa.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do conteúdo exposto nas duas sessões anteriores, e considerando a compilação de dados proposta inicialmente, pode-se concluir que o atendimento ambulatorial na fronteira oeste não apresenta resultado eficaz no que se refere ao diagnóstico e à previsão de ingresso em tratamento hemodialítico dos pacientes com insuficiência renal crônica.

Essa afirmação é feita com base, principalmente, no resultado do indicador “Tipo de Acesso”. Ele aponta que, em cada município individualmente, e também na média geral da região, o tipo de acesso vascular utilizado para o ingresso ao tratamento é o cateter. Se o ingresso eletivo na terapia renal substitutiva vem acompanhado da confecção prévia de uma fístula artério-venosa, este indicador aponta que entre os anos de 2008 e 2011, na região da fronteira oeste, somente 29,7% dos acessos foram realizados através de fístula e está diminuindo anualmente.

Significa dizer que, se a grande maioria dos pacientes que ingressaram em tratamento estava usando cateter, não houve previsão de ingresso e muito possivelmente não houve diagnóstico precoce. Tão pouco existiu acompanhamento dos pacientes nas fases iniciais da doença que pudesse representar um cuidado integral e, conseqüentemente, uma previsão de ingresso seguro ao tratamento.

O trabalho confirma os dados da literatura, que aponta maior mortalidade para os pacientes que ingressam em hemodiálise tendo como acesso vascular um cateter. Na fronteira oeste do Rio Grande do Sul, mais de 18% dos pacientes que utilizaram cateter na primeira diálise evoluíram para óbito no primeiro ano de tratamento, representando 10 vezes mais do que os que utilizaram fístula.

A confirmação da hipótese proposta também pode ser feita através da análise dos outros dois indicadores utilizados neste trabalho, que se referem à forma de entrada dos pacientes no tratamento ao longo dos anos. Aqui também os três municípios apresentam aumento anual no ingresso hospitalar, quando que, se o atendimento ambulatorial fosse realmente eficaz, ou estivesse melhorando, esta entrada deveria estar sendo reduzida. Desta forma, fica claro que o atendimento ambulatorial na região vem gradativamente piorando desde 2008.

Para que esta realidade possa ser revertida é preciso investimento nos dois primeiros níveis de atendimento da rede de serviços de saúde neste território.

Primeiramente trabalhos de promoção da saúde e prevenção das doenças causadores da insuficiência renal crônica, como diabetes mellitus e hipertensão.

Em segundo lugar, para aqueles pacientes que necessitam atendimento especializado na área, é fundamental que se cumpra o preconizado nas Portarias nº 211 e 1168: criar os Centros de Referência em Nefrologia na fronteira oeste. Só assim os pacientes poderão ser encaminhados para um acompanhamento especializado, que trate a doença de forma global e com eficiência.

Além disso, para que esta mudança de cenário seja realmente frutífera, é necessário que a comunidade e seus líderes se conscientizem e, por consequência, exijam dos gestores de saúde, responsáveis pela dotação de recursos, que seus esforços sejam dirigidos para a qualificação do atendimento básico nas redes municipais. É preciso capacitar as equipes de saúde através da padronização dos processos de diagnóstico e de tratamento.

Importante é frisar que as medidas de detecção desta síndrome são simples e baratas, pois um exame comum de urina e uma dosagem de creatinina plasmática, principais exames para realizar o diagnóstico adequado da doença, custam menos de cinco reais e possibilitam a realização de uma avaliação ambulatorial eficiente. O valor dos exames para realizar o diagnóstico adequado da doença é irrisório se comparado com o custo do tratamento.

As mudanças precisam ser planejadas em todos os níveis de atendimento. É preciso ter, na rede hierarquizada e regionalizada de assistência a saúde do Sistema Único de Saúde, uma equipe preparada para receber os pacientes com diagnóstico de doença renal. Não basta apenas identificar a doença, mas sim estruturar uma rede de apoio.

Além disso, é necessário o acompanhamento integralizado do paciente com diagnóstico de doença renal e um tratamento dialítico seguro, até que seja possível a realização do transplante. Na realidade, em síntese, o que é fundamental mesmo é que as leis sejam cumpridas e que exista fiscalização do poder público para este fim.

Esta pesquisa não encerra o assunto, deixando em aberta a possibilidade de novos trabalhos na área, principalmente devido a escassez de estudos sobre o tema e o crescimento do número de doentes renais crônicos no país. Em buscas detalhadas por trabalhos acadêmicos e bibliográficos que apresentem a realidade do paciente com doença renal e também sobre o atendimento ambulatorial neste cenário, encontrou-se muito pouco material, justificando o estímulo e a necessidade

da elaboração de trabalhos futuros nestas áreas.

Desta forma faz-se necessário que haja uma continuidade neste estudo, abrangendo outros municípios do estado e realizando uma análise estatística mais aprofundada para podermos comparar as diferentes regiões e projetar ações que contribuam com a qualificação da saúde pública no Rio Grande do Sul.

Uma sugestão que pode ser viável é a utilização da Iniciativa Gaúcha de Indicadores como apoio para um estudo mais aprofundado. O projeto já está no quarto ano de realização e conta com a participação de 36 centros de diálise no Rio Grande do Sul.

Mensalmente as equipes medem, com a mesma metodologia de captação de dados, inúmeros indicadores que são enviados para uma central que faz a compilação dos dados. O resultado são indicadores globalizados, que apresentam as médias dos serviços, o percentil 25 e 75 para cada indicador. Este projeto possibilita a comparação entre os serviços, estimulando o melhoramento das práticas de assistência à saúde dos pacientes em tratamento dialítico.

Se os 4 indicadores utilizados neste trabalho de conclusão de curso pudessem ser colhidos em outros 36 municípios, quem sabe teremos um retrato com maior nitidez da realidade enfrentada pelos pacientes com doença renal no estado.

Estes dados poderiam servir para alertar aos gestores públicos que é fundamental prover a população de um atendimento ambulatorial de qualidade para diagnosticar e planejar o tratamento desta doença. Gestão em Saúde só é possível com dados, planejamento estratégico, equipe e estrutura qualificada, controle dos resultados e muita vontade política.

REFERÊNCIAS

ASH, Stephen R. et al. Peritoneal access devices: design, function, and placement techniques. In: NISSENSON, Allen Richard; FINE, Richard N. (Ed.). **Clinical dialysis**. 4 ed. New York: McGraw-Hill, 2005. p. 309-356.

BASTOS, Marcus G. et al. Doença renal crônica: problemas e soluções. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 202-215, dez. 2004.

BRASIL. **Portaria nº 1168/GM de 15 de junho de 2004**. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2004a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1168.htm>>. Acesso em: 20 maio 2012.

BRASIL. **Portaria nº 211 de 15 de junho de 2004**. Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-211.htm>>. Acesso em: 20 maio 2012.

DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. **Manual de Diálise**. Tradução Telma Lúcia de Azevedo Hennemann. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

DHINGRA, R. K. et al. Type of vascular access and mortality in U.S. hemodialysis patients. **Kidney International**, Baltimore, v. 60, n. 4, p. 1443-1451, 2001.

FARIAS, Daniel da Rosa et al. Hemodiálise no RS e em SC: dados epidemiológicos e indicadores assistenciais. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 26, supl. 1, p. 1-167. 2006.

JUNGERS, P. et al. Detrimental effects of late referral in patients with chronic renal failure: a case-control study. **Kidney International. Supplement**, Cambridge (UK), v. 41, p. S170-173, Jun. 1993.

KUSCHNIR, Rosana Chigres; CHORNY, Adorlfo Horário; LIRA, Anilka Medeiros Lima e. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

LOPES, Antonio Alberto et al. Relatório do Senso Brasileiro de Diálise, 2008. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 233-238, 2008.

MOURA, Leonildo de et al. Monitoramento da Doença Renal Crônica terminal pelo Subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – Apac – Brasil, 2000 a 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 121-131, abr./jun. 2009.

NISSENSIN, Allen R.; FINE, Richard N. **Clinical dialysis**. 4. ed. New York: Appleton & Lange, 1990.

OLIVER, M. J. et al. Late creation of vascular access for hemodialysis and increased risk of sepsis. **Journal of the American Society of Nephrology**, Baltimore, v. 15, n. 7, p. 1936-1942, jul. 2004.

PITTA, G. B. B.; ANDRADE, A. R. T.; CASTRO, A. A. Acesso venoso central para hemodiálise. In: PITTA, G. B. B.; CASTRO, A. A.; BURIHAN, E. (Ed.). **Angiologia e cirurgia vascular**: guia ilustrado. Maceió: UNCISAL/ECMAL / LAVA; 2003. Disponível em: <<http://www.lava.med.br/livro>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

REISDORFER, Arion Saraiva. **Infecção em Acesso Temporário para Hemodiálise: Estudo em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo dos Centros de Diálise do Brasil**. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2011_publico.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretoria. [**Carta**]. 23 jan. 2012. São Paulo [para] Cardio Nefroclínica, Santana do Livramento. 2 f. Breve histórico sobre a Sociedade Brasileira de Nefrologia.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA
CARDIO NEFROCLÍNICA DE SANTANA DO LIVRAMENTO, RENAL DE
ALEGRETE E RENAL DE ROSÁRIO DO SUL**

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Dr. João José Andreuchetti de Freitas, Diretor Geral da Cardio Nefroclínica de Santana do Livramento.

Sou aluna do Curso de Especialização Gestão em Saúde, da Escola de Administração – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e estou realizando uma pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sob a orientação do Professor Paul Douglas Fisher, cujo objetivo é analisar a eficácia do diagnóstico da doença renal crônica no atendimento ambulatorial dos pacientes na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, a partir do estudo do tipo de ingresso na terapia renal substitutiva e acesso vascular utilizado, bem como os índices de mortalidade nestes casos nos últimos quatro anos.

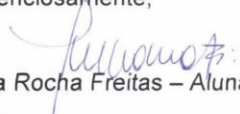
Se existir interesse em participar deste projeto, para realizar tal verificação, gostaria de solicitar acesso aos dados dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica de Santana do Livramento, uma vez que a Cardio Nefroclínica é o único serviço responsável por este tipo de tratamento no Município. Essa participação no estudo é voluntária.

Os resultados deste estudo serão publicados, mas o nome dos pacientes não aparecerá e será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-los.

Se você tiver qualquer pergunta em relação à pesquisa, por favor, telefone para (55) 81314277.

Desde já agradecemos sua atenção e contribuição ao estudo proposto.

Atenciosamente,


Juliana da Rocha Freitas – Aluna

Assinatura

Consinto em participar deste estudo.


Dr. João José Andreuchetti de Freitas – Diretor Geral da Cardio Nefroclínica

Assinatura

Santana do Livramento, 10 de dezembro de 2011

(continua...)

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA
CARDIO NEFROCLÍNICA DE SANTANA DO LIVRAMENTO, RENAL DE
ALEGRETE E RENAL DE ROSÁRIO DO SUL**

Continuação:

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Prezada Dra. Ruth Lilian Dias de Ávila, Diretora Geral da Renal de
Alegrete.**

Sou aluna do Curso de Especialização Gestão em Saúde, da Escola de Administração – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e estou realizando uma pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sob a orientação do Professor Paul Douglas Fisher, cujo objetivo é analisar a eficácia do diagnóstico da doença renal crônica no atendimento ambulatorial dos pacientes na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, a partir do estudo do tipo de ingresso na terapia renal substitutiva e acesso vascular utilizado, bem como os índices de mortalidade nestes casos nos últimos quatro anos.

Se existir interesse em participar deste projeto, para realizar tal verificação, gostaria de solicitar acesso aos dados dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica de Alegrete, uma vez que a Renal é o único serviço responsável por este tipo de tratamento no Município. Essa participação no estudo é voluntária.

Os resultados deste estudo serão publicados, mas o nome dos pacientes não aparecerá e será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-los.

Se você tiver qualquer pergunta em relação à pesquisa, por favor, telefone para (55) 81314277.

Desde já agradecemos sua atenção e contribuição ao estudo proposto.

Atenciosamente,


Juliana da Rocha Freitas – Aluna


Assinatura

Santana do Livramento, 10 de dezembro de 2011

Consinto em participar deste estudo.

Dra. Ruth Lilian Dias de Ávila - Diretora Geral da Renal de Alegrete.

Assinatura


Alegrete, 10 de dezembro de 2011

(continua...)

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA
CARDIO NEFROCLÍNICA DE SANTANA DO LIVRAMENTO, RENAL DE
ALEGRETE E RENAL DE ROSÁRIO DO SUL**

Continuação:

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Dra. Ruth Lilian Dias de Ávila, Diretora Geral da Renal de Rosário.

Sou aluna do Curso de Especialização Gestão em Saúde, da Escola de Administração – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e estou realizando uma pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sob a orientação do Professor Paul Douglas Fisher, cujo objetivo é analisar a eficácia do diagnóstico da doença renal crônica no atendimento ambulatorial dos pacientes na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, a partir do estudo do tipo de ingresso na terapia renal substitutiva e acesso vascular utilizado, bem como os índices de mortalidade nestes casos nos últimos quatro anos.

Se existir interesse em participar deste projeto, para realizar tal verificação, gostaria de solicitar acesso aos dados dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica de Rosário do Sul, uma vez que a Renal é o único serviço responsável por este tipo de tratamento no Município. Essa participação no estudo é voluntária.

Os resultados deste estudo serão publicados, mas o nome dos pacientes não aparecerá e será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-los.

Se você tiver qualquer pergunta em relação à pesquisa, por favor, telefone para (55) 81314277.

Desde já agradecemos sua atenção e contribuição ao estudo proposto.

Atenciosamente,


Juliana da Rocha Freitas – Aluna.

Assinatura

Santana do Livramento, 10 dezembro de 2011

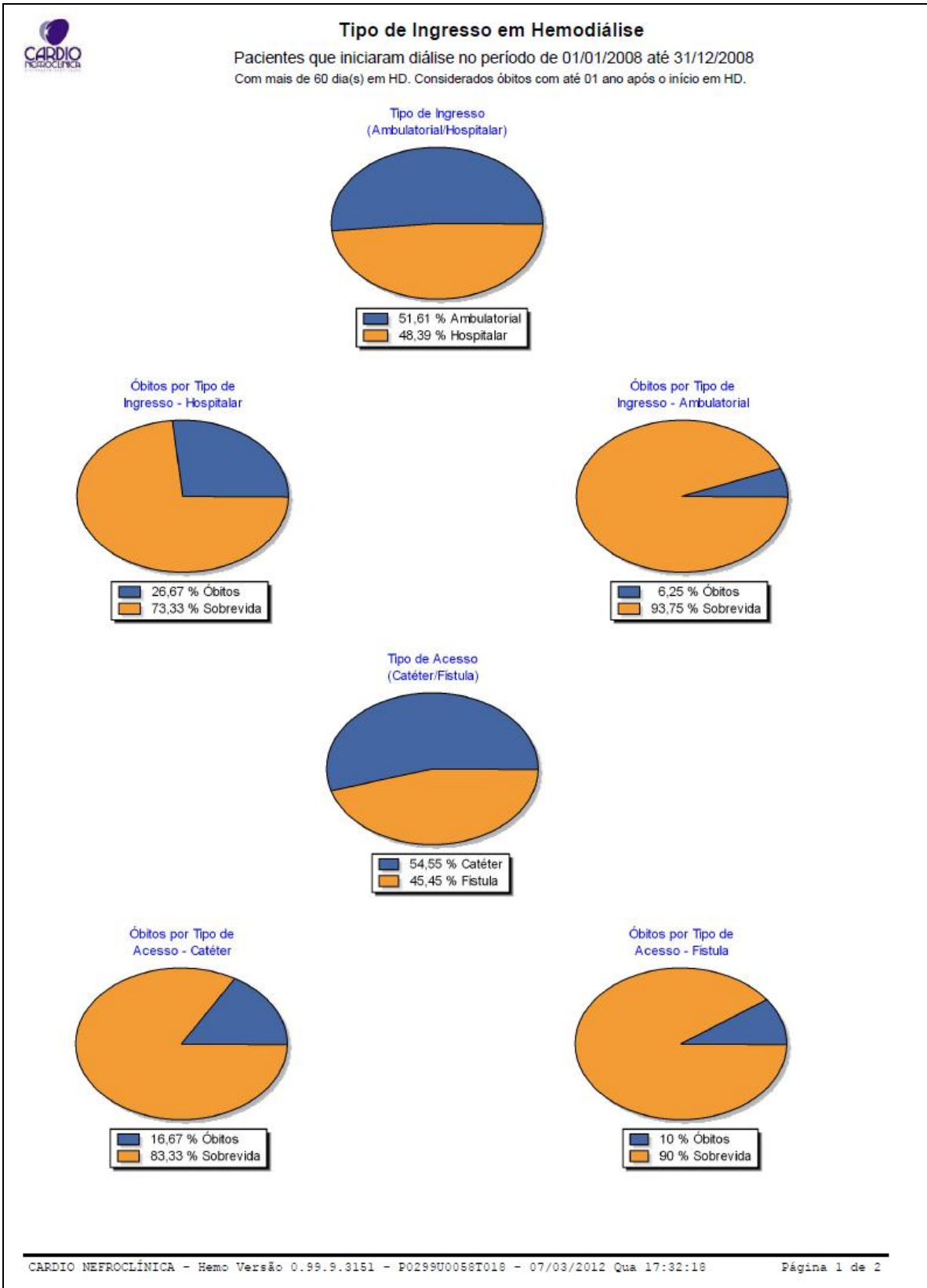
Consinto em participar deste estudo.

Dra. Ruth Lilian Dias de Ávila - Diretora Geral da Renal de Rosário do Sul.

Assinatura


Rosário do Sul, 10 dezembro de 2011

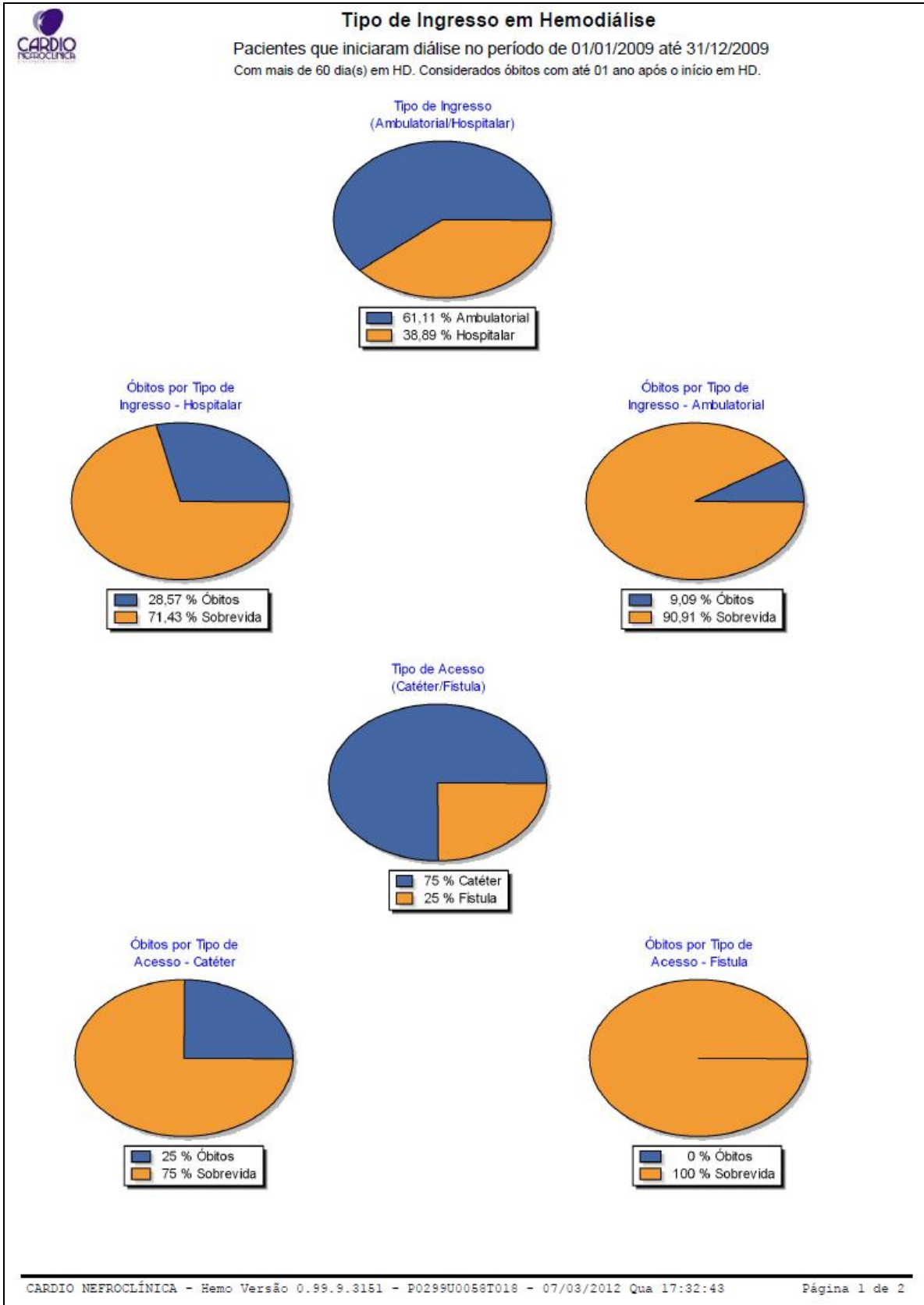
ANEXO A – DADOS DA CARDIO NEFROCLÍNICA DE SANTANA DO LIVRAMENTO DE 2008 A 2011



(continua...)

ANEXO A – DADOS DA CARDIO NEFROCLÍNICA DE SANTANA DO LIVRAMENTO DE 2008 A 2011

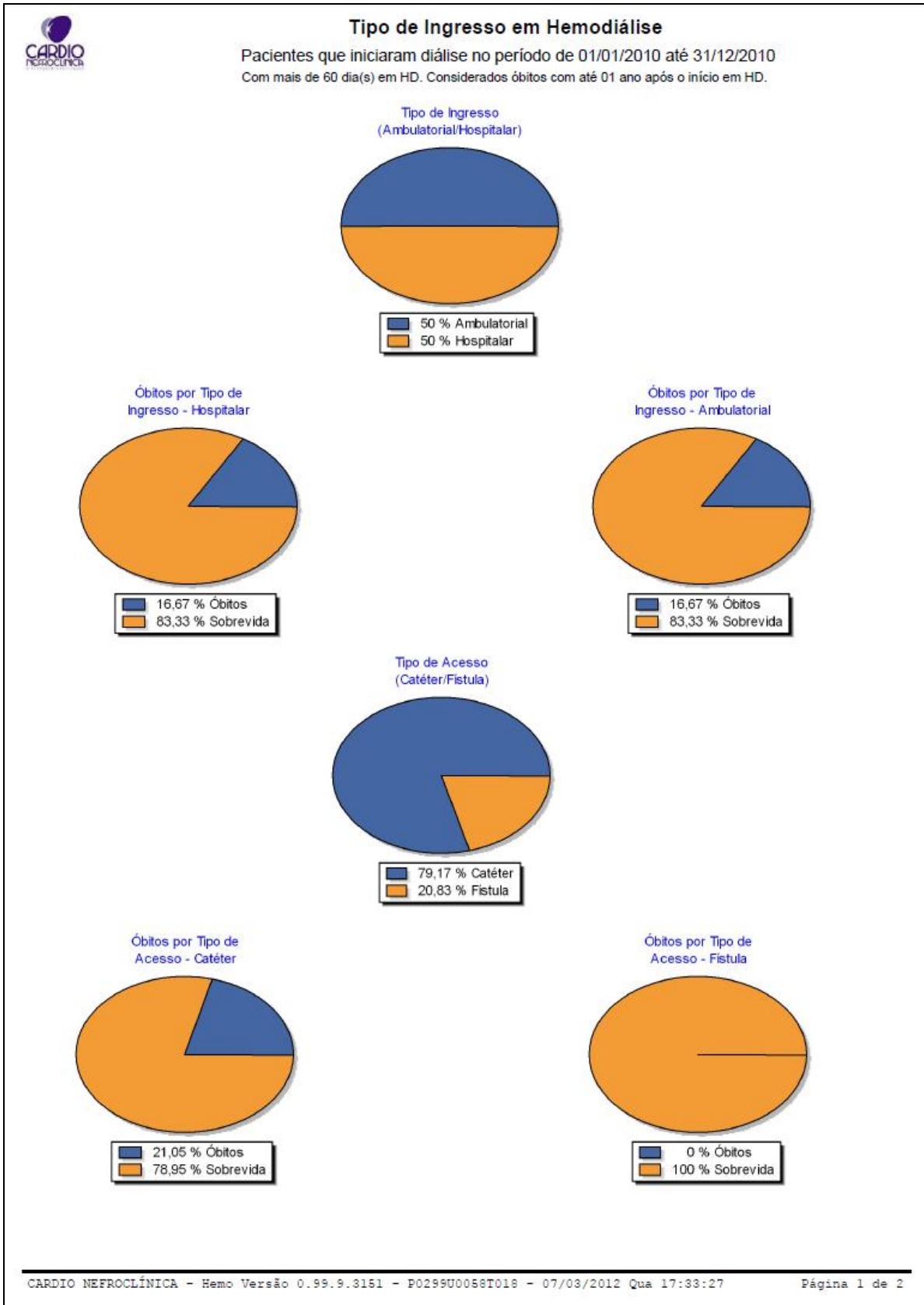
Continuação:



(continua...)

ANEXO A – DADOS DA CARDIO NEFROCLÍNICA DE SANTANA DO LIVRAMENTO DE 2008 A 2011

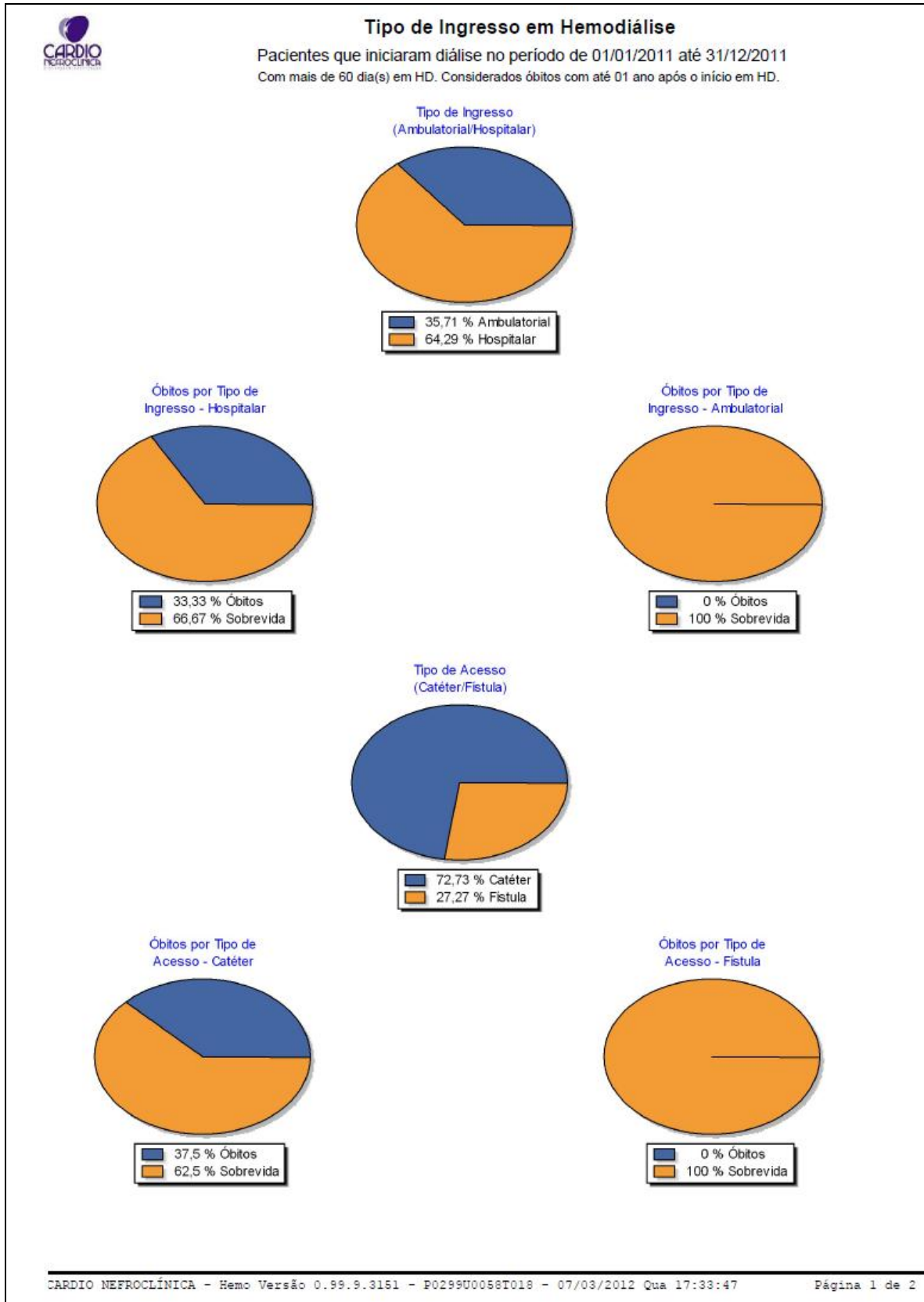
Continuação:



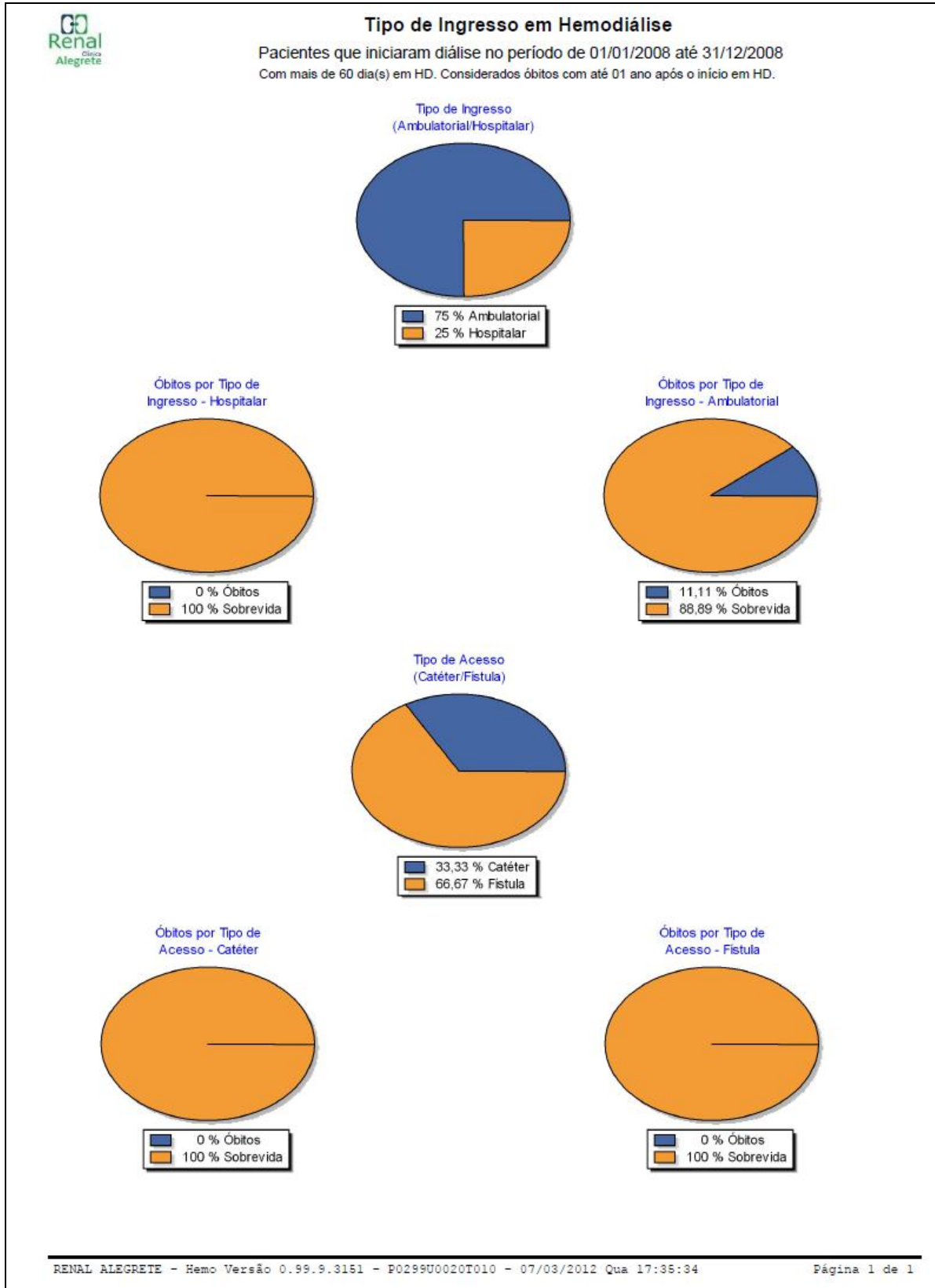
(continua...)

ANEXO A – DADOS DA CARDIO NEFROCLÍNICA DE SANTANA DO LIVRAMENTO DE 2008 A 2011

Continuação:



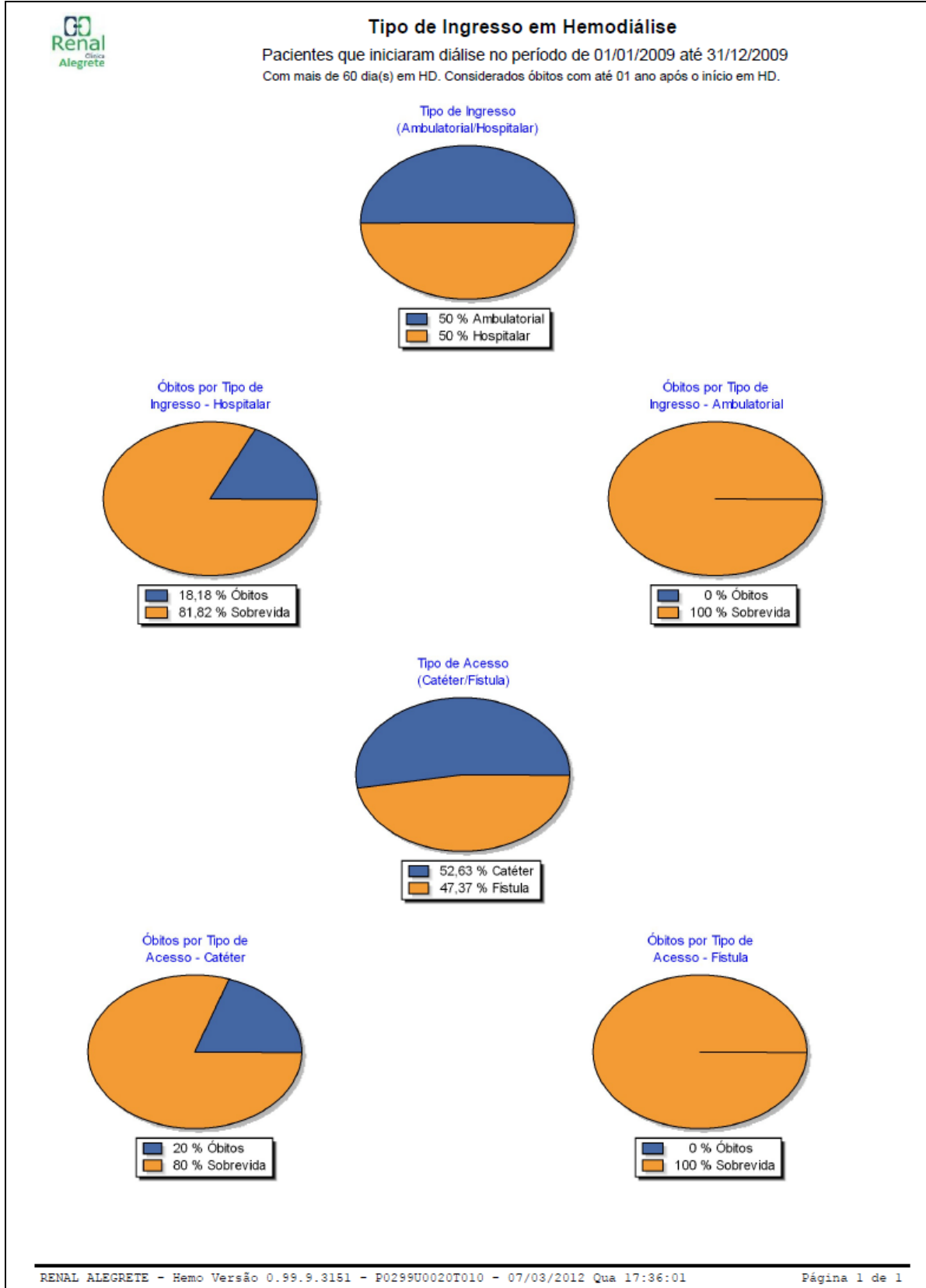
ANEXO B – DADOS DA RENAL DE ALEGRETE DE 2008 A 2011



(continua...)

ANEXO B – DADOS DA RENAL DE ALEGRETE DE 2008 A 2011

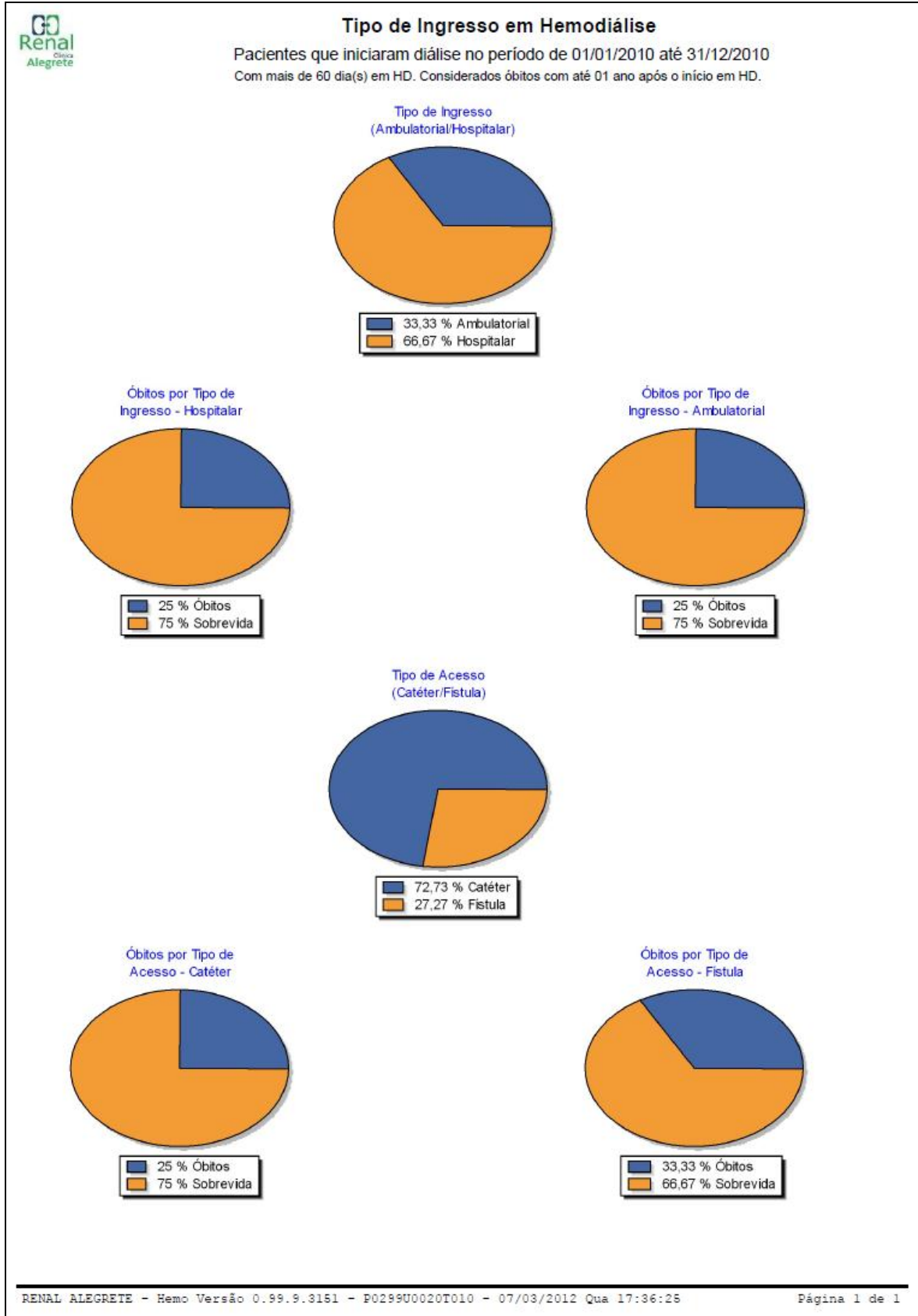
Continuação:



(continua...)

ANEXO B – DADOS DA RENAL DE ALEGRETE DE 2008 A 2011

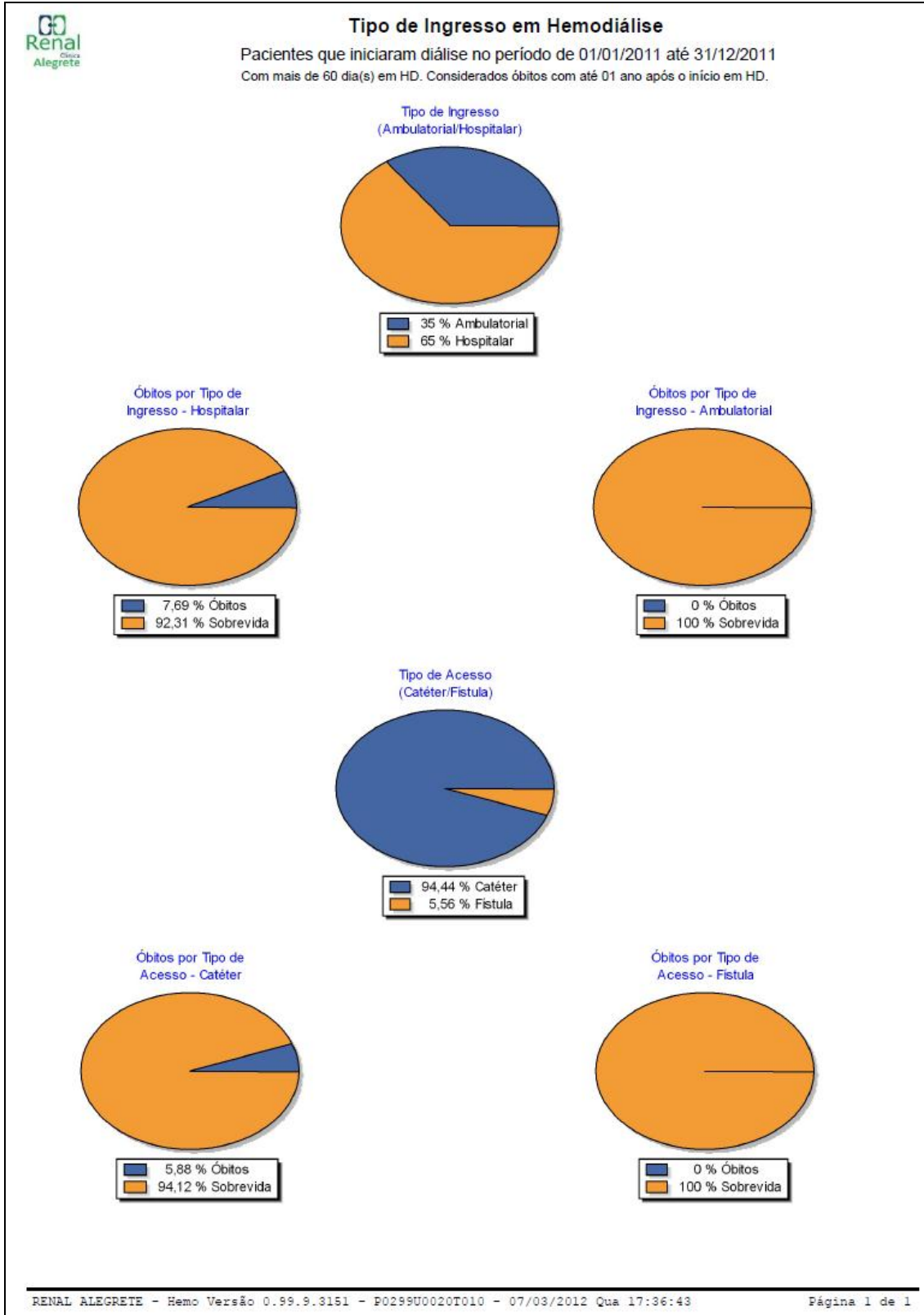
Continuação:



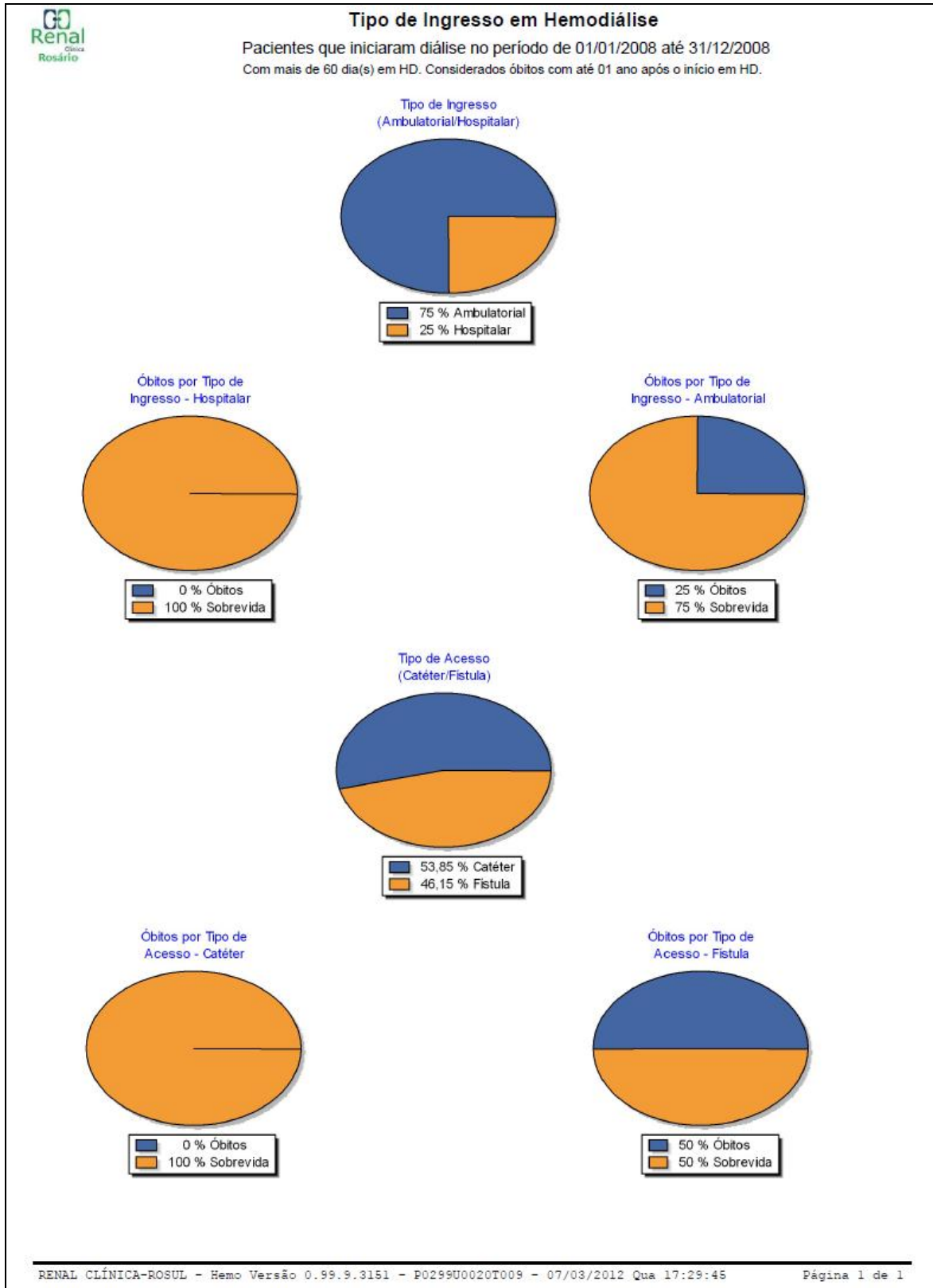
(continua...)

ANEXO B – DADOS DA RENAL DE ALEGRETE DE 2008 A 2011

Continuação:



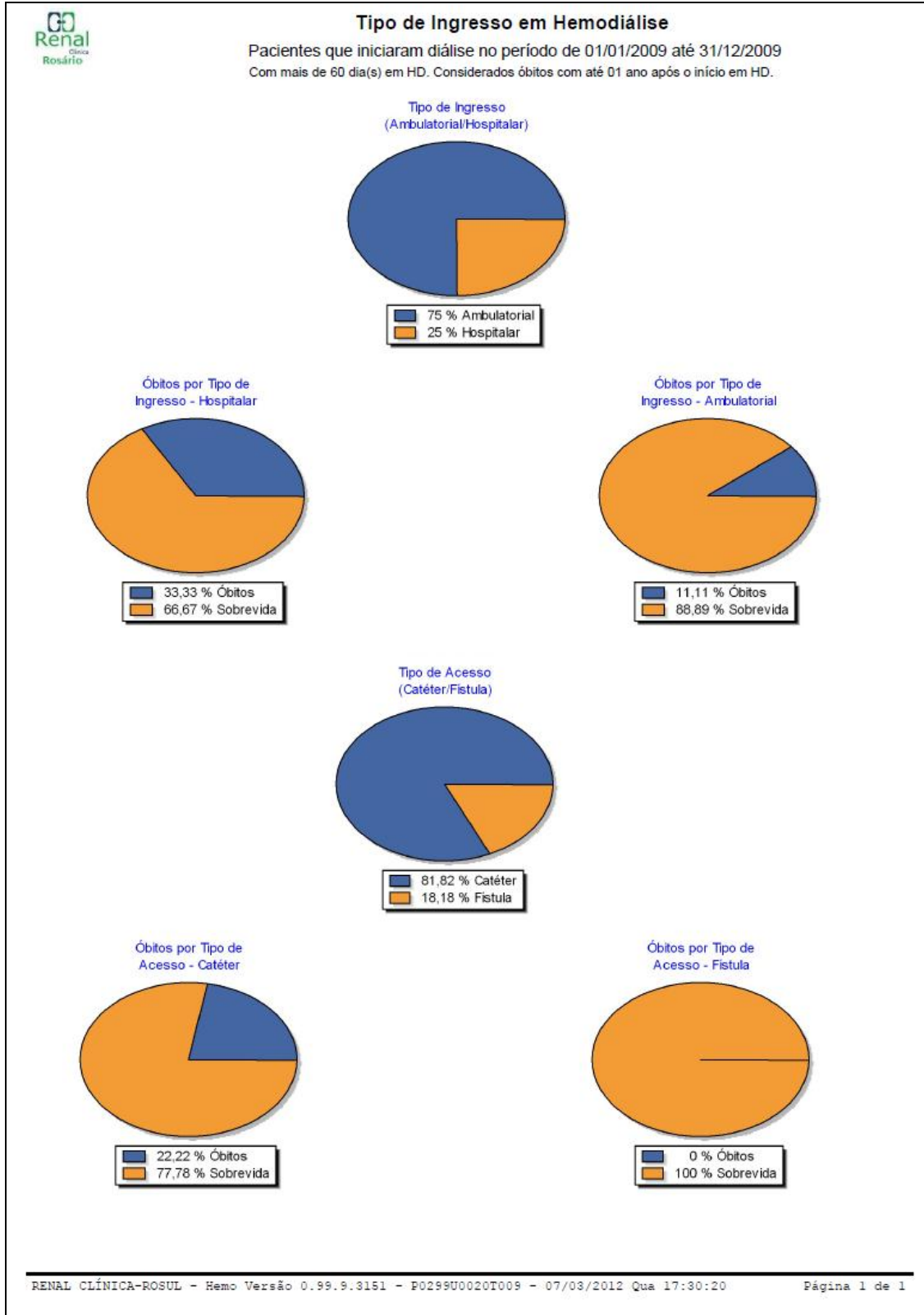
ANEXO C – DADOS DA RENAL DE ROSÁRIO DO SUL DE 2008 A 2011



(continua...)

ANEXO C – DADOS DA RENAL DE ROSÁRIO DO SUL DE 2008 A 2011

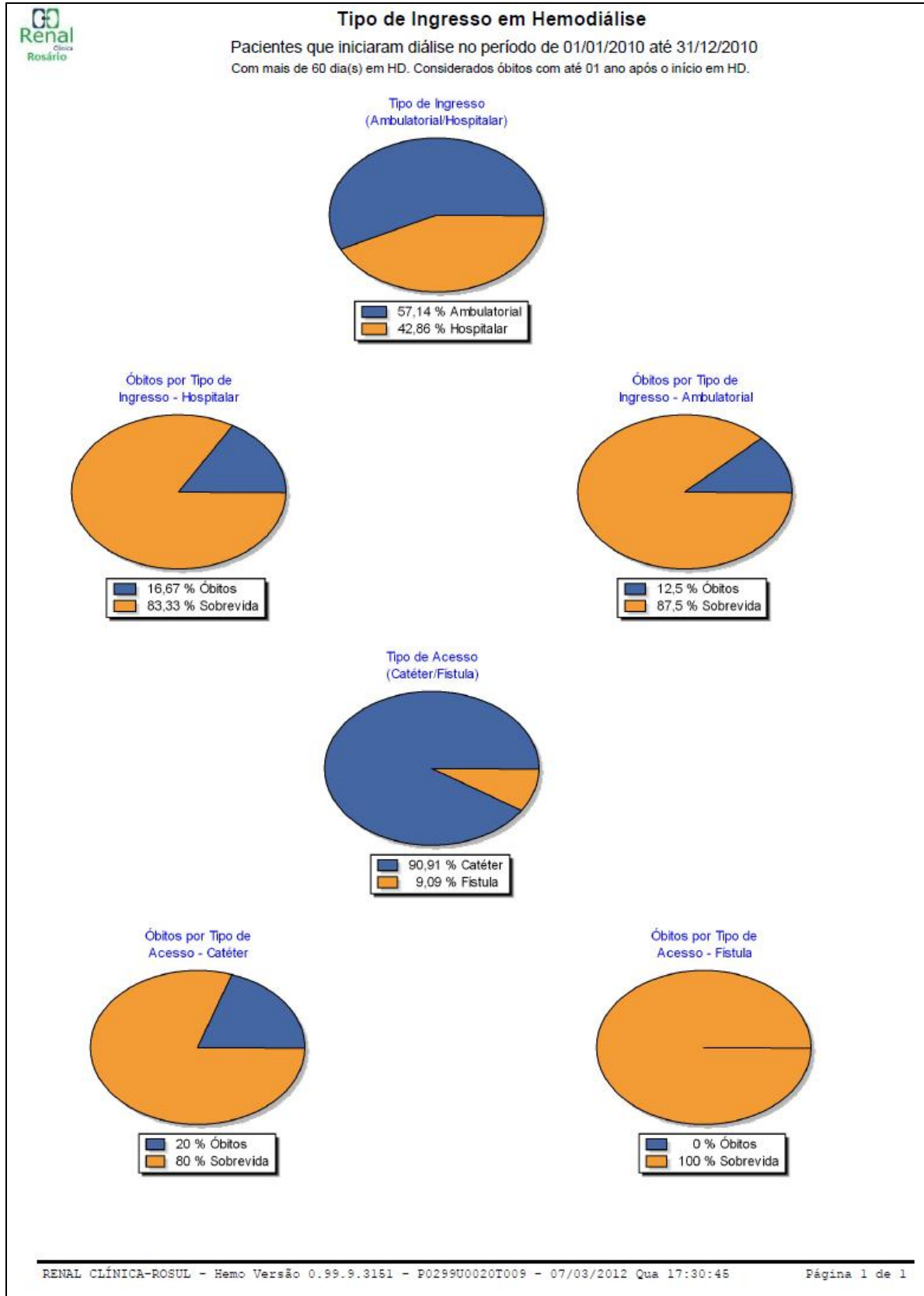
Continuação:



(continua...)

ANEXO C – DADOS DA RENAL DE ROSÁRIO DO SUL DE 2008 A 2011

Continuação:



(continua...)

ANEXO C – DADOS DA RENAL DE ROSÁRIO DO SUL DE 2008 A 2011

Continuação:

