

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE FOZ DO
IGUAÇU**

CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA – MESTRADO**

ÉDERSON PEREIRA

**Perfil de pacientes atendidos em serviço de nefrologia e itinerário terapêutico de
doentes renais crônicos estrangeiros em região de fronteiras**

**Foz do Iguaçu – PR
2019**

ÉDERSON PEREIRA

Perfil de pacientes atendidos em serviço de nefrologia e itinerário terapêutico de doentes renais crônicos estrangeiros em região de fronteiras

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

ORIENTADORA: Profa. Dra. Manoela de Carvalho.

Foz do Iguaçu - PR

2019

PEREIRA, E. Itinerário terapêutico de doentes renais crônicos estrangeiros em região de fronteiras. **95f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Manoela de Carvalho. Foz do Iguaçu, 2019.**

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Manoela de Carvalho

Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste

Profa. Dra. Maria Lúcia Frizon Rizzotto

Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste

Profa. Dra. Mariana Alvina dos Santos

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

PEREIRA, E. **Itinerário terapêutico de doentes renais crônicos estrangeiros em região de fronteiras**. 95f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Manoela de Carvalho. Foz do Iguaçu, 2019.

RESUMO

O sistema de saúde do Paraguai não garante a cobertura total no tratamento para pessoas com doença renal crônica (DRC). Existe uma demanda importante de pacientes estrangeiros com DRC que buscam assistência à saúde no Brasil. Dessa forma, surgiram indagações de como foi esse acesso e quais os caminhos que esses sujeitos percorreram para chegar até o serviço de nefrologia no Brasil. Para tanto, objetivou-se, com este estudo caracterizar o perfil epidemiológico de pacientes de origem paraguaia e brasileira em tratamento de hemodiálise em Foz do Iguaçu – PR e descrever o percurso percorrido pelo doente renal crônico estrangeiro, em busca de acesso ao tratamento de DRC pelo SUS no Brasil, em região de fronteira. A pesquisa caracterizou-se como exploratória e descritiva, utilizando-se procedimentos de análise quantitativos e qualitativos dos dados coletados. O perfil epidemiológico dos pacientes foi identificado com base em informações obtidas no banco de dados do serviço. O percurso percorrido foi identificado por meio de entrevistas semiestruturadas e analisado a partir do referencial de Kleinman, que defende a interferência de três subsistemas no Itinerário Terapêutico percorrido pelas pessoas na busca de solução para problemas de saúde: familiar, popular e profissional. O total de participantes do estudo foram 23 pacientes paraguaios, sendo eles: 73,9% do sexo masculino; 65,2% são casados, 56,5%, os brasileiros 56,45% (n=148) sobre com quem vivem os filhos e 65,2% paraguaios e brasileiros 65,2% (n=15) com o cônjuge, 26,1% ensino fundamental incompleto, 43,45% entre 40 a 59 anos e 47,85% com idade \geq 60 anos, entre os brasileiros 51,5% (n=135) encontram-se entre 50 a 65 anos de idade 52,1% apresentam de 2 a 5 anos de tratamento dialítico, o uso de cateter como primeiro acesso ocorreu em 73,9% dos paraguaios, e 78,3% deles realizaram a primeira sessão de hemodiálise em caráter de emergência, a DM e a HAS foram as principais doenças de bases, 39,2% não estavam sob os cuidados de nefrologista na fase não dialítica. No subsistema familiar, os sujeitos e seus familiares apresentaram pouca percepção acerca de sua doença, e o apoio e suporte no momento que o sujeito recebeu o diagnóstico da doença renal é demonstrado pelos familiares. No subsistema popular, houve procura por outros cuidados não convencionais da medicina tradicional. No subsistema profissional, o sujeito na busca do seu tratamento demonstra em todo seu percurso o quão perdido ele se encontra pelo sistema de saúde do seu País, muitas vezes direcionando ele para territórios onde não há a assistência que necessita ou lhe impossibilita a aderência ao tratamento. Conclui-se que, embora a clínica de hemodiálise tenha sido o local de maior ocorrência da primeira sessão de hemodiálise, o primeiro tipo de acesso vascular foi o cateter, e a sessão de hemodiálise ocorreu em caráter de emergência em percentual significativo entre os pacientes paraguaios. Diante dos relatos expostos ficaram destacados por quais caminhos os doentes renais crônicos percorreram na busca pelo seu cuidado por meio dos subsistemas de cuidados em saúde, conforme o referencial teórico de Kleinman. Ressalta-se que no Brasil existe um sistema de saúde pública baseado nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, enquanto que no Paraguai o sistema de saúde público é precário, apresentando baixa cobertura de assistência à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência à Saúde; Sistemas de Saúde; Perfil de Saúde; Paraguai; Nefrologia; Diálise.

PEREIRA, E. **Therapeutic itinerary of foreign chronic kidney patients in border region.** 95f. Dissertation (Master in Public Health) – State University of Western Paraná. Supervisor: Manoela de Carvalho. Foz do Iguaçu, 2019.

ABSTRACT

The health system in Paraguay does not guarantee full coverage in treatment for people with chronic kidney disease (CKD). There is an important demand from foreign patients with CKD who seek health care in Brazil. Thus, questions arose as to how this access was and in which places these subjects passed to reach the nephrology service in Brazil. The purpose of this study was: To characterize the epidemiological profile of patients of Paraguayan origin in hemodialysis treatment in Foz do Iguaçu - Pr; and Describe the course taken by the foreign chronic renal patient in search of access to treatment of CKD by SUS in Brazil, in the border region. The research was characterized as exploratory and descriptive, which used quantitative and qualitative analysis procedures of the data collected. The epidemiological profile of the patients was identified based on information obtained from the service database. The trajectory was identified through semi-structured interviews, and analyzed from the Kleinman framework that advocates the interference of three subsystems in the Therapeutic Itinerary traveled by people in search of a solution to health problems: family, popular and professional. Total of 23 Paraguayan patients: 73.9% of males; 65.2% are married, 56.5% live with children and 65.2% with their spouse, 26.1% incomplete elementary school, 43.45% between 40 and 59 years and 47.85% with age ≥ 60 years, 52.1% presented with 2 to 5 years of dialysis, the use of catheter as first access occurred in 73.9% of Paraguayans, and 78.3% of them performed the first session of emergency hemodialysis, DM and SAH were the major underlying diseases, 39.2% were not under the care of the nephrologist specialist in the non-dialysis phase. In the family subsystem the subjects and their relatives showed little perception about their disease, as the support and support at the time the subject received the diagnosis of kidney disease is demonstrated by the relatives. In the popular subsystem there was demand for other unconventional care of traditional medicine. In the professional subsystem the subject in the search for his treatment demonstrates throughout his journey how lost and manipulated he is in the health system of his country, often directing him to territories where there is no assistance that he needs or makes it impossible for him to adhere to the treatment. It was concluded that although the hemodialysis clinic was the most frequent site of the first hemodialysis session, the first type of vascular access was the catheter and the hemodialysis session occurred as an emergency in a significant percentage among the Paraguayan patients. In the light of the above, the chronic renal patients traveled in search of care through health care subsystems according to Kleinman's theoretical framework. It should be emphasized that in Brazil there is a public health system based on the principles of universality, completeness, and equity, while in Paraguay the public health system is precarious with low coverage of health care.

KEYWORDS: Delivery of Health Care; Health Systems; Health Profile; Paraguay; Nephrology; Dialysis.

PEREIRA, E. **Itinerario terapéutico de pacientes renales crónicos extranjeros en regiones fronterizas**. 95f. Dissertación (Maestría en Salud Pública) – Universidad del Estado del Oeste del Paraná. Líder: Manoela de Carvalho. Foz do Iguazu, 2019.

RESUMEN

El sistema de salud en Paraguay no garantiza la cobertura total en el tratamiento para personas con enfermedad renal crónica (DRC). Hay una demanda importante de pacientes extranjeros con DRC que buscan asistencia a la salud en Brasil. De esta forma surgieron indagaciones de cómo fue ese acceso y en qué lugares esos sujetos pasaron para llegar hasta el servicio de nefrología en Brasil. Para ello se objetivó: Caracterizar el perfil epidemiológico de pacientes de origen paraguayo en tratamiento de hemodiálisis en Foz do Iguazu - Pr; y Describir el recorrido recorrido por el paciente renal crónico extranjero, en busca de acceso al tratamiento de DRC por el SUS en Brasil, en región de frontera. La investigación se caracterizó como exploratoria y descriptiva, que utilizó procedimientos de análisis cuantitativos y cualitativos de los datos recolectados. El perfil epidemiológico de los pacientes fue identificado con base en informaciones obtenidas en la base de datos del servicio. El recorrido recorrido fue identificado por medio de entrevistas semiestructuradas, y analizado a partir del referencial de Kleinman que defiende la interferencia de tres subsistemas en el Itinerario Terapéutico recorrido por las personas en la búsqueda de solución para problemas de salud: familiar, popular y profesional. Total de 23 pacientes paraguayos: 73,9% del sexo masculino; El 65,5% de los encuestados, el 56,5% de los niños y el 65,2% con el cónyuge, el 26,1% de la enseñanza primaria incompleta, el 43,45% entre 40 a 59 años y el 47,85% con edad ≥ 60 años, El 52,1% presenta de 2 a 5 años de tratamiento dialítico, el uso de catéter como primer acceso ocurrió en el 73,9% de los paraguayos, y el 78,3% de ellos realizaron la primera sesión de hemodiálisis en carácter de emergencia, la DM y la HAS fueron las principales enfermedades de bases, el 39,2% no estaban bajo cuidados del especialista nefrologista en la fase no dialítica. En el subsistema familiar los sujetos y sus familiares presentaron poca percepción acerca de su enfermedad, y el apoyo y soporte en el momento que el sujeto recibió el diagnóstico de la enfermedad renal es demostrado por los familiares. En el subsistema popular hubo demanda por otros cuidados no convencionales de la medicina tradicional. En el subsistema profesional el sujeto en la búsqueda de su tratamiento demuestra en todo su recorrido lo perdido y manipulado se encuentra por el sistema de salud de su país, muchas veces dirigiéndolo hacia territorios donde no hay la asistencia que necesita o le imposibilita la adherencia al tratamiento. Se concluye que aunque la clínica de hemodiálisis fue el lugar de mayor ocurrencia de la primera sesión de hemodiálisis, el primer tipo de acceso vascular fue el catéter y la sesión de hemodiálisis ocurrió en carácter de emergencia en porcentual significativo entre los pacientes paraguayos. Ante los relatos expuestos quedaron destacados por qué caminos los enfermos renales crónicos recorrieron en la búsqueda por su cuidado a través de los subsistemas de atención en salud conforme al referencial teórico de Kleinman. Se resalta que en Brasil existe un sistema de salud pública basado en los principios de la universalidad, integralidad y equidad, mientras que en Paraguay el sistema de salud pública es precario presentando baja cobertura de asistencia a la salud.

PALABRAS CLAVE: Prestación de Atención de Salud; Sistemas de Salud; Perfil de Salud; Paraguay; Nefrología; Diálisis.

LISTA DE SIGLAS

ABCDT	Associação Brasileira de Centros de Diálise e Transplante
DPAC	Diálise peritoneal ambulatorial contínua
DPA	Diálise peritoneal automatizada
DP	Diálise peritoneal
DRC	Doença renal crônica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FG	Filtração glomerular
HD	Hemodiálise
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IPS	Instituto de Previdência Social
IRCT	Insuficiência renal crônica terminal
MSPyBS	Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social
pmp	Pacientes por milhão de população
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SOBEN	Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
TFG	Taxa de filtração glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Incidência anual da doença renal crônica em estágio 5 em diversos países	14
Figura 2 - Prevalência da doença renal crônica em estágio 5 em diversos países.....	15
Figura 3 - Número de pacientes em tratamento dialítico crônico e prevalência	16
Figura 4 - Distribuição de pacientes conforme o tipo de diálise e fonte pagadora, censo 2016.....	21
Figura 5 - Fluxograma para avaliação da DRC	25
Figura 6 - Marcos na história do Sistema de Saúde Paraguaio	30

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1	Epidemiologia da DRC	14
3.2	Conceito e Tratamento da DRC	19
3.3	Rede de Atenção à Saúde e Linha de Cuidado	22
3.4	Assistência de Saúde em Região de Fronteira	28
3.5	Itinerários Terapêuticos e DRC	31
4	PERCURSO METODOLÓGICO	33
4.1	Tipo de pesquisa	34
4.2	Campo de pesquisa	35
4.3	População e amostra	35
4.4	Critérios de inclusão	36
4.5	Critérios de exclusão	36
4.6	Riscos	36
4.7	Benefícios	37
4.8	Coleta de dados	37
4.9	Organização e análise dos dados	37
4.10	Desfechos	38
4.11	Questões éticas	38
	ARTIGO 1	39
	ARTIGO 2	58
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	83
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	85
	ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	89

1 INTRODUÇÃO

O aumento da prevalência da Doença Renal Crônica (DRC, doravante), conseqüentemente a sua repercussão na morbimortalidade de pessoas portadoras dessa enfermidade, tornou-se um problema de saúde pública mundial. Uma importante complicação da DRC é o risco cardiovascular aumentado, que pode levar a frequentes internações e impactar a vida social e econômica do sujeito doente, da sua família e, ainda, da sociedade (PINHO; SILVA; PIERIN, 2015).

De acordo com o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), em julho de 2014, havia 48.834 pacientes em tratamento dialítico crônico, em 312 serviços de diálise dos 715 ativos no país (SESSO et al., 2016).

No município de Foz do Iguaçu, situado no Estado do Paraná, em região de fronteira com o Paraguai e a Argentina, com as cidades de Cidade de Leste e Porto Iguaçu, respectivamente, existe um serviço privado de diálise conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) para referência em alta complexidade aos municípios de abrangência da 9ª Regional de Saúde. Essa instituição iniciou as suas atividades no ano de 1988, ofertando serviço de Terapia Renal Substitutiva (TRS), a hemodiálise e a diálise peritoneal, além de atendimento clínico ambulatorial de pacientes em tratamento conservador e também transplantados renais. Em dezembro de 2018, esse serviço contava com 302 pacientes em hemodiálise e 17 pacientes em diálise peritoneal, totalizando 319 pacientes em tratamento dialítico, sendo que desses 29 eram de nacionalidade paraguaia, correspondendo a 9% do total.

Estima-se que no Paraguai existam 176 pacientes em diálise por milhão de população, sendo um dos países com menor cobertura desse serviço, com somente 1.184 pacientes com Insuficiência Renal Crônica (IRC) que recebem tratamento de hemodiálise em todo o país (REPÚBLICA DEL PARAGUAY, 2015).

Na América Latina, a incidência de insuficiência renal crônica terminal (IRCT), no ano de 2004, era de 147 pacientes por milhão de população (pmp), variando de 11 pmp na Guatemala e 337 pmp em Porto Rico. Nos Estados Unidos, após elevação nas taxas de incidência de IRCT, tem ocorrido uma estabilização com 363 pmp. Outros países com elevadas taxas de incidência para esta condição de saúde são Taiwan (418pmp) e Japão (275pmp). A diabetes mellitus (DM, deste ponto em diante) tem sido a doença de base com

mais elevada incidência, e a etnia com maior prevalência é a afrodescendente (LOUVISON, 2011). Em âmbito nacional, a enfermidade também representa um problema de saúde de grande importância. Em 2013, o Brasil exercia a quarta posição entre os países com maior número de pessoas com DM, atingindo cerca de 11,9 milhões de casos entre indivíduos adultos com idade entre 20 – 79 anos (SORIO FLOR; RODRIGUES CAMPOS, 2017).

A legislação brasileira pertinente ao atendimento de saúde do indivíduo estrangeiro no País é anterior a Constituição Federal de 1988. Estrangeiros que têm residência no Brasil e permanência regulamentada possuem direito à saúde da mesma forma que um cidadão brasileiro. Entretanto, estrangeiros que residem em cidades de fronteira, segundo o Estatuto do Estrangeiro, não têm um amparo na legislação federal quanto ao acesso universal e integral à atenção à saúde. A garantia do direito ao acesso à saúde para esse público depende da autoridade municipal de região de fronteira (GIOVANELLA et al., 2007).

A implementação da Estratégia Saúde da Família tem gerado um obstáculo no acesso de pacientes estrangeiros ao SUS, devido à orientação de adstrição do território e ao cadastramento dos usuários a partir do local de residência. Isso tem promovido uma redução na procura por unidades básicas de saúde e, aumentado a busca por centros de especialidades, pois nesses, em alguns casos, não há a exigência de documentação comprobatória da residência (NOGUEIRA; PRÁ; FERMIANO, 2007).

De acordo com estudo realizado com secretários municipais de saúde em cidades brasileiras fronteiriças com Uruguai, Argentina e Paraguai, 70% deles declararam que os estrangeiros que buscam acesso nos serviços de saúde locais têm direito ao atendimento. Todos eles afirmam prestar algum tipo de atendimento a essa população, sendo que 36% relatam prestarem atendimento para todos os serviços disponíveis (GIOVANELLA et al., 2007).

Outro estudo, realizado por Nogueira, Prá e Fermiano (2007), observou que o percentual de estrangeiros atendidos nas cidades fronteiriças brasileiras difere entre os municípios pesquisados, sendo que o Município de Foz do Iguaçu foi o que referiu maior procura.

Ao vivenciar a prática assistencial como enfermeiro em um serviço de nefrologia em região de fronteira, observei que existe uma demanda importante de pacientes estrangeiros com IRC que buscam assistência à saúde no Brasil. A partir dessa experiência,

surgiram indagações de como foi esse acesso e em quais locais esses sujeitos passaram para chegar até o serviço de nefrologia no Brasil.

O sistema de saúde no Paraguai não garante a cobertura total no tratamento para pessoas com DRC. Sendo assim, acredita-se que os pacientes paraguaios iniciam o tratamento tardiamente, o que leva a pressupor que exista uma maior necessidade de TRS. Tem-se observado empiricamente na prática clínica que os pacientes de origem paraguaia chegam ao serviço de diálise com sinais e sintomas decorrentes da doença renal mais acentuados do que os pacientes encaminhados precocemente, e quase sempre provenientes de uma internação hospitalar.

Dada a relevância dessas informações, vê-se a necessidade de investigar como ocorre o acesso de pacientes paraguaios, pelo SUS, para tratamento dialítico em uma região de fronteira.

Nesse sentido, as questões que instigam esta investigação são: Como os pacientes de nacionalidade paraguaia conseguiram acesso ao serviço especializado de nefrologia pelo SUS no município de Foz do Iguaçu? Qual o caminho percorrido e que procedimentos foram adotados? Quais dificuldades e facilidades encontram para acessar o serviço especializado em Foz do Iguaçu?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o perfil de pacientes brasileiros e estrangeiros em tratamento dialítico em um serviço de nefrologia conveniado ao SUS em região de fronteira e descrever o Itinerário Terapêutico do doente renal crônico estrangeiro.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico de pacientes de origem brasileira e paraguaia em tratamento de hemodiálise em serviço de nefrologia em Foz do Iguaçu – PR;
- Descrever o percurso percorrido pelo doente renal crônico estrangeiro, em busca de acesso ao tratamento de DRC pelo Sistema Único de Saúde no Brasil, em região de fronteira.

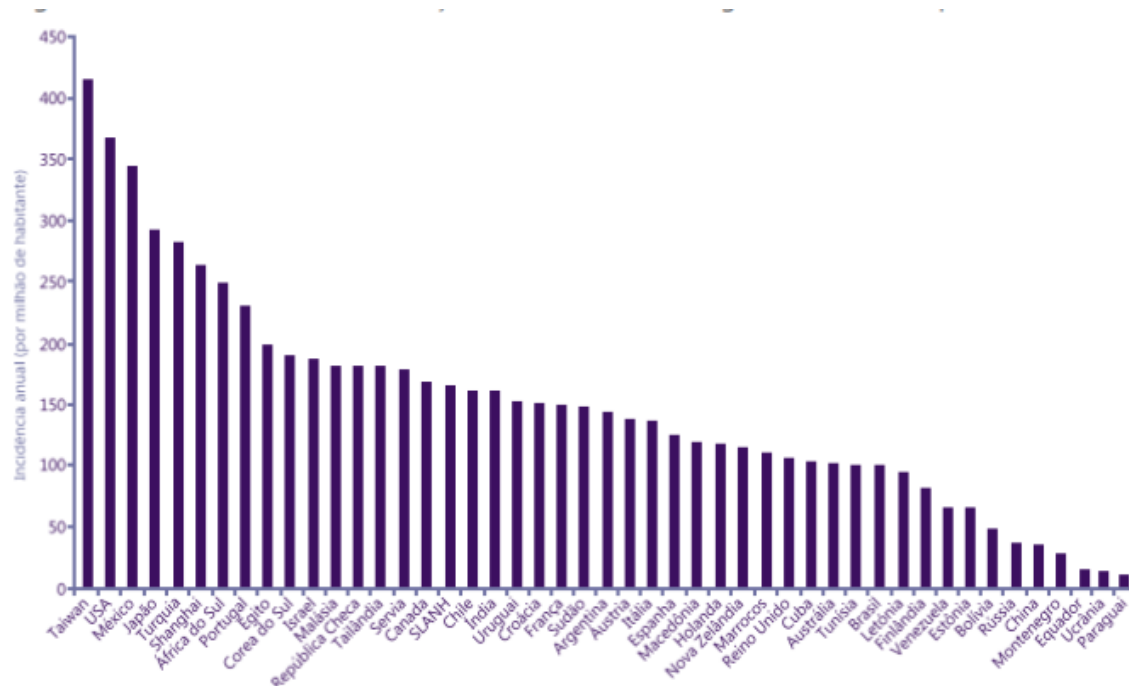
3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Epidemiologia da DRC

A incidência de DRC tem aumentado em âmbito mundial, sendo apontada como um problema de saúde publicada global (PEREIRA et al., 2016). Em diversos países do mundo, estima-se uma prevalência de 8% a 16% de pessoas com algum grau de comprometimento da função renal, constituindo em um futuro próximo um grande grupo de indivíduos que irão carecer de TRS, caso ocorra a progressão dessa disfunção, evoluindo para as fases finais da DRC (DRAIBE, 2014).

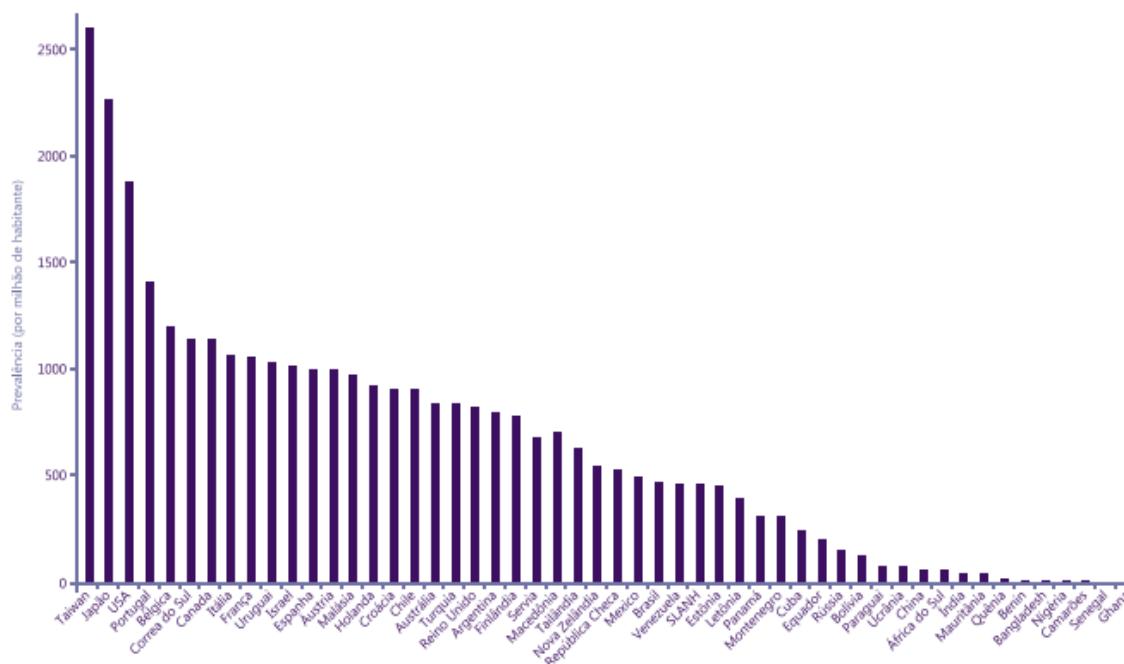
No que se refere às TRS, que de forma mais precisa englobam tanto o tratamento dialítico quanto o transplante renal, a prevalência mundial se aproximou de 826/pmp para o ano de 2016, sendo de 596/pmp para diálise e 230/pmp para transplante renal. Entretanto existem países que extrapolam essas taxas, a exemplo dos Estados Unidos (2.043/pmp), Chile (1.294/pmp), Uruguai (1.127/pmp) (SESSO et al., 2017). As figuras 1 e 2 mostram a incidência e a prevalência da DRC no estágio 5 em alguns países do mundo (DRAIBE, 2014).

Figura 1 - Incidência anual da doença renal crônica em estágio 5 em diversos países



Fonte: Draibe (2014).

Figura 2 - Prevalência da doença renal crônica em estágio 5 em diversos países



Fonte: Draibe (2014).

No Brasil, considerando haver cerca de 200 milhões de habitantes, dos quais 70% são indivíduos adultos, se fosse estimar a prevalência global de 8% a 16%, obter-se-ia uma população de 11 a 22 milhões de pessoas adultas com algum grau de comprometimento da função renal. Essa estimativa revela que o país não tem uma atenção à saúde em âmbito secundário, ou seja, especializada, suficiente pra tratar todos esses indivíduos. Denota-se a necessidade da atenção primária à saúde investir em programas epidemiológicos voltados à DRC e apoio matricial ao médico generalista, a fim de investir-se tanto em prevenção quanto na progressão da DRC (DRAIBE, 2014).

De acordo com as taxas de incidência e prevalência no Brasil, entre os anos 2000 e 2012 houve um aumento de 2,3 vezes no número de pessoas em TRS. No ano de 2000, havia 42.695 pacientes em TRS e em julho de 2012 esse número elevou-se para 97.586, e uma prevalência de 503/pmp em tratamento dialítico no país. É importante ressaltar a falta de pesquisas de incidência e de prevalência da DRC nas fases não dialíticas da doença (PEREIRA et al., 2016).

O Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica de 2016 apontou haver grandes diferenças de incidência e de prevalência entre as regiões do país. As regiões Norte e Nordeste mediram as menores taxas, enquanto as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste mediram as

taxas mais elevadas. As diferenças nas taxas de prevalência de dialise variam de 793/pmp no Estado de Roraima a 83/pmp no Estado do Acre. De forma geral, estimou-se uma elevação de 4,5% ao ano desde 2013 na incidência, e de 6,5% na prevalência, com crescimento contínuo, desde 2013, no número absoluto de indivíduos em tratamento no país (SESSO et al., 2017). A figura 3 mostra o número de pacientes em tratamento dialítico crônico e prevalência estimada por estado em 01 de julho de 2016.

Figura 3 - Número de pacientes em tratamento dialítico crônico e prevalência

Unidade da Federação	Número de pacientes	Taxa de prevalência/ por milhão da população
Acre	68	83
Alagoas	1606	478
Bahia	8227	539
Ceará	4551	508
Distrito Federal	2172	730
Espírito Santo	2141	539
Goiás	3969	593
Maranhão	1855	267
Minas Gerais	16499	786
Mato Grosso do Sul	1818	678
Mato Grosso	1776	537
Pará	3120	377
Paraíba	1227	307
Pernambuco	5152	548
Piauí	1674	521
Paraná	7299	649
Rio de Janeiro	12694	763
Rio Grande do Norte	2003	576
Rondônia	1148	742
Roraima	408	793
Rio Grande do Sul	6695	593
Santa Catarina	3285	475
São Paulo	28716	642
Sergipe	1013	447
Tocantins	625	408

Estimativa não pôde ser feita para os estados do Amazonas e Amapá por falta de dados

Fonte: Sesso et al. (2017).

O Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica de 2016 revela também que aproximadamente 40 mil pacientes tiveram progressão para IRCT em 2016, necessitando iniciar tratamento dialítico, o que equivale a uma taxa de 193/pmp, havendo um aumento maior que nos anos anteriores. Nas regiões Sul e Sudeste, devido apresentarem taxas mais elevadas de pacientes em diálise, estima-se uma prevalência superior a 950/pmp, se aproximando de países mais desenvolvidos (SESSO et al., 2017).

Marinho et al. (2017) realizaram uma revisão sistemática da literatura que teve como objetivo estimar a prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil. Os autores concluem que não é possível obter-se uma estimativa precisa dos números de casos de DRC no país. Revelam que os estudos mais expressivos cometeram falhas na avaliação da doença, e os estudos que realizaram avaliação adequada utilizaram grupos de indivíduos pré-selecionados.

No Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica de 2016 também se apontam preocupações relacionadas a estimativas precisas das taxas de prevalência, afirmando que essas devem ser analisadas com cuidado. Isso tanto devido ao instável percentual de respostas das unidades de diálise ativas no país, quanto à falta de validação na forma de preenchimento das questões, ressaltando a importância de analisar as tendências nos últimos anos (SESSO et al., 2017).

No que se refere à avaliação adequada para diagnóstico correto da DRC, e considerando as inúmeras causas associadas à doença, “todo paciente portador de um ou mais delas, mesmo que assintomático, deve ser avaliado periodicamente por meio de exame de urina, albuminúria, creatinina sérica e cálculo da taxa de filtração glomerular (TFG) como conduta de triagem para diagnóstico precoce” (PEREIRA et al., 2016, p. 23). Essa avaliação deve estar inserida nas ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF), porta de entrada da rede de assistência à saúde, para posterior seguimento na assistência secundária, ou seja, atendimento especializado, conforme preconizado no SUS. Um diagnóstico preciso e precoce, detectando a doença em seu estágio inicial, além de reduzir as complicações e retardar a evolução dessa condição, evitando a necessidade de tratamento dialítico, também diminui a sobrecarga do SUS (PEREIRA et al., 2016).

Em um estudo realizado por Pereira et al. (2016), que teve como objetivo identificar a prevalência e os fatores associados a DRC entre adultos atendidos pela ESF, observou-se a alta prevalência de DRC nos estágios iniciais, sendo os fatores associados: idade \geq 60 anos, sexo masculino, DM e consumo de álcool. Os autores do estudo sugerem

que a ESF insira em sua rotina de trabalho o rastreamento e monitoramento para DRC no atendimento de indivíduos adultos.

Alguns indivíduos apresentam suscetibilidade aumentada para desenvolver a DRC e são considerados grupos de risco (BASTOS; BREGMAN; MASTROIANNI, 2010). Dentre esses indivíduos as duas principais causas identificadas são a presença de DM e de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS, doravante) (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2007).

Segundo o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica de 2016, no que se refere ao diagnóstico da doença de base da DRC, a HAS correspondeu a 34% dos casos, DM a 30%, glomerulonefrite crônica a 9%, e rins policísticos a 4%. Outros diagnósticos foram realizados em 12% dos casos, sendo que 11% não obtiveram diagnósticos definidos (SESSO et al., 2017).

A obesidade, a dislipidemia, a doença cardiovascular e o tabagismo também são considerados fatores de risco para DRC, sendo necessário que a equipe de saúde aplique uma abordagem integral e interdisciplinar (SANTOS et al., 2017).

A elevada incidência e prevalência da obesidade têm preocupado, uma vez que, em âmbito global, no início deste novo século, havia cerca de 312 milhões de adultos obesos. Quanto maior o grau de obesidade, maior é a probabilidade de desenvolver DRC entre hipertensos e diabéticos, haja vista que, quanto maior a circunferência abdominal, maior é a relação com doenças metabólicas e DRC (PEREIRA et al., 2016).

Os idosos, em decorrência da idade avançada, têm uma diminuição fisiológica da filtração glomerular (FG), tornando-os susceptíveis. Aproximadamente 17% das pessoas com mais de 60 anos apresentam FG menor que 60mL/min/1,73m². Os familiares de pacientes portadores da DRC também constituem grupo de risco por manifestarem elevada prevalência de hipertensão arterial, diabetes mellitus, proteinúria e doença renal (BASTOS; BREGMAN; MASTROIANNI, 2010).

Sujeitos que integram os grupos de risco que predispõem a DRC devem ter acesso a uma abordagem integral a saúde no âmbito da Atenção Básica, realizando desde o diagnóstico e o acompanhamento nos estágios iniciais da doença, bem como encaminhar para serviços de média e alta complexidade permitindo o acesso ao especialista (SANTOS et al., 2017). Da mesma forma, o autocuidado é um aspecto importante na prevenção e no tratamento da DRC. Essa população deve ser instigada a tornar-se protagonista do seu próprio cuidado em saúde (PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2007). Todavia, existem

estudos que indicam que o autocuidado por si só não é o suficiente na prevenção e no tratamento da DRC, pois questões sociais e culturais têm forte relação na qualidade de vida desses sujeitos, oportunizando a aceitação do tratamento proposto pela equipe de saúde e estimulando sua independência no cuidado em saúde (SANTOS et al., 2017).

3.2 Conceito e Tratamento da DRC

Uma pessoa é considerada portadora de DRC, indiferente da causa, se apresentar por um período de três meses contínuos uma TFG inferior a $60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$. Em casos de indivíduos que apresentarem a TFG maior ou igual a $60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, é diagnosticado portador de DRC, caso esteja relacionado com no mínimo um marcador de dano renal parenquimatoso ou se o exame de imagem do rim estiver alterado (BRASIL, 2014a).

Segundo a Portaria Nº 389, de 13 de março de 2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado de pessoas com DRC, a classificação do estágio clínico da DRC segundo a TFG é:

I - DRC estágio 1: TFG³ $90\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ na presença de proteinúria e/ou hematúria ou alteração no exame de imagem; II - DRC estágio 2: TFG³ 60 a $89\text{ mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$; III - DRC estágio 3a: TFG³ 45 a $59\text{ mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$; IV - DRC estágio 3b: TFG³ 30 a $44\text{ mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$; V - DRC estágio 4: TFG³ 15 a $29\text{ mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$; e VI - DRC estágio 5: TFG³ $<15\text{ mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$. (BRASIL, 2014b, p. 34).

O estágio 5-ND ou não dialítico, ou seja, que não está em terapia renal substitutiva (TRS), ocorre quando a TFG é $<15\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$. Já o estágio 5-D ou em diálise é quando se deve indicar TRS para pacientes com TFG inferior a $10\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$. Dentre as TRS, existem duas modalidades, a hemodiálise (HD) e a diálise peritoneal (DP) (BRASIL, 2014a).

A HD é o tratamento dialítico mais utilizado na atualidade (KUSUMOTO et al., 2008). Consiste em um processo no qual um rim artificial, o hemodialisador, é usado para depurar o sangue. O procedimento é capaz de remover o excesso de líquido e metabólitos, mas não de substituir as funções endócrinas dos rins. Antes de iniciar o programa de hemodiálise, é necessário o acesso à circulação sanguínea do paciente. Esse acesso é a via por meio da qual o sangue é removido, enviado para dentro do hemodialisador, depurado e, posteriormente, retornado ao paciente. O hemodialisador ou filtro contém dois compartimentos, sendo um para o sangue e outro para a solução de diálise, também

chamado de banho ou dialisato. Os dois compartimentos são separados por uma membrana semipermeável. O excesso de líquido e de produtos finais do metabolismo pode passar por meio dessa membrana semipermeável para dentro do dialisato, são utilizadas diferentes membranas dependendo da quantidade de líquido e metabólitos a serem removidos.

De acordo com Cuppari, Avesani e Kamimura (2013), “A DP compreende a troca de solutos e fluido entre o sangue dos capilares peritoneais e a solução de diálise instilada na cavidade peritoneal (dialisato) através de cateter, utilizando a membrana peritoneal como superfície dialisadora” (CUPPARI; AVESANI; KAMIMURA, 2013, p. 61). A solução de diálise é armazenada em embalagem de material plástico transparente e o paciente e/ou cuidador, quando necessário, são capacitados por equipe de enfermagem quanto aos procedimentos técnicos necessários para realização do tratamento em domicílio. Entre as vantagens da DP está a praticidade do indivíduo de se locomover de um ambiente para outro, havendo mais facilidade em realizar viagens e autonomia no que se refere ao serviço de nefrologia e a equipe interdisciplinar quando comparada à HD. A DP também proporciona ao paciente maior liberdade das escolhas alimentares devido à retirada constante de toxinas urêmicas e água por meio do peritônio. Essa modalidade apresenta diferentes formas de prescrição, sendo elas: diálise peritoneal intermitente (DPI), diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) e diálise peritoneal automatizada (DPA) (CUPPARI; AVESANI; KAMIMURA, 2013).

Por mais que existam distintas modalidades de diálise, a escolha do procedimento deve ser avaliada pelo médico em concordância com o sujeito e sua família, levando em consideração o mais adequado para cada paciente, em conformidade com seu quadro clínico e de seus hábitos de vida. Ressalta-se que todos os tipos de diálise são importantes e necessitam de rigoroso acompanhamento da equipe de saúde (MACHADO; PINHATI, 2014).

A figura 4 mostra a distribuição de pacientes conforme o tipo de diálise e fonte pagadora, segundo o Censo Brasileiro de Diálise Crônica de 2016.

Figura 4 - Distribuição de pacientes conforme o tipo de diálise e fonte pagadora, censo 2016

Modalidade	SUS N (%)	Não SUS N (%)	Total N (%)
HD convencional	38.437 (91,4)	7.279 (83,0)	45.716 (90,0)
HD diária (> 4x/sem.)	359 (0,9)	708 (8,1)	1.067 (2,1)
CAPD	933 (2,2)	140 (1,6)	1.073 (2,1)
DPA	2.281 (5,4)	637 (7,3)	2.918 (5,7)
DPI	25 (0,1)	8 (0,1)	33 (0,1)
Total	42.035 (100)	8.772 (100)	50.807 (100)

HD=hemodiálise; CAPD=diálise peritoneal ambulatorial contínua; DPA=diálise peritoneal automatizada; DPI=diálise peritoneal intermitente; SUS=Sistema Único de Saúde

Fonte: SESSO et al. (2017).

Apesar da DP proporcionar ao sujeito maior praticidade para realizar suas atividades cotidianas, a intercorrência mais recorrente nessa modalidade de tratamento é a peritonite, que é identificada pela aparência de dialisato turvo, acompanhado de dor abdominal e/ou hipertermia. Com o objetivo de prevenir as peritonites, um dos principais meios de promover a saúde é a educação em saúde, salientando a importância de haver um ambiente de diálogo entre os profissionais de saúde e os pacientes. O enfermeiro tem papel de destaque nas ações educativas, além de compreender o aspecto emocional do sujeito, atuando de forma constante e próxima de seus pacientes (DIAS et al., 2014).

No que se refere ao aspecto emocional, em um estudo realizado por Moura Neto et al. (2014), observou-se que indivíduos em tratamento de HD, quando comparados a sujeitos em tratamento de DP, apresentaram o dobro de chances de sintomas depressivos. A baixa escolaridade apresentou relação positiva com maior ocorrência de sintomas depressivos em ambas as modalidades de diálise (MOURA NETO et al., 2014).

É importante ressaltar ainda que um dos alicerces do tratamento da DRC é o encaminhamento precoce dos indivíduos para consulta especializada, nesse caso, com nefrologista, com o objetivo de reduzir a necessidade de terapia renal substitutiva. Segundo a literatura especializada, o encaminhamento precoce é definido por consulta com nefrologista em um período maior ou igual a 16 semanas antes do início da TRS, e o encaminhamento tardio definido por um período inferior a 16 semanas antes do início da TRS (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Estudos têm demonstrado que pacientes encaminhados precocemente para acompanhamento especializado apresentam menor tempo de internação hospitalar após o começo da terapia dialítica, quando comparados a pacientes encaminhados tardiamente. Além disso, pacientes encaminhados precocemente ao serviço de nefrologia têm menores

chances de “necessitar de diálise de urgência, melhor controle da pressão arterial e menos edema agudo de pulmão” (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011, p. 98), e os pacientes encaminhados tardiamente têm maior risco de morte no primeiro ano de TRS. Ressalta-se também que os custos do tratamento de pacientes com DRC, quando encaminhados precocemente, são menores quando comparados aos encaminhados tardiamente.

Não obstante, com o intuito de prevenir e evitar a progressão da DRC até seus estágios mais avançados, bem como a TRS, é fundamental que a atenção básica implemente medidas de combate ao tabagismo, à obesidade e ao sedentarismo, como também educação em saúde para hipertensos e diabéticos, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Também é essencial que esse nível de atenção à saúde incorpore em sua rotina a investigação da função renal, principalmente nos principais grupos de risco para a DRC (TRAVAGIM; KUSUMOTA, 2009).

3.3 Rede de Atenção à Saúde e Linha de Cuidado

De acordo com o Relatório do Censo Brasileiro de Diálise de 2011, referente à diálise crônica, identificou-se que houve um aumento de 113,87% no número de pacientes com DRC que evoluíram para DRCT, ou seja, que iniciaram tratamento dialítico no país, no período entre os anos 2000 e 2011, aumentando de 42.695 para 91.314 casos. Em 2011, estimou-se que no país houve 28.680 novos pacientes em diálise (SESSO et al., 2012).

Com o aumento do número de casos de DRCT, houve aumento no número de procedimentos de diálise, tornando-se cada vez mais oneroso para a saúde pública. Somente no ano de 2012 foram efetuados 12.525.263 procedimentos de diálise pelo SUS para aproximadamente 79.193 pacientes. O valor financeiro envolvido no tratamento dialítico foi de aproximadamente R\$ 2,36 bilhões no ano de 2012, R\$ 2,61 bilhões em 2013 e R\$ 2,62 bilhões em 2014, respectivamente (CONASS, 2015).

No Brasil, a atenção primária à saúde tem apresentado baixa resolutividade dos problemas de saúde, como as doenças crônicas não transmissíveis, sendo a DRC uma delas. Entretanto, existe a necessidade da rede de atenção à saúde traçar estratégias de prevenção e controle dessa comorbidade (PENA et al., 2012).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador da Doença Renal, por meio da Portaria nº. 1.168 em 15 de junho de 2004, apontando a necessidade de organizar uma linha de cuidados integrais, objetivando a

promoção à saúde, a prevenção dessa condição, bem como o tratamento e a recuperação do indivíduo, nos três níveis de atenção à saúde (atenção básica, média e alta complexidade). Entretanto, a portaria não define as diretrizes e nem os critérios para a organização da linha de cuidado ao portador de DRC (BRASIL, 2004a). O MS, no mesmo dia e ano, publicou a Portaria nº. 211 (BRASIL, 2004b) a fim de regulamentar a atenção de alta complexidade ao paciente com DRC, definindo os Serviços de Nefrologia e os Centros de Referência em Nefrologia e os critérios de credenciamento destes estabelecimentos de saúde no SUS. Essas duas portarias apresentaram um enfoque voltado mais à atenção especializada do que à atenção básica.

Nesse sentido, o estudo realizado por Pena et al. (2012) na atenção primária à saúde, a fim de identificar ações de saúde voltadas para a prevenção e cuidado da DRC, a partir de condutas médicas, identificou que, apesar de um número reduzido de solicitação de exames bioquímicos preconizados para o diagnóstico dessa condição, os médicos sentem necessidade de um encaminhamento precoce para a atenção especializada dos pacientes, e 25% dos profissionais não encaminhariam pacientes com DRC em estágio avançado. Os autores afirmam que os exames capazes de identificar precocemente a DRC em pacientes hipertensos e diabéticos são de baixo custo e estão disponíveis na assistência primária à saúde. Ressaltam ainda que, quanto ao encaminhamento tardio dessa população para consulta com nefrologista, eleva-se a morbimortalidade e os custos relacionados à doença. O estudo também identificou não haver uma abordagem interdisciplinar com esses pacientes, uma vez que não havia por parte dos profissionais médicos encaminhamentos para outros profissionais da área da saúde não médicos, apesar da complexidade que envolve o cuidado da DRC.

O MS, levando em consideração o impacto que as doenças crônicas não transmissíveis têm gerado na saúde da população, correspondendo a 72% das causas de óbitos no ano de 2007, publicou em 2014 a Portaria nº. 483, a qual “Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado” (BRASIL, 2014c, p. 1). Esse documento explicita os princípios e define os objetivos das Redes de Atenção à Saúde (RAS) das pessoas com doenças crônicas, e determina as competências das três esferas de gestão (federal, estadual, municipal). Devem compor a estrutura da RAS: atenção básica; atenção especializada (ambulatorial especializado, hospitalar, urgência e emergência); sistemas de apoio; sistemas logísticos; regulação; e,

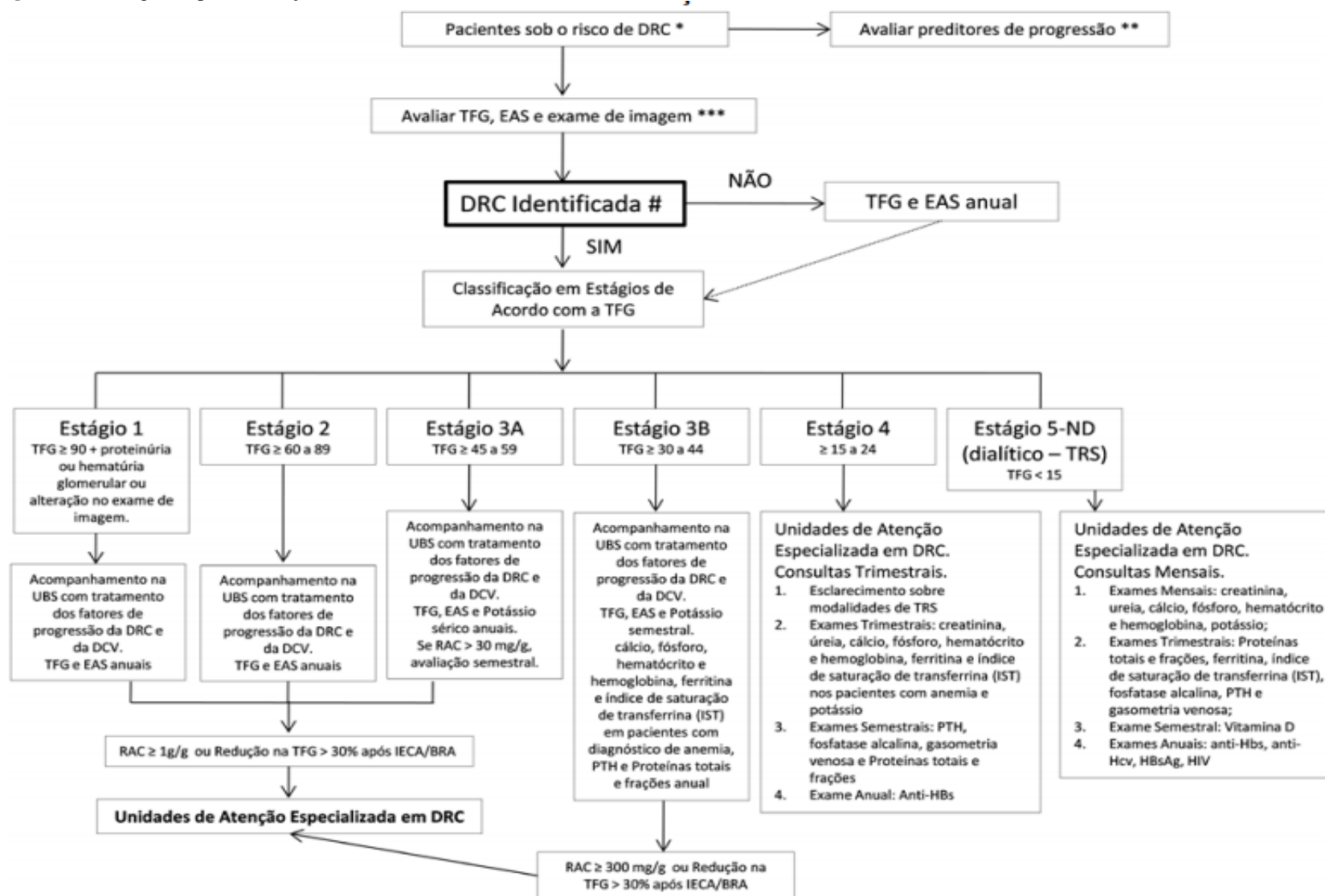
governança. Vale ressaltar que compete ao MS elaborar material técnico de apoio para a organização das linhas de cuidado regionais e para a elaboração de diretrizes clínicas. O documento orienta que a RAS de pessoas com doenças crônicas deverá ser implementada por meio da organização e da operacionalização de linhas de cuidado específicas, priorizando os agravos de maior impacto na saúde pública e qualidade de vida da população (BRASIL, 2014c).

Sendo assim, ainda em 2014, o MS publicou as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC no SUS (BRASIL, 2014a), e a Portaria nº. 389, que “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” (BRASIL, 2014b, p. 1), para serem implementadas nas três esferas federativas.

As Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC no SUS determinam as diretrizes para o cuidado dessa população na Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas. Esse documento tem a finalidade de proporcionar orientações as equipes de saúde referente ao cuidado voltado à população de risco ou com diagnóstico de DRC. O documento define a estratificação de risco, as estratégias de prevenção, os recursos diagnósticos e condutas clínicas para cada estágio da doença. Ressalta-se que a iniciativa para elaboração dessas diretrizes foi da Coordenação Geral da Média e Alta Complexidade, a qual teve como parceiros nesse trabalho Instituições Científicas como a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN) e a Associação Brasileira de Centros de Diálise e Transplante (ABCDT) (BRASIL, 2014a).

As Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC no SUS (BRASIL, 2014a), a fim de direcionar o cuidado para a pessoa com DRC e compartilhar este cuidado entre os diferentes níveis de atenção à saúde, elaboraram um fluxograma para avaliação da DRC, o qual é demonstrado na figura 5.

Figura 5 - Fluxograma para avaliação da DRC



Fonte: Brasil (2014a).

Legenda:

* Pessoas com diabetes, hipertensão, idosos, IMC > 30, história de DCV (Doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca), histórico de DRC na família, tabagismo, uso de agentes nefrotóxicos.

** Níveis pressóricos mal controlados, níveis glicêmicos mal controlados, níveis de colesterol mal controlados, estágio da DRC, albuminúria, tabagismo, exposição a agentes nefrotóxicos.

*** Exame de imagem deve ser feito para indivíduos com história de DRC familiar, infecção urinária de repetição e doenças urológicas.

TFG < 60ml/min/1,73m², por pelo menos 3 meses consecutivos, ou TFG ≥ 60ml/min/1,73m² se associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem.

Já a Portaria n.º. 389 define as diretrizes e os critérios para a organização da linha de cuidado de portadores de DRC na atenção básica e na atenção especializada, determinando o que é de competência de cada uma. A atenção básica deve ser a ordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde. Nesse nível de atenção, devem ser trabalhadas ações de saúde voltadas à prevenção da DRC e ao diagnóstico precoce dessa condição, a fim de retardar sua evolução. Quanto à atenção especializada, o documento identifica as tipologias e as atribuições das Unidades de Atenção Especializada a nível ambulatorial em DRC, e determina as condições necessárias de adesão e de habilitação dessas Unidades para integrar a linha de cuidado da pessoa com DRC.

Ainda no que se refere à atenção especializada, mais especificamente em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que deve ofertar as modalidades de HD e DP, a Portaria determina a composição das equipes mínimas, além da proporção de profissionais por pacientes assistidos. O documento também determina a forma de monitoramento e a avaliação dessas Unidades, além de descrever todos os indicadores de qualidade que devem ser contemplados nesses serviços de saúde. É essencial ressaltar que a Portaria assegura o financiamento para prevenção, tratamento das doenças de base, bem como o tratamento da DRC na RAS das pessoas com doenças crônicas, sendo reservado aos cuidados de sujeitos em estágios pré-dialítico (BRASIL, 2014b).

Em 2015, o MS, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, criaram Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada, e uma das especialidades priorizadas foi a nefrologia. Protocolos de encaminhamento específicos para o nefrologista foram elaborados para determinadas condições de saúde, sendo elas: doença policística renal, diabetes mellitus, doença renal crônica, hipertensão arterial sistêmica, infecção urinária recorrente e litíase renal. Os encaminhamentos devem conter o descritivo da condição clínica, bem como uma descrição mínima do caso, como sinais e

sintomas e resultados de exames específicos que indiquem necessidade de acompanhamento especializado e determinar a prioridade do caso (BRASIL, 2015).

Em 2018, o MS alterou a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, ambas de 28 de setembro de 2017. A primeira afirma que “as Unidades de Terapia Intensiva e as Unidades de Cuidados Intermediários devem articular uma linha de cuidado progressivo, de acordo com a condição clínica e complexidade do cuidado do paciente” (BRASIL, 2017a, p. 1). Já a segunda trata da “consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2017b, p. 1). Sendo assim, o MS publicou em 07 de junho de 2018 a Portaria nº. 1.675 “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” (BRASIL, 2018, p. 1). Esse último documento apresenta os mesmos pontos abordados na Portaria nº. 389 de 13 de março de 2014.

No estudo realizado por Pena et al. (2012) com médicos atuantes na atenção básica, os autores sugerem que esse nível de atenção receba o apoio matricial por médicos nefrologistas atuantes na atenção especializada, a fim de que a atenção primária à saúde se torne mais resolutiva. Nesse sentido, as Portarias nº. 389 de 2014 (BRASIL, 2014b) e nº. 1.675 de 2018, que definem as diretrizes para a organização da linha de cuidado para portadores de DRC no âmbito do SUS, preconizam que a atenção especializada deve “realizar o matriciamento pela equipe multiprofissional especializada em DRC a partir da integração com as equipes de atenção básica” e “disponibilizar carga horária adequada à realidade local para realizar o matriciamento” (BRASIL, 2018, p. 2).

Um dos serviços públicos de saúde mais procurado é o de assistência ao portador de DRC, mais especificamente de diálise. Na cidade de Foz do Iguaçu, por exemplo, o trânsito tanto de migrantes quanto de turistas têm gerado uma importante elevação de uma população flutuante no município. Essa população, composta por migrantes e estudantes tanto do país quanto do exterior, além de turistas e da população residente na região de fronteira do Paraguai e da Argentina, essa última em menor quantidade, têm se beneficiado do sistema público de saúde brasileiro (ALBUQUERQUE, 2012).

3.4 Assistência de Saúde em Região de Fronteira

É de conhecimento que “a busca de atendimento por populações de outros países é uma realidade nos serviços de saúde de municípios de fronteira, e exerce pressão crescente à proporção que os sistemas municipais de saúde se organizam” (GIOVANELLA et al., 2007, p. 263).

Abordar a humanização no acesso à saúde, principalmente na procura por serviços de saúde em uma região de fronteira, é de extrema importância, uma vez que envolve o tema da cidadania. Um aspecto crucial ao se discutir a cidadania pública e o direito à saúde é a regra de concessão de nacionalidade. A cidadania, habitualmente, é uma condição dos nacionais de uma nação, decorrente de vínculos biológicos entre os integrantes de um mesmo país, sendo excluídos dessa situação os estrangeiros e migrantes (GIOVANELLA et al., 2007).

A fim de regulamentar a situação dos migrantes no país a Casa Civil da Presidência da República publicou em 24 de maio de 2017 a Lei de Migração nº 13.445. “Esta Lei dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no País e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante” (BRASIL, 2017c, p. 1). A política migratória do estado brasileiro é regida pelos preceitos da universalidade, da indivisibilidade e da interdependência dos direitos humanos. Dentre seus princípios universais, menciona a igualdade de tratamento, possibilitando ao migrante e aos seus familiares inserirem-se em programas de inclusão social por meio de políticas públicas, oportunizando o acesso igualitário a todos a quaisquer programas ofertados pelos serviços públicos.

O artigo quarto da Lei Migratória trata da garantia plena ao migrante sobre o direito ao território nacional garantindo a esse segurança, liberdade, direitos à vida de igual modo que um cidadão nacional. Ao imigrante, ao visitante e ao residente fronteiriço é concedida residência no país, desde que a finalidade pelo qual solicitam se enquadre nas previstas na Lei da Migração, entre essas a necessidade de tratamento de saúde. No que se refere à região de fronteira, o residente fronteiriço é aquele indivíduo natural de país limítrofe que mantém moradia em cidade fronteiriça, e a fim de simplificar sua circulação, ele poderá requerer e ter concedida autorização para executar ações de vida civil no Brasil. As políticas públicas do território nacional têm por primazia disponibilizar ao migrante a possibilidade de uma vivência digna e plena no território nacional (BRASIL, 2017c).

As políticas e as ações em nome da saúde pública em um território de diversas fronteiras revelam aflições e problemas associados às exigências de alguns controles do

Estado soberano moderno, como os impostos e a cidadania nacional. Entretanto, concomitante a isso também surge uma profunda mobilização em busca da expansão de direitos sociais em uma área de projetos e práticas de aproximação fronteiriça. “Os direitos universais à vida e à saúde entram em colisão com os limites orçamentários dos setores de saúde e a defesa do atendimento somente para os residentes daquele município ou de outra cidade brasileira” (ALBUQUERQUE, 2012, p. 203).

No que diz respeito aos emigrantes, ou seja, brasileiros residentes no exterior, mais especificamente em países que fazem fronteira com o Brasil, como no município de Foz do Iguaçu no Estado do Paraná, onde há uma tríplice fronteira com o Paraguai e a Argentina, Lima (2017) realizou um estudo a fim de identificar o itinerário terapêutico de brasileiros residentes nesses dois países vizinhos e que buscam os serviços de saúde do SUS na região.

Para os imigrantes brasileiros no Paraguai, conhecidos como brasiguaios, Lima (2017) identificou que esses fazem uso do sistema público de saúde simultâneo ao sistema privado de forma recorrentemente, visto que buscam solucionar seus problemas de saúde. Destinam-se a procurar atendimento em clínicas privadas, principalmente quando necessitam de atendimento de um especialista, mostrando a existência de um sistema duplo. Muitas vezes, as buscas para tentar sanar suas dificuldades relacionadas à sua saúde não são bem sucedidas, tornando necessário tentar novas buscas pela solução de seus problemas de saúde. No que se refere aos brasileiros que moram na Argentina, o uso do serviço público e privado ocorre de maneira diferente do que relatam os brasiguaios, visto que se beneficiam do serviço público, ou dos trabalhos sociais ofertados pela Argentina, e escolhem o Brasil para utilizar somente serviços privados. Relacionado ao acesso de serviços de saúde, existe uma diversidade de elementos que beneficiam ou limitam, entre eles a oferta de serviços, a força de trabalho, os fluxos de organização de gestão, o sistema de gerenciamento de informações e o cartão SUS. Entretanto, o SUS Brasileiro foi apresentado como o caminho para reabilitação das funções da vida para esses sujeitos. Entende-se que, apesar das dificuldades encontradas, em sua maioria burocráticas, não questionam, mas seguem orientações recebidas como se não lhes fosse de direito questionar sobre o sistema.

Ainda sobre o acesso, grande parte dos relatos alistados na pesquisa Lima (2017) mostra satisfação com o atendimento e o itinerário terapêutico que está sendo seguindo. Entretanto, compreende-se que a assistência à saúde deverá ter avanços em suas melhorias. Para esse sujeito que experimentou outras realidades sobre saúde, mesmo observando dificuldades no serviço de saúde do Brasil, entende que ainda assim é melhor (LIMA, 2017),

pois, no país vizinho, no caso dos brasiguaios residentes no Paraguai, o sistema público de saúde é precário, se comparado ao sistema público de saúde brasileiro.

O Sistema de saúde do Paraguai é subdividido em público e privado. Enquanto o setor público representava baixa expressão de cobertura da assistência à saúde, os serviços médico-previdenciários representavam 21,6% de abrangência da assistência. O sistema de saúde apresenta elevada segmentação de prestadores de serviços, resultado de uma subdivisão e falta de comunicação entre os diversos subsetores (Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPyBS), Instituto de Previdência Social (IPS), Saúde Militar, Saúde Policial, Universidade Nacional de Assunção, e os serviços assistenciais das empresas descentralizadas Itaipú e Yacyretá). A figura 6 apresenta as mais importantes medidas jurídicas que regulamentaram a assistência à saúde no Paraguai desde a década de 1930 até o ano de 2009 (CAMPOS et al., 2013).

Figura 6 - Marcos na história do Sistema de Saúde Paraguaio

Tabela 1. Marcos na história do Sistema de Saúde Paraguaio

Ano	Fatos
1936	Criação do Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social
1943	Criação do Instituto de Previdência Social (IPS)
1950	Modificação do decreto de criação do IPS para ampliar os serviços para os assegurados
1980	Código Sanitário (sua atualização não foi ainda aprovada)
1992	Constituição Nacional da República do Paraguai (art. 68 e 69)
1994	Criação do Instituto Nacional de Saúde
1996	Criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) Lei 1.032
1998	Regulamentação da descentralização sanitária
1998	Regulamentação da superintendência de saúde
1999	Reestruturação do Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social
2000-2005	Marco jurídico que regula a administração, a distribuição, o percentual e o tipo de gasto de <i>royalties</i> e compensações por uso de recursos hidráulicos que destina 50% desses recursos para gastos com a saúde nos municípios e governoratos.
2008-2009	Conselho Nacional de Saúde entrega recursos para administração e distribuição aos Conselhos Locais de Saúde de todo o país, com a resolução de gratuidade universal dos serviços de saúde.

Fonte: María Elena Ramírez Rojas; 2008.

Fonte: Campos et al. (2013).

Um marco para as mudanças da saúde foi a criação da Política Nacional de Saúde de 2005-2008, que implementou a reforma da saúde de forma progressiva e participativa,

produzindo modificações, como a descentralização e a solidificação do Sistema Nacional de Saúde. Entre as estratégias fundamentais para o desenvolvimento da saúde pode-se citar: disposição do marco jurídico; consolidação da gerência do Ministério de Saúde; desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde do Paraguai; descentralização da saúde; e, continuidade das funções essenciais da saúde pública. O programa de Governo de 2008 do Paraguai, a partir da implementação do Sistema Nacional de Saúde solidário, iniciou uma nova era no setor saúde no país, o qual clamava pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade com forte participação social, rompendo assim com o sistema anterior (CAMPOS et al., 2013).

3.5 Itinerários Terapêuticos e DRC

A preocupação sobre como e em que momento as pessoas procuram ajuda para resolver suas demandas ou problemas de saúde tem estado cada vez mais presente em estudos sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde (CABRAL et al., 2011). Sendo assim, a construção de itinerários terapêuticos, termo originado dos campos da sociologia e da antropologia, caracteriza-se como uma ferramenta, pois proporciona uma investigação das escolhas vivenciadas pelos sujeitos no tocante ao seu processo terapêutico e à multiplicidade de caminhos presentes nesse processo (ARAÚJO et al., 2014).

Os estudos sobre itinerários terapêuticos no Brasil são relativamente recentes e têm mostrado que os arranjos estabelecidos por usuários na superação de problemas de acesso e integralidade expressam uma riqueza pouco aproveitada durante a formação de profissionais, ou mesmo por pesquisadores e gestores. A compreensão sobre como as pessoas e os grupos sociais realizam escolhas e aderem ou não aos tratamentos, ou seja, como constroem seus itinerários terapêuticos, é fundamental para orientar as práticas em saúde. Assumir a diretriz da construção de projetos terapêuticos centrados nas necessidades das pessoas e contextualizados em suas histórias, necessidades e desejos, requer o desenvolvimento de novas modalidades e critérios de avaliação e também de modelagens diferenciadas das práticas multiprofissionais (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008).

A compreensão do itinerário terapêutico proporciona aos profissionais de saúde reconhecer a multiplicidade de saberes e modos de se lidar com a enfermidade, fornecendo subsídios para a construção de um cuidado de saúde mais próximo da realidade sociocultural do indivíduo. Além disso, percebe-se a trajetória individual perpassando o caráter público da cultura e, sobretudo, a posição da pessoa como sujeito de seu próprio cuidado.

Compreender o percurso que os usuários de serviços de saúde fazem até conseguirem acessar o cuidado também é importante para repensar as práticas assistenciais nos serviços de saúde. Ressalta-se a defesa intransigente da humanização do atendimento, por parte dos profissionais de saúde na atenção à saúde, desde o acesso do paciente e de sua família no serviço de saúde, até a realização de procedimentos e acompanhamento após a realização destes ou até mesmo após intervenções (GOULART; CHIARI, 2010).

Na intenção de distinguir as diferentes interpretações no tocante a doença e seus meios de tratamento entre as diversas opções disponíveis em uma dada comunidade, os antropólogos propuseram algumas categorias de sistemas terapêuticos. O modelo do sistema de cuidado em saúde proposto por Kleinman tem sido muito empregado (ALVES; SOUZA, 1999).

Segundo Kleinman, a maioria dos sistemas e cuidados em saúde apresentam três subsistemas sociais nos quais o adoecimento é experienciado. Esses subsistemas são denominados profissional, popular e familiar:

O subsistema familiar se refere ao saber do senso comum, que se refere ao indivíduo e suas redes sociais, como familiares, amigos, vizinhos. É neste subsistema que os primeiros cuidados com a doença são adotados, incluindo repouso, alteração da dieta, alimentos especiais, massagens, remédios caseiros, automedicação, suporte emocional e práticas religiosas. O subsistema popular ou folk, envolve especialistas de cura não reconhecidos legalmente, que fazem tratamentos manipulativos com ervas, exercícios especiais, o xamanismo e os rituais de cura. O subsistema profissional é onde se localizam as profissões de cura organizadas e legalmente reconhecidas, sendo os sistemas médicos tradicionais os maiores representantes. (SILVA JUNIOR; GONÇALVES; DEMÉTRIO, 2013, p. 9).

Estudos abordando itinerários terapêuticos no que toca à procura por cuidados de saúde no Brasil nos últimos 20 anos apresentaram baixa expressividade, conforme identificado por Cabral et al. (2011) em uma revisão sistemática. Após publicação deste trabalho, muitos outros têm sido publicados no país na intenção de identificar itinerários terapêuticos na busca por cuidados de saúde com diferentes grupos. Pertinente ao referencial teórico utilizado nesses estudos, verificou-se referência ao Sistema de Cuidado à Saúde proposto por Kleinman em muitos dos trabalhos publicados (SILVA; SOUZA; MEIRELES, 2004; SILVA et al., 2006; MATTOSINHO; SILVA, 2007; NEVES; NUNES, 2010; YOUNES; RIZZOTTO; ARAÚJO, 2017; LIMA, 2017).

No que tange à doença renal e ao Itinerário Terapêutico de portadores de DRC em tratamento dialítico, dos sete estudos já publicados no Brasil, buscou-se avaliar condições clínicas desses pacientes e entender o papel da família nesta trajetória terapêutica. No que se

refere ao tipo de instrumento utilizado para a coleta de dados, nesses estudos foram observados: relato de discurso (três artigos), seguido de entrevista semiestruturada (dois artigos), estudo de caso (um artigo) e revisão científica (um artigo). Quanto à população objeto de estudo, foram encontrados seis artigos que abordaram pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodialise, sendo que desses: em dois artigos os pacientes tinham como doença de base hipertensão arterial e diabetes mellitus, um artigo estudou indivíduos idosos, dois artigos buscaram compreender o Itinerário Terapêutico por meio dos relatos dos familiares. Quanto à localização geográfica, os locais de pesquisa dos estudos foram: Estado de Minas Gerais (dois artigos), Estado do Paraná (dois artigos), Estado do Rio Grande do Norte (um artigo), Estado de Santa Catarina (dois artigos) e Estado do Rio de Janeiro (um artigo).

Os resultados mostraram vários aspectos sobre a busca pelo cuidado, sendo que início tardio do tratamento dialítico esteve relatado em seis estudos, e a procura inicial foi o serviço de urgência e emergência. A atenção primária é colocada como caminho percorrido na busca pelo cuidado, porém, não atendia à perspectiva da integralidade, apresentando encaminhamento tardio para o especialista mesmo sendo acompanhado por causa das doenças de base. A família teve um papel importante no acolhimento e no apoio no início do adoecimento, existiu uma procura de força superior (religiosa) após descoberta da doença. Quanto ao perfil demográfico, observou-se percentual aproximado de sujeitos de ambos os sexos, sendo cinco estudos com idade acima de 50 anos. Os artigos apresentaram em sua maioria tipo de estudo com nível de evidência VI, ou seja, estudos descritivos do tipo transversal, sendo somente um artigo de nível de evidência¹ V de caráter qualitativo descritivo (FERREIRA, 2015; SANCHES et al., 2016; ARAÚJO et al., 2014; TORCHI et al., 2014; CABRAL, 2010; SCHMITZ, 2008; OLIVEIRA et al., 2003).

¹ O nível de evidência, em ciência, corresponde à abordagem realizada para classificar a força de evidência dos estudos científicos. Refere-se ao método utilizado na obtenção da informação ou decisão de acordo com sua credibilidade científica.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa caracterizou-se como exploratória e descritiva, utilizando-se procedimentos de análise quantitativos e qualitativos dos dados coletados. A pesquisa exploratória oportuniza maior intimidade com o problema, criando uma maior visibilidade e proporcionando mais clareza na elaboração das hipóteses (GIL, 2007). Já a pesquisa descritiva requer do pesquisador uma gama de dados sobre o tema que almeja investigar, aspirando retratar acontecimentos e manifestações de certa realidade (TRIVIÑOS apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A abordagem qualitativa apresenta o “estudo da história, das relações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem”, além de pesquisar a maneira como as pessoas se sentem e pensam (MINAYO, 2007, p. 57). Os estudos qualitativos não se atentam com o peso numérico, mas com o aperfeiçoamento do entendimento de um grupo comunitário, de uma sociedade etc. Os investigadores que exercem a abordagem qualitativa acabam confrontando-se com os que defendem um padrão único de investigação para todas as ciências, onde as ciências sociais tem sua singularidade. Dessa forma, propõem-se uma metodologia que atenda às suas especificidades (GOLDENBERG apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Para Minayo (2007), o estudo qualitativo lida com o conjunto de significados, de motivos, de aspirações, de crenças, de valores e de atitudes, o que equivale a uma área mais intensa das relações, dos métodos e dos fenômenos que não podem ser sintetizados a instrumentalização de variáveis. Empregada preliminarmente em pesquisas de Antropologia e Sociologia, confrontando a pesquisa quantitativa dominante, tem ampliado sua área de atuação, como a Psicologia e a Educação. O estudo qualitativo é julgado por seu empirismo, impalpabilidade e pela envoltura afetiva do investigador.

No campo da saúde coletiva, o uso de instrumentos quantitativos e qualitativos é empregado em estudos com populações; ocorre que o método quantitativo é o mais usado pela epidemiologia clássica e o método qualitativo apresentando mais regularidade nos estudos do campo das ciências sociais. Entretanto, a conjunção dessas duas abordagens apresenta uma importante manifestação chamada de abordagem ecossistêmica. Essa abordagem procura unir a epidemiologia das enfermidades com as condições sociais que as determinam ou influenciam na sua ocorrência e, também, com variáveis ambientais. Apesar dessa abordagem

ser expressa de uma forma mais profunda, indica as teorias ecológicas e multicausais das enfermidades (MINAYO, 2007).

De acordo com Cabral et al. (2011), a literatura socioantropológica utiliza o termo itinerário terapêutico para identificar o percurso dos pacientes. Os autores afirmam que a análise do itinerário terapêutico é uma estratégia complementar à pesquisa quantitativa realizada com o intuito de caracterizar o perfil do paciente de um determinado serviço de saúde, haja vista que os itinerários terapêuticos apresentam potencial de compreensão do comportamento no que diz respeito ao cuidado em saúde e à utilização dos serviços.

Com o propósito de descrever o percurso terapêutico dos indivíduos submetidos ao tratamento de TRS, mais especificamente de hemodiálise, em um serviço de alta complexidade especializado em nefrologia, foi utilizado o itinerário terapêutico, que procura compreender os processos pelos quais as pessoas, seja no individual ou no coletivo, elegem e aderem ou não a uma forma específica de tratamento. Essa indagação é alicerçada no prenúncio de que os sujeitos descobrem inúmeras formas de resolver os seus problemas de saúde (ALVES; SOUZA, 1999).

4.2 Campo de pesquisa

O campo da pesquisa foi um Serviço de Nefrologia situado no município de Foz do Iguaçu, no estado do Paraná, de caráter privado, prestadora de serviço especializado para o SUS na 9ª região de saúde. Além de atender a pacientes pelo SUS, atende conveniados a planos de saúde e particulares.

São atendidos pacientes em todas as modalidades de tratamento para DRC (tratamento conservador, hemodiálise, diálise peritoneal, transplantados). Em dezembro de 2018, o referido serviço atendia a 319 pacientes em tratamento dialítico.

O Serviço atualmente divide-se em duas Unidades de atendimento. A equipe de saúde é formada por quatro médicos nefrologistas, quatro médicos plantonistas, sete enfermeiros, 55 técnicos de enfermagem, um psicólogo, um assistente social e um nutricionista.

4.3 População e amostra

A população do presente estudo foi a totalidade dos pacientes de nacionalidade paraguaia e brasileira que se encontrava ativa e acompanhada pela equipe do Serviço de Nefrologia, sendo que a coleta foi realizada no período entre abril e julho de 2018. Alguns

dos dados relacionados ao perfil sociodemográfico e epidemiológico foram coletados dos prontuários eletrônicos por meio do Programa *NepbroSys*, disponível no referido serviço, em que constam informações demográficas, evolução clínica do paciente, e dados socioeconômicos.

A amostra dos sujeitos entrevistados para o delineamento do itinerário terapêutico foi definida por saturação, com pacientes de nacionalidade paraguaia que aceitaram participar da pesquisa e que atenderam aos critérios de inclusão totalizando 13 sujeitos.

A saturação é um termo utilizado em pesquisas qualitativas para definir em que momento da pesquisa de campo que a continuidade das entrevistas não agregaria mais informações ao objeto de pesquisa (GLASER; STRAUSS, 1967 apud MINAYO, 2017). Ou seja, encerrar uma amostra em pesquisa qualitativa por saturação significa suspender a inserção de novos participantes no estudo em um determinado momento da pesquisa em que as informações já obtidas, na análise do pesquisador, apresentarem determinada repetição (DENZIN; LINCOLN, 1994 apud FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

4.4 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão na amostra da presente pesquisa foram: pacientes paraguaios acima de 18 anos de idade, de ambos os sexos, que apresentaram condições cognitivas para participar da entrevista e que aceitaram colaborar de forma voluntária e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos pacientes menores de 18 anos de idade, com doença mental, desorientados, e debilitados, e que não aceitaram colaborar de forma voluntária e negaram assinar o TCLE.

4.6 Riscos

O sujeito pode sentir-se constrangido em responder a certas questões, como também sentir-se acuado por estar sendo entrevistado pelo enfermeiro do próprio serviço onde é atendido. No entanto, tais riscos foram minimizados por meio da orientação previa ao sujeito sobre os objetivos da pesquisa, e que o pesquisador está ali sem nenhum julgamento.

Ressaltou-se também que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e que serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade também poderão minimizar os riscos.

4.7 Benefícios

Este trabalho pode resultar em benefícios tanto para a gestão dos serviços de saúde quanto para a sociedade. Conhecer a realidade vivenciada pelos sujeitos estrangeiros que necessitam de serviços de saúde, sendo eles de nacionalidade brasileira ou estrangeira em países vizinhos, poderá contribuir em políticas de saúde mais efetivas no que se refere ao acesso dessa população aos serviços de saúde.

4.8 Coleta de dados

A pesquisa foi desenvolvida em dois momentos: o primeiro, tinha por objetivo caracterizar o perfil de todos os pacientes estrangeiros e brasileiros. Assim, a coleta de dados foi realizada no banco de dados do referido serviço onde constam informações socioeconômicas, demográficas, e de evolução clínica do paciente.

No segundo momento, foram realizadas entrevistas com auxílio de roteiro semiestruturado (Apêndice A) para que o entrevistado pudesse discorrer sobre os temas propostos. O roteiro foi organizado em duas partes: a primeira, composta por perguntas fechadas a fim de caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico do sujeito; na segunda, composta por perguntas que tinham o escopo de compreender o percurso percorrido por pacientes paraguaios. As entrevistas foram feitas individualmente e gravadas. A pesquisa teve início somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

4.9 Organização e análise dos dados

Os dados quantitativos foram organizados em planilhas no programa Excel, apresentados na forma de tabelas e gráficos e submetidos à análise estatística descritiva. Já os dados qualitativos foram tratados pela análise temática e o referencial teórico de Kleinman (1978), que propõem um sistema de cuidado em saúde composto por três subsistemas sociais nos quais a doença é vivenciada, sendo eles: o profissional, o popular e o familiar.

4.10 Desfechos

Caracterizou o perfil sociodemográfico de pacientes de origem paraguaia e brasileira em tratamento de hemodiálise em Foz do Iguaçu – PR, bem como descrever o percurso percorrido, por esta população, em busca de acesso ao tratamento de hemodiálise pelo SUS no Brasil, em região de fronteira.

4.11 Questões éticas

Para a execução do presente estudo, seguiram-se os critérios estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O presente estudo foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e aprovado, sob o parecer nº 2.588.624, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), campus de Foz do Iguaçu - PR.

A participação dos entrevistados foi de caráter voluntário, sendo assegurado por princípios éticos, o sigilo acerca das informações coletadas. Os mesmos assinaram o TCLE.

ARTIGO 1

Perfil de pacientes atendidos em serviço de nefrologia: comparativo entre brasileiros e paraguaios

PEREIRA, Ederson²
CARVALHO, Manoela de³

RESUMO: Este estudo objetivou caracterizar o perfil epidemiológico de pacientes de origem paraguaia em tratamento de hemodiálise e comparar com o perfil de pacientes brasileiros de um serviço de nefrologia em Foz do Iguaçu – PR, por meio de uma pesquisa de natureza quantitativa. A população do estudo foi a totalidade dos pacientes de nacionalidade paraguaia e brasileira ativos do referido serviço no período fevereiro a abril de 2018. Havia 29 pacientes paraguaios e 319 pacientes brasileiros em tratamento dialítico, predominância do sexo masculino em ambas as populações; 69,9% dos pacientes paraguaios e 51,5% dos brasileiros com idade entre 50 a 65 anos, e 17,4% dos paraguaios e 25,5% dos brasileiros com idade ≥ 66 anos; 17,4% dos pacientes paraguaios e 36,2% dos brasileiros apresentam até dois anos de tratamento, 52,1% dos paraguaios e 27,9% dos brasileiros de 2 a 5 anos, e 30,4% dos paraguaios e 35,8% dos brasileiros ≥ 5 anos; 78,3% dos paraguaios e 38,9% dos brasileiros a primeira sessão de hemodiálise foi em caráter de emergência; as duas principais doenças de bases foi diabetes mellitus em 73,9% dos paraguaios e 48,1% dos brasileiros, e hipertensão arterial sistêmica em 65,2% dos paraguaios e 28,6% dos brasileiros; antes de iniciar o tratamento dialítico, 39,2% dos paraguaios e 14,1% dos brasileiros não estavam sob cuidados do nefrologista. Compreende-se que o perfil epidemiológico em ambas as populações evidencia forte presença masculina no tratamento dialítico, baixa escolaridade, casados, com filhos, faixa etária predominante acima dos 40 anos de idade. Apesar do primeiro tipo de acesso vascular ter sido o cateter e a sessão de hemodiálise ter ocorrido em caráter de emergência em ambos os grupos, o percentual entre os pacientes paraguaios foi significativamente maior em ambas as situações.

Palavras-chave: Diálise; Epidemiologia; Fronteira.

INTRODUÇÃO

O aumento da prevalência da doença renal crônica (DRC), e conseqüentemente a sua repercussão na morbimortalidade de pessoas portadoras dessa enfermidade, tornou-se um problema mundial de saúde pública (PINHO; SILVA; PIERIN, 2015). Em diversos países do mundo, estima-se uma prevalência de 8% a 16% de pessoas com algum grau de

² Enfermeiro. Mestrando em Saúde Pública em Região de Fronteira. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Foz do Iguaçu, PR. E-mail: edernefro@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* (mestrado) em Saúde Pública em Região de Fronteira da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Foz do Iguaçu, PR. E-mail: man0ela@hotmail.com

comprometimento da função renal, constituindo em um futuro próximo um grande grupo de indivíduos que carecerão de Terapia Renal Substitutiva (TRS), caso ocorra a progressão desta disfunção, evoluindo para as fases finais da DRC (DRAIBE, 2014).

No que se refere à TRS, que de forma mais precisa engloba tanto tratamento dialítico quanto o transplante renal, a prevalência mundial se aproximou de 826 por milhão da população (pmp) para o ano de 2016, sendo de 596/pmp para diálise e 230/pmp para transplante renal. Entretanto, existem países que extrapolam estas taxas, a exemplo dos Estados Unidos (2.043/pmp), Chile (1.294/pmp) e Uruguai (1.127/pmp) (SESSO et al., 2017).

De acordo com o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), em julho de 2014, havia 48.834 pacientes em tratamento dialítico crônico, em 312 serviços de diálise dos 715 ativos no país (SESSO et al., 2016).

No Brasil, majoritariamente os serviços de média e alta complexidade são prestados pelo setor privado da saúde, porém, aproximadamente dois terços de sua clientela tem seu tratamento financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (MACHADO; MATINS; LEITE, 2015). O SUS é o principal sistema de acesso para portadores de DRC ao tratamento dialítico (SESSO, 2017). Nesse sentido, entende-se a importância de sistemas universais com integralidade da assistência para garantir a prevenção de sequelas mais graves e mortes prematuras entre os portadores desta patologia.

A legislação brasileira pertinente ao atendimento de saúde do indivíduo estrangeiro no País é anterior à Constituição Federal de 1988. Estrangeiros que têm residência no Brasil e permanência regulamentada possuem direito à saúde igual ao cidadão brasileiro. Entretanto, estrangeiros que residem em cidades fronteiriças, segundo o Estatuto do Estrangeiro, não têm um amparo na legislação federal quanto ao acesso universal e integral à atenção à saúde. A garantia do direito ao acesso à saúde para esse público depende da autoridade municipal de região de fronteira (GIOVANELLA et al., 2007).

A fim de regulamentar a situação dos migrantes no país, a Casa Civil da Presidência da República publicou em 24 de maio de 2017 a Lei Federal nº 13.445, que “dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no País e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante” (BRASIL, 2017c, p. 1). Ao imigrante, ao visitante e ao residente fronteiriço é concedida residência no país, desde que a finalidade pelo qual solicitam se enquadre nas previstas na Lei da Migração, entre essas a necessidade de tratamento de saúde. No que se refere à região de fronteira, o residente fronteiriço é aquele indivíduo natural de país limítrofe que mantém moradia em

cidade fronteiriça, e a fim de simplificar sua circulação, ele poderá requerer e ter concedida autorização para executar ações de vida civil no Brasil (BRASIL, 2017c).

No município de Foz do Iguaçu, no estado do Paraná, em região de fronteira com o Paraguai e a Argentina, existe um serviço privado de diálise conveniado ao SUS para referência em alta complexidade aos municípios de abrangência da 9ª Regional de Saúde. Essa instituição iniciou as suas atividades no ano de 1988, ofertando serviço de TRS, a hemodiálise e a diálise peritoneal, além de atendimento clínico ambulatorial de pacientes em tratamento conservador e, também, transplantados renais. Em dezembro de 2018, esse serviço atendia 302 pacientes em hemodiálise e 17 pacientes em diálise peritoneal, totalizando a 319 pacientes em tratamento dialítico, sendo que desses, 29 (9%) indivíduos eram de nacionalidade paraguaia.

O sistema de saúde do Paraguai é subdividido em público e privado. Enquanto o setor público representava baixa expressão de cobertura da assistência à saúde, os serviços médico-previdenciários representavam 21,6% de abrangência da assistência. O sistema de saúde apresenta elevada segmentação de prestadores de serviços, resultado de uma subdivisão e falta de comunicação entre os diversos subsetores (CAMPOS et al., 2013).

Estima-se que no Paraguai existam 176 pacientes em diálise por milhão de habitantes, sendo um dos países com menor cobertura desse serviço, com somente 1.184 pacientes com Insuficiência Renal Crônica (IRC) que recebem tratamento de hemodiálise em todo o país (REPÚBLICA DEL PARAGUAY, 2015). Assim, pressupõe-se que há uma demanda reprimida que busca assistência nos serviços de saúde no Brasil.

Diante desse panorama, este artigo objetivou caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico de pacientes de origem paraguaia e brasileira em tratamento de hemodiálise de um serviço de nefrologia em território de fronteira a fim de compreender a importância de princípios como a universalidade e a integralidade da atenção em sistemas nacionais de saúde distintos, como no caso dos sistemas de saúde brasileiro e paraguaio.

METODOLOGIA

A pesquisa caracteriza-se como exploratória e descritiva, que utilizou procedimentos de análise quantitativos dos dados coletados. O campo da pesquisa foi um Serviço de Nefrologia situado no município de Foz do Iguaçu, no estado do Paraná, que faz fronteira com o Paraguai e a Argentina.

A população do presente estudo foi a totalidade dos pacientes de nacionalidade paraguaia e brasileira ativos e acompanhados pela equipe do Serviço de Nefrologia desde 1997 e que estavam cadastrados no período da coleta dos dados, fevereiro a abril de 2018. Os dados relacionados ao perfil sociodemográfico e epidemiológico foram coletados dos prontuários eletrônicos por meio do Programa *NephroSys*, disponível no referido serviço no qual constam informações demográficas, evolução clínica do paciente, e dados socioeconômicos.

O campo de estudo, de caráter privado, é prestador de serviço especializado para o SUS na 9ª região de saúde. Além de atender usuários do SUS, atende a conveniados a planos de saúde e particulares. São atendidos pacientes em todas as modalidades de tratamento para DRC (tratamento conservador, hemodiálise, diálise peritoneal, transplantados). Atualmente, divide-se em duas unidades de atendimento e a equipe de saúde é formada por quatro médicos nefrologistas, quatro médicos plantonistas, sete enfermeiros, 55 técnicos de enfermagem, um psicólogo, um assistente social e um nutricionista.

Os dados obtidos foram digitados em planilhas no programa Excel, posteriormente organizados em tabelas e submetidos à análise estatística descritiva.

Esse estudo atende aos critérios estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos sob o parecer número 2.588.624.

RESULTADOS

Em maio de 2018, havia 23 pacientes paraguaios e 262 pacientes brasileiros cadastrados no serviço em tratamento dialítico (hemodiálise e diálise peritoneal), havendo predominância do sexo masculino em ambas as populações.

A tabela 1 caracteriza os pacientes segundo sexo, estado civil, presença de filhos, com quem vive e escolaridade. No que se refere ao estado civil, entre os paraguaios, 65,2% (n=15) são casados, entretanto, entre os brasileiros, 56,45% (n=148) não consta a informação do estado civil no prontuário eletrônico. A maioria dos sujeitos tem filhos, entre os paraguaios, 56,5% (n=13) vivem com filhos e 65,2% (n=15) com o cônjuge, e entre os brasileiros, 35,5% (n=93) vivem com o cônjuge, ressaltando que esta variável admitia mais de uma resposta. Essa informação não foi registrada em 41,2% (n=108) dos prontuários dos brasileiros. Quanto à escolaridade, em ambos os grupos estudados, o ensino fundamental incompleto e completo

foram os mais registrados, porém, em 69% dos prontuários eletrônicos não havia registro desta informação.

A tabela 2 apresenta a faixa etária dos pacientes, a idade em que iniciaram o tratamento dialítico, bem como o tempo de tratamento até o momento da pesquisa. Quanto à faixa etária atual, observou-se que 69,9% (n=14) dos pacientes paraguaios e 51,5% (n=135) dos brasileiros encontram-se entre 50 a 65 anos de idade, e 17,4% (n=04) dos paraguaios e 25,5% (n=67) dos brasileiros com idade \geq 66 anos.

No que se refere à faixa etária que iniciaram o tratamento dialítico, observou-se que 43,45% (n=10) dos pacientes paraguaios e 47,35% (n=124) dos brasileiros encontravam-se entre 40 a 59 anos de idade, e 47,85% (n=11) dos paraguaios e 42,7% (n=112) dos brasileiros com idade \geq 60 anos.

No tocante ao tempo de tratamento dialítico em anos, observou-se que 17,4% (n=4) dos pacientes paraguaios e 36,2% (n=95) dos brasileiros apresentam até dois anos de tratamento, 52,1% (n=12) dos paraguaios e 27,9% (n=73) dos brasileiros apresentam de dois a cinco anos, e 30,4% (n=7) dos paraguaios e 35,8% (n=94) dos brasileiros apresentam tempo de tratamento \geq 5 anos.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes paraguaios e brasileiros do serviço de nefrologia segundo sexo, estado civil, presença de filhos, com quem vive e escolaridade - Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018

VARIÁVEIS	ESTRANGEIROS		BRASILEIROS	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	17	73,90	165	63,00
Feminino	6	26,10	97	37,00
Estado Civil				
Solteiro (a)	1	4,35	28	10,70
Casado (a)	15	65,20	61	23,30
União Consensual	1	4,35	19	7,25
Divorciado (a)	2	8,70	1	0,40
Viúvo (a)	3	13,05	5	1,90
Não consta informação	1	4,35	148	56,45
Filhos				
Sim	18	78,30	161	61,45
Não	4	17,40	19	7,25
Não consta informação	1	4,30	82	31,30
Vive no mesmo domicílio				
Pais	1	4,30	17	6,50
Irmãos	0	0,00	1	0,40
Avós	0	0,00	1	0,40
Filhos	13	56,50	49	18,70
Marido/Esposa	15	65,20	93	35,50
Companheiro (a)	1	4,30	0	0,00
Sozinho	1	4,30	6	2,30
Não consta informação	0	0,00	108	41,20
Escolaridade				
Analfabeto	0	0,00	1	0,40
Ensino Fundamental Incompleto	6	26,10	46	17,55
Ensino Fundamental Completo	0	0,00	28	10,70
Ensino Médio Incompleto	0	0,00	1	0,40
Ensino Médio Completo	0	0,00	4	1,50
Ensino Superior Completo	1	4,30	0	0,00
Não consta informação	16	69,60	182	69,45

Fonte: Sistema de Informação NephroSys (2018).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes paraguaios e brasileiros do serviço de nefrologia segundo idade atual, idade em que iniciou tratamento e tempo de tratamento - Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018

VARIÁVEIS	ESTRANGEIROS		BRASILEIROS	
	N	%	N	%
Idade (anos)				
18-29 anos	0	0,00	14	5,35
30-39 anos	2	8,70	12	4,60
40-49 anos	3	13,00	34	13,00
50-59 anos	7	30,45	90	34,35
60-65 anos	7	30,45	45	17,15
66-70 anos	2	8,70	26	9,90
71-75 anos	0	0,00	20	7,60
76-80 anos	1	4,35	12	4,60
81-85 anos	1	4,35	7	2,65
86-90 anos	0	0,00	2	0,80
Idade em que iniciou tratamento				
18-29 anos	0	0,00	23	8,80
30-39 anos	5	21,70	30	11,45
40-49 anos	2	8,70	49	18,70
50-59 anos	10	43,50	87	33,20
≥ 60 anos	6	26,10	73	27,85
Tempo de tratamento				
< 6 meses	0	0,00	10	3,80
6 a 12 meses	2	8,70	52	19,85
1 a 2 anos	2	8,70	33	12,60
2 a 3 anos	4	17,40	34	13,00
3 a 4 anos	5	21,70	23	8,80
4 a 5 anos	3	13,00	16	6,10
5 a 10 anos	6	26,10	41	15,65
> 10 anos	1	4,30	53	20,20

Fonte: Sistema de Informação NephroSys (2018).

A tabela 3 descreve o vínculo empregatício dos pacientes, o tipo de deslocamento de seus domicílios até a clínica de nefrologia e o tipo de convênio de saúde do sujeito com o referido serviço. Quanto ao vínculo empregatício dos sujeitos do estudo, identificou-se que 87,10% (n=20) dos paraguaios e 90,85% (n=238) dos brasileiros não consta essa informação nos prontuários eletrônicos.

No tocante ao deslocamento do domicílio até a clínica de nefrologia, notou-se que 26,0% (n=6) dos pacientes paraguaios fazem uso de transporte público, sendo coletivo urbano e intermunicipal; outro aspecto considerável é que 34,8% (n=8) faz uso de carro próprio para

se locomover até a unidade de diálise. Importante salientar que 92,3% (n= 242) dos brasileiros não têm essa informação nos prontuários eletrônicos.

Concernente ao convênio de saúde do sujeito do estudo, 82,6% (n=19) dos estrangeiros e 92,3% (n=242) dos brasileiros são atendidos pelo SUS.

Tabela 3 – Caracterização socioeconômica dos pacientes paraguaios e brasileiros do serviço de nefrologia segundo vínculo empregatício, meio de transporte e tipo de convênio de saúde - Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018

VARIÁVEIS	ESTRANGEIROS		BRASILEIROS	
	N	%	N	%
Vínculo Empregatício				
Empregado	1	4,30	0	0,00
Autônomo	1	4,30	0	0,00
Aposentado	1	4,30	24	9,15
Não consta informação	20	87,10	238	90,85
Deslocamento até a clínica				
Transporte coletivo urbano	4	17,40	2	0,80
Transporte coletivo intermunicipal	2	8,70	6	2,30
Transporte Social	0	0,00	10	3,80
Carro próprio	8	34,80	2	0,80
Carona	3	13,00	0	0,00
Não consta informação	6	26,10	242	92,30
Tipo de Convênio de Saúde				
SUS	19	82,60	242	92,35
Privado	4	17,40	20	7,65

Fonte: Sistema de Informação NephroSys (2018).

A tabela 4 expõe a caracterização clínica dos pacientes paraguaios e brasileiros. Entre os aspectos estão o local da primeira sessão de hemodiálise, qual o tipo de acesso vascular, quando iniciou hemodiálise, qual doença de base, e se estava sob cuidados de nefrologista antes de iniciar o tratamento dialítico.

Quanto ao local da primeira sessão de hemodiálise, verificou-se que 56,5% (n=13) dos pacientes paraguaios e 41,6% (n=109) dos brasileiros iniciaram tratamento dialítico na clínica de hemodiálise. É importante ressaltar que, para 38,0% dos brasileiros, não havia essa informação no sistema.

No que se refere ao primeiro tipo de acesso vascular, observou-se que 17,4% (n=4) dos pacientes paraguaios e 16,0% (n=42) dos brasileiros foi a fístula arteriovenosa. Já o uso

de cateter como primeiro acesso ocorreu em 73,9% (n=17) dos paraguaios e 49,6% (n=130) dos brasileiros.

No tocante ao primeiro tipo de sessão de hemodiálise, o estudo identificou que 78,3% (n=4) dos paraguaios e 38,9% (n=102) dos brasileiros realizaram a primeira sessão de hemodiálise em caráter de emergência.

As duas principais doenças de bases dos sujeitos do estudo foram diabetes mellitus que acometeu 73,9% (n=17) dos paraguaios e 48,1% (n=126) dos brasileiros, e hipertensão arterial sistêmica, que acometeu 65,2% (n=15) dos paraguaios e 28,6% (n=75) dos brasileiros. Destaca-se que essa informação não constava em 38,2% (n=100) dos prontuários dos pacientes brasileiros.

Antes de iniciar o tratamento dialítico, 39,2% (n=9) dos paraguaios e 14,1% (n=37) dos brasileiros não estavam sob os cuidados do especialista nefrologista. Salienta-se que 56,1% (n=147) dos brasileiros não apresentava essa informação no sistema.

Referente à letalidade dos pacientes no referido serviço, houve 651 óbitos no período de cinco anos, entre 2013 a 2018, com 63,13% do sexo masculino e 36,87% feminino. No que se refere à nacionalidade: 83,87% brasileiros; 5,53% paraguaios; 1,07% de outras nacionalidades (chinês, japonês, coreanos, argentinos, portugueses); e 9,53% sem informação. No mesmo período, houve 892 pacientes admitidos no serviço para tratamento dialítico, com 60,60% de homens e 31,40% de mulheres. No que diz respeito à nacionalidade: 81,50% brasileiros; 5,26% paraguaios; 0,24% de outras nacionalidades (japonês, coreano); e 13,00% sem informação. Observou-se 72,8% de letalidade no total de pacientes, com 61,15% entre homens e 85,71% entre mulheres, e 75,10% entre brasileiros e 76,59% entre paraguaios.

Tabela 4 – Caracterização clínica dos pacientes paraguaios e brasileiros do serviço de nefrologia - Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018

VARIÁVEIS	ESTRANGEIROS		BRASILEIROS	
	N	%	N	%
Local da primeira sessão de hemodiálise				
Clínica de hemodiálise	13	56,50	109	41,60
Hospital	8	34,80	53	20,25
Não consta informação	2	8,70	100	38,15
Primeiro tipo de acesso				
Fístula Arteriovenosa	4	17,40	42	16,00
Cateter	17	73,90	130	49,60
Não consta informação	2	8,70	90	34,40
Primeiro tipo de sessão de hemodiálise				
Eletiva	3	13,00	58	22,10
Emergência	18	78,30	102	38,95
Não consta informação	2	8,70	102	38,95
Doença de Base				
Hipertensão Arterial	15	65,20	75	28,60
Diabetes Mellitus	17	73,90	126	48,10
Doença Cardiovascular	4	17,40	10	3,80
Não consta informação	0	0,00	100	38,20
Estavam com cuidados de nefrologista				
Não	9	39,20	37	14,10
Sim - há menos de 06 meses	2	8,70	5	1,90
Sim - entre 06 a 12 meses	8	34,80	24	9,20
Sim - há mais de 12 meses	3	13,00	49	18,70
Não consta informação	1	4,30	147	56,10

Fonte: Sistema de Informação NephroSys (2018).

DISCUSSÃO

Outros estudos apontam predominância do sexo masculino realizando tratamento dialítico (FREITAS; BASSOLI; VANELLI, 2013; OLIVEIRA JUNIOR; FORMIGA; ALEXANDRE, 2014; RIBEIRO et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2015; SESSO et al., 2017; SANTOS et al., 2018), corroborando com a presente pesquisa. Há distintos níveis de

prevalência de condições de risco para DCNT entre homens e mulheres, considerando que entre os gêneros há desigualdades nas condições de trabalho e de vida que os expõem a outros fatores como estresse, dependência química (álcool e tabaco, por exemplo), excesso de peso e ingestão alimentar rica em gordura (MALTA et al., 2013). Além disso, culturalmente, a população do sexo masculino, em geral, recusa a possibilidade de adoecer, supostamente por apresentarem dificuldade em compreender a necessidade e importância da busca pelo seu cuidado, além das dificuldades para o acesso aos serviços de saúde que funcionam em horário que geralmente estão no trabalho. Possivelmente, esses fatores contribuem para manifestarem maior morbimortalidade, e menor expectativa de vida em relação ao sexo feminino (BRASIL, 2008).

Quanto ao estado civil, há vários estudos que abordam o perfil demográfico do paciente renal em diálise identificam que vivem com companheiro: 54,7% em Juiz de Fora/MG (FREITAS; BASSOLI; VANELLI, 2013); 66,0% em João Pessoa/PB (OLIVEIRA JUNIOR; FORMIGA; ALEXANDRE, 2014); 60,9% em Teresina/PI (RIBEIRO et al., 2014); 53,4% em Diamantina/MG (SANTOS et al., 2018), corroborando com a presente pesquisa. Neste estudo, tanto entre paraguaios quanto entre os brasileiros, foi possível identificar que a maioria vive com filhos e companheiros no mesmo domicílio, entretanto, com maior predominância entre os pacientes paraguaios.

Quanto à escolaridade, é possível observar nos trabalhos publicados que se trata de uma população de pouco acesso à educação, a qual a maioria não apresenta mais que o ensino fundamental completo, por exemplo: fundamental incompleto 51,9% (FREITAS; BASSOLI; VANELLI, 2013); fundamental incompleto 34,9% (OLIVEIRA et al., 2015); fundamental completo 53,13% (RIBEIRO et al., 2014); fundamental completo 56% (OLIVEIRA JUNIOR; FORMIGA; ALEXANDRE, 2014). Tais achados são semelhantes aos desta pesquisa, pois, apesar de haver um elevado percentual sem informação, nos prontuários em que a informação existe foi possível identificar que a maioria apresenta ensino fundamental incompleto, principalmente entre os paraguaios. Esse dado pode ser um indicativo das dificuldades dessa população com relação às condições de vida e de trabalho, sendo um importante indicador de outras determinações inerentes ao processo saúde-doença.

No que diz respeito à faixa etária do paciente renal em tratamento dialítico, outros estudos com essa população revelam prevalência na faixa etária entre 40 e 59 anos: 43,6% em Juiz de Fora/MG (FREITAS; BASSOLI; VANELLI, 2013); 50% em João Pessoa/PB (OLIVEIRA JUNIOR; FORMIGA; ALEXANDRE, 2014); 40,6% em Teresina/PI (RIBEIRO

et al., 2014); 51% em Itabuna/BA (OLIVEIRA et al., 2015). Na presente pesquisa, a faixa etária entre 40 e 59 anos apresenta percentual significativo tanto entre pacientes paraguaios quanto entre brasileiros. Entretanto, observou-se que os indivíduos com idade superior a 60 anos representam um percentual importante entre os pacientes atendidos, tanto entre os paraguaios quanto entre os brasileiros.

O tempo de tratamento dialítico tem sido observado em alguns estudos que abordam o perfil de pacientes renais crônicos. É possível verificar diferentes estratificações de tempo de tratamento. No estudo realizado em Juiz de Fora/MG, 37% dos pacientes tinham tempo de tratamento ≤ 1 ano (FREITAS; BASSOLI; VANELLI, 2013); em Itabuna/BA, 31,7% apresentavam tempo de tratamento entre ≥ 2 anos e ≤ 5 anos (OLIVEIRA et al., 2015); e em RS, 39,7% apresentavam tempo de tratamento entre ≥ 1 ano e < 3 anos (ZAMBONATO; THOMÉ; GONÇALVES, 2008). No presente estudo, no entanto, os pacientes brasileiros apresentam tempo de tratamento semelhante ao dos estudos supracitados, mas esse perfil se diferencia entre os pacientes paraguaios, cuja grande maioria apresenta tempo de tratamento entre dois a cinco anos. Também na presente pesquisa destaca-se um grande percentual de pacientes brasileiros e paraguaios com tempo de tratamento ≥ 5 anos.

O perfil socioeconômico dos pacientes em tratamento dialítico é pouco abordado nos estudos epidemiológicos dessa população, sendo pouco estudado o tipo de vínculo empregatício. Percebe-se que também essa informação nem sempre está presente nos prontuários médicos, o que dificulta a compreensão do problema do ponto de vista epidemiológico e social, uma vez que a categoria classe social e processo de trabalho são centrais para a análise da determinação social do processo saúde-doença para além do aspecto clínico-individual (LAURELL, 1982).

O deslocamento até o serviço de dialise ocorre de diferentes meios de transporte, podendo ser fornecido como um benefício social ou custeado pelo próprio paciente. No estudo de Oliveira et al. (2015), 46,0% dos usuários fazem uso do transporte social do município em que reside; já no estudo de Freitas, Bassoli e Vanelli (2013), 66,9% faz uso de algum tipo de benefício, como o transporte fora do domicílio ou o passe livre. No presente trabalho, destaca-se elevado percentual de prontuários sem informação dessa variável entre os pacientes brasileiros; entre os paraguaios, no entanto, 34% utilizam o carro próprio.

No que se refere ao tipo de convênio para financiamento do tratamento, houve um predomínio significativo do SUS, como consta nos estudos de: Freitas, Bassoli e Vanelli (2013), com 86,7%; Oliveira et al. (2015), com 82,5%; e Zambonato, Thomé e Gonçalves

(2008), com 75,4%. Esses resultados assemelham-se a esta pesquisa, que demonstrou que 82,6% dos pacientes paraguaios e 92,35% dos pacientes brasileiros tinham o tipo como tipo convênio de saúde o SUS.

Observou-se que a clínica de hemodiálise foi o local mais utilizado da primeira sessão de diálise, tanto entre os paraguaios quanto entre os brasileiros. Entretanto, um percentual importante de pacientes de ambos os grupos realizou a primeira sessão de diálise em ambiente hospitalar, o que corrobora com o caráter de emergência no primeiro tipo de sessão de diálise que ocorreu predominantemente entre os pacientes paraguaios, assim como o tipo de acesso no início do tratamento com necessidade de utilizar o cateter central entre os pacientes paraguaios foi superior do que entre os brasileiros. O sistema de saúde no Paraguai não garante acesso universal e integralidade na assistência no tratamento para pessoas com DRC. Sendo assim, acredita-se que os pacientes paraguaios iniciam o tratamento tardiamente, o que leva à maior necessidade de TRS. Relacionado às doenças de base dos portadores de DRC, constatou-se que a HAS teve importante predomínio, seguido da DM em diferentes trabalhos: 49,9% HAS e 20,5% a DM (FREITAS; BASSOLI; VANELLI, 2013); 22,2% HAS, 15,9% a DM, e 31,7% sem informações (OLIVEIRA et al., 2015); 24,0% HAS, 25,2% a DM, e 28,0% etiologia desconhecida (ZAMBONATO; THOMÉ; GONÇALVES, 2008). O presente estudo demonstrou entre as duas populações estudadas um predomínio da DM como doença de base, porém, com predomínio entre os pacientes paraguaios, observando que esta variável permitia mais de uma resposta, ou seja, muitos pacientes apresentam DM e HAS como doenças de base.

Em 2015 o MS, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, criou Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada, e uma das especialidades priorizadas foi a nefrologia. Protocolos de encaminhamento específicos para o nefrologista foram elaborados para determinadas condições de saúde, sendo elas: doença policística renal, diabetes mellitus, doença renal crônica, hipertensão arterial sistêmica, infecção urinária recorrente e litíase renal. Os encaminhamentos devem conter o descritivo da condição clínica, bem como uma descrição mínima do caso, como sinais e sintomas e resultados de exames específicos que indiquem necessidade de acompanhamento especializado e determinar a prioridade do caso (BRASIL, 2015).

Assim, um dos alicerces do tratamento da DRC é o encaminhamento precoce dos indivíduos para consulta especializada, nesse caso com nefrologista, com o objetivo de reduzir a necessidade de terapia renal substitutiva. Segundo a literatura especializada, o

encaminhamento precoce é definido por consulta com nefrologista em um período maior ou igual a 16 semanas antes do início da TRS, e o encaminhamento tardio definido por um período inferior a 16 semanas antes do início da TRS (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). Apesar de a maioria dos pacientes do presente estudo apresentar HAS e DM, as duas principais doenças de base para a DRC, observa-se importante percentual de pacientes paraguaios que não realizavam acompanhamento conservador com profissional nefrologista. Ressalta-se que 56,1% dos prontuários de pacientes brasileiros não constam essa informação.

Estudos têm demonstrado que pacientes encaminhados precocemente para acompanhamento especializado apresentam menor tempo de internação hospitalar após o começo da terapia dialítica, quando comparados aos pacientes encaminhados tardiamente. Além disso, pacientes encaminhados precocemente ao serviço de nefrologia têm menores chances de “necessitar de diálise de urgência, melhor controle da pressão arterial e menos edema agudo de pulmão” (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011, p. 98), e os pacientes encaminhados tardiamente têm maior risco de morte no primeiro ano de TRS. Destaca-se também que os custos do tratamento de pacientes com DRC quando encaminhados precocemente são menores quando comparados com os encaminhados tardiamente.

Em 2014, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC no SUS, que determinam as orientações para o cuidado dessa população na Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas. Esse documento tem a finalidade de proporcionar parâmetros às equipes de saúde referente ao cuidado voltado à população de risco ou com diagnóstico de DRC. O documento define a estratificação de risco, as estratégias de prevenção, os recursos diagnósticos e condutas clínicas para cada estágio da doença (BRASIL, 2014a).

Com o intuito de prevenir e evitar a progressão da DRC para estágios mais avançados, como a TRS, é fundamental que o primeiro nível de assistência, em sistemas universais de saúde, implemente medidas de prevenção e controle para hipertensos e diabéticos, contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Também é essencial que esse nível de atenção à saúde incorpore em sua rotina a investigação da função renal, principalmente nos principais grupos de risco para a DRC (TRAVAGIM; KUSUMOTA, 2009).

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico dos pacientes estudados evidencia forte presença masculina no tratamento dialítico em ambas as populações. O percentual de casados foi consideravelmente maior entre os paraguaios em relação aos brasileiros, refletindo na maior presença de filhos e convívio em mesma residência com filhos e cônjuges por parte dos pacientes paraguaios. Em ambos os grupos estudados, o ensino fundamental incompleto e completo foram os mais registrados. A faixa etária entre 40 e 59% e a ≥ 60 anos, apresentou proporções muito semelhantes entre paraguaios e brasileiros.

Quanto ao tempo de tratamento dialítico, entre os paraguaios, os maiores percentuais apresentaram entre dois a cinco anos de tratamento; já entre os brasileiros, o percentual mais elevado refere-se ao tempo de tratamento de até dois anos, sendo o SUS utilizado pela maioria dos pacientes em ambas as populações.

O deslocamento do domicílio até a clínica de hemodiálise para realização do tratamento dialítico utilização é feito por meio de carro próprio, no caso dos paraguaios, e os brasileiros usam transporte social. Em ambas as populações, a clínica de hemodiálise foi o local de maior ocorrência da primeira sessão de hemodiálise. Apesar do primeiro tipo de acesso vascular ter sido o cateter e a sessão de hemodiálise ter ocorrido em caráter de emergência em ambos os grupos, o percentual entre os pacientes paraguaios foi significativamente maior em ambas as situações em relação aos pacientes brasileiros.

A DM e a HAS foram as duas doenças de base da DRC dos sujeitos da pesquisa, entretanto, os paraguaios apresentaram proporcionalmente maior presença dessas patologias. Durante a fase não dialítica da DRC, considerando a importância de acompanhamento especializado, um percentual importante de pacientes paraguaios não estava sob os cuidados de nefrologista. Entretanto, quando comparado entre os pacientes que tiveram acompanhamento, os paraguaios tiveram acesso ao nefrologista proporcionalmente maior do que os brasileiros.

Embora o percentual de admissão e de óbitos tenham sido maiores entre indivíduos do sexo masculino, o percentual de letalidade foi relativamente maior entre as mulheres. Dentre os pacientes estrangeiros, os paraguaios apresentaram-se em maior número, e o percentual de letalidade apresentou-se ligeiramente maior nessa população, quando comparados aos pacientes brasileiros.

Ressalta-se que no Brasil existe um sistema de saúde pública baseado nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, enquanto que no Paraguai o sistema de saúde público é precário, apresentando baixa cobertura de assistência à saúde.

A falta de registro de algumas variáveis (estado civil, com quem vive, escolaridade, vínculo empregatício, local de primeira sessão de diálise, doença de base, cuidados do especialista nefrologista na fase não dialítica), predominantemente em prontuários de pacientes brasileiros, caracteriza fator limitante deste estudo, podendo ter comprometido a comparação entre elas.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Marcus Gomes; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 33, n. 1, p.93-108, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2016.

BRASIL. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 37 p. Disponível em: <<http://sonerj.org.br/wp-content/uploads/2014/03/diretriz-cl-nica-drc-versao-final2.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2016.

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Esta Lei dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no País e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante. **Lei de Migração**. Brasília, DF, 24 maio 2017c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13445.htm>. Acesso em: 12 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 40 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: Endocrinologia e nefrologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 20 p. (Volume I). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada_endocrinologia.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2018.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera et al. **Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2013. 74 p. (Boas práticas da gestão dos Termos de Cooperação no contexto da Cooperação Técnica da OPAS/OMS, 6). Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=programa-cooperacao-internacional-em-saude-110&alias=1497-cooperacao-tecnica-entre-brasil-e-paraguai-para-a-implantacao-do-programa-saude-da-familia-7&Itemid=965>. Acesso em: 12 dez. 2018.

DRAIBE, Sérgio Antônio (Org.). **Panorama da Doença Renal Crônica no Brasil e no mundo**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão. Unasus/ufma, 2014. 34 p. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2028?show=full>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

FREITAS, Elaine Barbeta de; BASSOLI, Fernanda Anselmo; VANELLI, Chislene Pereira. Perfil sociodemográfico de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico em clínica de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Hu Revista**, Juiz de Fora, v. 39, n. 1, p.45-51, Não é um mês valido! 2013. Disponível em: <<http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/issue/view/62>>. Acesso em: 01 fev. 2019.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.251-266, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/13.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2016.

MACHADO, Juliana Pires; MARTINS, Mônica; LEITE, Iuri da Costa. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p.39-50, 1 dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00039.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2019.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p.423-434, set. 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a07.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2019.

OLIVEIRA JUNIOR, Homero Medeiros de; FORMIGA, Francisco Felipe Claudino; ALEXANDRE, Cristianne da Silva. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa - PB. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [s.l.], v. 36, n. 3, p.367-374, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n3/0101-2800-jbn-36-03-0367.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2019.

OLIVEIRA, Carilene Silva et al. Perfil dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 1, p.42-49, mar. 2015. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/12633/9541>>. Acesso em: 01 fev. 2019.

PINHO, Natalia Alencar de; SILVA, Giovânio Vieira da; PIERIN, Ângela Maria Geraldo. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 37, n. 1, p.91-97, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n1/0101-2800-jbn-37-01-0091.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2016.

REPUBLICA DEL PARAGUAY. **Analizarán situación de la nefrología en Paraguay en congreso médico.** 22 set. 2015. Disponível em: <<http://www.ip.gov.py/ip/?p=52195>><http://www.ip.gov.py/ip/?p=52195>>. Acesso em: 14 set. 2016.

FLORI, Luisa Sorio; CAMPOS, Monica Rodrigues. **Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional.** 2017. 16 v. Tese (Doutorado) - Curso de Centro de Pesquisa Tecnológica, escola Nacional de Saúde Pública – Rio de Janeiro (rj), Brasil., Rio de Janeiro, Rj, Brasil, 2017.

RIBEIRO, Ivonizete Pires et al. Perfil Epidemiológico dos portadores de insuficiência renal crônica submetidos à terapia hemodialítica. **Enfermagem em Foco**, Enfermagem em Foco, v. 5, n. 4, p.65-69, dez. 2014. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/567/249>>. Acesso em: 01 fev. 2019.

SANTOS, Karlene Kristina dos et al. Perfil epidemiológico de pacientes renais crônicos em tratamento. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 9, n. 12, p.2293-2300, set. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234508/29894>>. Acesso em: 04 fev. 2019.

SESSO, Ricardo Cintra et al. Inquérito Brasileiro de Diálise 2014. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.54-61, jan. 2016. GN1 Genesis Network. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n1/0101-2800-jbn-38-01-0054.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2016.

SESSO, Ricardo Cintra et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 39, n. 3, p.261-266, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-03-0261.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2018.

TRAVAGIM, Darlene Suellen Antero; KUSUMOTA, Luciana. Atuação do Enfermeiro na Prevenção e Progressão da Doença Renal Crônica. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p.388-393, set. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a16.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2009.

ZAMBONATO, Tatiana Kelli; THOMÉ, Fernando Saldanha; GONÇALVES, Luiz Felipe Santos. Perfil Socioeconômico dos Pacientes com Doença Renal Crônica em Diálise na Região Noroeste do Rio Grande do Sul. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 30, n. 3, p.192-199, set. 2008. Disponível em: <<bjn.org.br/export-pdf/57/30-03-05.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2019

ARTIGO 2

Itinerário terapêutico de doentes renais crônicos estrangeiros em região de fronteiras

PEREIRA, Ederson⁴
CARVALHO, Manoela de⁵

RESUMO: Objetivou descrever, neste estudo, o percurso percorrido pelo doente renal crônico estrangeiro, em busca de acesso ao tratamento pelo SUS no Brasil, em município localizado em região de fronteira internacional. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, que utilizou como referencial teórico-metodológico o Itinerário Terapêutico (IT) para a coleta de dados. A população do estudo foi composta por pacientes de nacionalidade paraguaia que estavam em acompanhamento pela equipe do Serviço de Nefrologia no período abril a julho de 2018, totalizando 13 entrevistados. Os sujeitos e seus familiares apresentaram pouca percepção acerca de sua doença, correlacionando o aparecimento da doença com os seus primeiros sintomas. O apoio e o suporte no momento que receberam o diagnóstico da doença renal foram percebidos pelos entrevistados, visto que desconhecem a complexidade dessa doença e o quanto ela impacta na vida diária social. Os aspectos sociais abordados pelos sujeitos acerca de suas angústias na busca por um serviço em outro país foram evidenciados, entre eles os aspectos financeiros, o emprego, o bem-estar da família e a moradia como importantes para garantir segurança. A procura por outros cuidados não convencionais da medicina tradicional foi identificada no presente estudo, assim como dificuldades no direcionamento do tratamento no país de origem, em todo seu percurso, provocaram a sensação de estarem perdido pelo sistema de saúde pública do seu país, muitas vezes direcionando para territórios onde não há a assistência que necessita ou lhe impossibilitará a aderência ao tratamento.

INTRODUÇÃO

A preocupação sobre como e em que momento as pessoas procuram ajuda para resolver suas demandas ou problemas de saúde tem estado cada vez mais presente em estudos sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde (CABRAL et al., 2011). Sendo assim, a construção de Itinerários Terapêuticos (IT), termo originado dos campos da Sociologia e da Antropologia, caracteriza-se como uma ferramenta importante capaz de proporcionar uma investigação das escolhas vivenciadas pelos sujeitos no tocante ao

⁴ Enfermeiro. Mestrando em Saúde Pública em Região de Fronteira. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Foz do Iguaçu, PR. E-mail: edernefro@gmail.com

⁵ Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* (mestrado) em Saúde Pública em Região de Fronteira da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Foz do Iguaçu, PR. E-mail: man0ela@hotmail.com

seu processo terapêutico e à multiplicidade de caminhos e os determinantes sociais presentes nesse processo (ARAÚJO et al., 2014).

Os estudos sobre IT no Brasil são relativamente recentes e têm mostrado que os arranjos estabelecidos por usuários na superação de problemas de acesso e de integralidade expressam uma riqueza pouco aproveitada durante a formação de profissionais, ou mesmo por pesquisadores e gestores. A compreensão sobre como as pessoas e os grupos sociais realizam escolhas e aderem ou não aos tratamentos, ou seja, como constroem seus ITs, é fundamental para orientar as práticas em saúde. Assumir a diretriz da construção de projetos terapêuticos centrados nas necessidades das pessoas e contextualizados em suas histórias, necessidades e desejos, requer o desenvolvimento de novas modalidades e critérios de avaliação e, também, de modelagens diferenciadas das práticas multiprofissionais (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008).

A compreensão do IT proporciona aos profissionais de saúde reconhecer a multiplicidade de saberes e modos de se lidar com a enfermidade, fornecendo subsídios para a construção de um cuidado de saúde mais próximo da realidade sociocultural do indivíduo. Além disso, percebe-se a trajetória individual perpassando o caráter público da cultura e, sobretudo, a posição da pessoa como sujeito de seu próprio cuidado.

Compreender o percurso que os usuários de serviços de saúde fazem até conseguirem acessar o cuidado também é importante para repensar as práticas assistenciais nos serviços de saúde. Ressalta-se a defesa intransigente da humanização do atendimento, por parte dos profissionais de saúde na atenção à saúde, desde o acesso do paciente e de sua família no serviço de saúde, até a realização de procedimentos e continuidade da atenção até mesmo após intervenções, por meio de uma rede assistencial integrada (GOULART; CHIARI, 2010).

Na intenção de distinguir as diferentes interpretações a respeito da doença e seus meios de tratamento entre as opções disponíveis em uma dada comunidade, os antropólogos propuseram algumas categorias de sistemas terapêuticos. O modelo do sistema de cuidado em saúde proposto por Kleinman tem sido muito empregado (ALVES; SOUZA, 1999).

Segundo Kleinman, a maioria dos sistemas e cuidados em saúde apresentam três subsistemas sociais nos quais o adoecimento é experienciado, e são denominados de profissional, popular e familiar:

O subsistema familiar se refere ao saber do senso comum, que se refere ao indivíduo e suas redes sociais, como familiares, amigos, vizinhos. [...] O subsistema popular ou folk, envolve especialistas de cura não reconhecidos legalmente, que fazem tratamentos manipulativos com ervas, exercícios especiais, o xamanismo e os rituais de cura. O subsistema profissional é

onde se localizam as profissões de cura organizadas e legalmente reconhecidas, sendo os sistemas médicos tradicionais os maiores representantes. (SILVA JUNIOR; GONÇALVES; DEMÉTRIO, 2013, p. 9).

É de conhecimento que em municípios brasileiros de fronteira com outros países há uma tendência de busca por serviços de saúde no território cujo sistema de saúde ofereça melhores condições de atendimento e acesso oportuno à demanda, que exerce influência na organização das ações e serviços nesses territórios (GIOVANELLA et al., 2007). No entanto, a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem gerado um obstáculo no acesso de pacientes estrangeiros ao Sistema Único de Saúde (SUS), devido à orientação de adstrição do território e cadastramento dos usuários a partir do local de residência. Isso tem promovido uma redução na procura por unidades básicas de saúde (UBS) e aumentado a busca por centros de especialidades, pois nesses, em alguns casos, não há a exigência de documentação comprobatória da residência (NOGUEIRA; PRÁ; FERMIANO, 2007).

Para tratamento de doenças crônicas, como a Doença Renal Crônica (DRC), o SUS é referência tanto para brasileiros como para estrangeiros provenientes de municípios fronteiriços (SESSO, 2017). A incidência de DRC tem aumentado a nível mundial, sendo apontada como um problema de saúde publicada global (PEREIRA et al., 2016).

Em vários países do mundo, a prevalência estimada de sujeitos com algum grau de comprometimento da função renal é de 8% a 16%, gerando em um futuro iminente um aumento da população de risco para a TRS, caso ocorra o aumento dessa condição, progredindo para as fases finais da DRC (DRAIBE, 2014).

No que concerne à TRS, a qual compreende tanto a diálise quanto o transplante renal, no ano de 2016 a prevalência foi de 826/pmp, sendo de 596/pmp para tratamento dialítico e 230/pmp para transplante renal. Todavia, existem países que ultrapassam esses índices, a exemplo dos Estados Unidos (2.043/pmp), Chile (1.294/pmp), Uruguai (1.127/pmp) (SESSO et al., 2017).

O sistema de saúde no Paraguai não garante a cobertura total no tratamento para pessoas com DRC. Nesse país, a estimativa é de que existam 176/pmp em tratamento dialítico, sendo um dos países no mundo que apresenta menor cobertura de diálise, com 1.184 pacientes com DRC em tratamento de hemodiálise em território paraguaio (REPÚBLICA DEL PARAGUAY, 2015).

Sendo assim, acredita-se que os pacientes paraguaios iniciam o tratamento tardiamente, o que leva à maior necessidade de TRS. Tem-se observado empiricamente na prática clínica que pacientes de origem paraguaia chegam ao serviço de diálise com sinais e

sintomas decorrentes da doença renal, mais acentuados do que pacientes encaminhados precocemente, e quase sempre provenientes de uma internação hospitalar.

Considerando que a Atenção Básica (AB) é a porta de entrada preferencial ao SUS e aos níveis de média e alta complexidade (MAC), e que estrangeiros têm encontrado dificuldades para acessá-la em função de não residirem em território brasileiro, as questões que motivaram esta investigação foram compreender: Como pacientes de nacionalidade paraguaia conseguiram acesso ao serviço especializado de nefrologia pelo SUS? Qual o caminho percorrido e quais procedimentos foram adotados? Quais dificuldades e oportunidades encontram para acessar o serviço especializado no Brasil?

Assim, neste texto, descreve-se o percurso percorrido pelo doente renal crônico estrangeiro, em busca de acesso ao tratamento pelo SUS no Brasil, em município localizado em região de fronteira internacional.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, que utilizou como referencial teórico-metodológico o Itinerário Terapêutico (IT) para a coleta de dados.

O campo da pesquisa foi um Serviço de Nefrologia, de natureza privada e conveniado ao SUS, situado no município de Foz do Iguaçu, no estado do Paraná, que atende a 9ª região de saúde e a estrangeiros provenientes dos países vizinhos, Paraguai e Argentina.

São atendidos pacientes em todas as modalidades de tratamento para DRC (tratamento conservador, hemodiálise, diálise peritoneal, transplantados). O serviço divide-se em duas unidades de atendimento e a equipe de saúde é formada por quatro médicos nefrologistas, quatro médicos plantonistas, sete enfermeiros, 55 técnicos de enfermagem, um psicólogo, um assistente social e um nutricionista.

Foram entrevistados 13 pacientes de nacionalidade paraguaia que se encontravam em acompanhamento pela equipe do Serviço de Nefrologia no período abril a julho de 2018. A amostra foi definida por saturação (MINAYO, 2017), com pacientes que aceitaram participar da pesquisa e que atendiam aos critérios de inclusão: pacientes paraguaios acima de 18 anos de idade, que apresentaram condições cognitivas e de compreensão da língua portuguesa para participar da entrevista e que aceitaram colaborar de forma voluntária e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo atende aos critérios estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa em Seres Humanos sob o parecer nº 2.588.624, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), campus de Foz do Iguaçu - PR.

As entrevistas utilizaram roteiro semiestruturado, foram gravadas e posteriormente transcritas. A sistematização e a interpretação dos dados foram feitas pela análise temática (MINAYO, 2007) a partir das categorias analíticas dos subsistemas sociais de cuidado profissional, popular e familiar, propostas pelo referencial teórico de Kleinman (1978).

Os dados empíricos resultaram em sete categorias temáticas: 1. Familiar: 1.1) Percepção da doença pelo sujeito e família; 1.2) Suporte familiar; 1.3) Aspectos sociais; 2. Popular: 2.1) Procura por tratamentos alternativos; 3. Profissional: 3.1) Caminho percorrido em busca de assistência à saúde no exterior; 3.2) Caminho percorrido em busca de assistência à saúde no Brasil; 3.3) O que poderia ter sido diferente no fluxo dos atendimentos na busca do cuidado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em maio de 2018, havia 23 pacientes paraguaios cadastrados no serviço em tratamento dialítico (hemodiálise e diálise peritoneal), havendo predominância do sexo masculino. A amostra saturou na décima terceira entrevista.

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

QUADRO 1 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes paraguaios entrevistados do serviço de nefrologia - Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2019

Número	Sexo	Idade	Estado Civil	Filho	Escolaridade	Residência	Ocupação	Renda Mensal	Tempo de Hemodiálise
E1	M	62	Casado	Sim	EFI	Brasil	Aposentado	Até 1 SM	7 anos
E2	F	56	Casada	Sim	EFI	Paraguai	Desempregado	Até 1 SM	5 anos
E3	M	42	Solteiro	Não	EFC	Paraguai	Autônomo	De 1 a 3 SM	5 anos
E4	M	36	Casado	Sim	ESC	Paraguai	Autônomo	De 1 a 3 SM	2 anos
E5	M	48	Casado	Sim	EMI	Paraguai	Aposentado	De 1 a 3 SM	28 anos
E6	M	60	Divorciado	Sim	EFI	Brasil	Autônomo	Até 1 SM	8 anos
E7	M	48	Casado	Sim	EMI	Brasil	Auxílio Doença	De 1 a 3 SM	9 meses
E8	M	72	Casado	Sim	A	Paraguai	Aposentado	Até 1 SM	7 anos
E9	M	53	Casado	Sim	EFI	Brasil	Aposentado	Até 1 SM	7 anos
E10	M	59	Casado	Sim	EFI	Brasil	Autônomo	De 1 a 3 SM	2 anos
E11	M	49	Solteiro	Não	EFI	Paraguai	Aposentado	Até 1 SM	5 anos
E12	M	56	Casado	Sim	EFI	Paraguai	Aposentado	Até 1 SM	4 anos
E13	F	60	Viúva	Sim	EFI	Paraguai	Aposentado	Até 1 SM	2 anos

Fonte: Os autores (2019).

Legenda: M = Masculino / F = Feminino; A = Analfabeto / EFI = Ensino Fundamental Incompleto / EFC = Ensino Fundamental Completo / EMI = Ensino Médio Incompleto / EMC = Ensino Médio Completo / ESC = Ensino Superior Completo; SM = Salário Mínimo.

1. Subsistema Familiar

1.1 Compreensão e aceitação da doença pelo sujeito e família

Os sujeitos e seus familiares apresentaram pouca percepção acerca de sua doença, correlacionando o aparecimento da doença com os seus primeiros sintomas. Apesar de os familiares não terem discernimento do que estava ocorrendo, na maioria das vezes, o apoio da família na busca do cuidado ocorreu desde o primeiro momento.

Ninguém sabia por que isso tinha acontecido [...] falavam: “pai vai sarar, pai fica tranquilo, por que você é novo, vai sarar” (E1).

Inteirar-se sobre a percepção da doença renal crônica auxilia na compreensão das atitudes dos portadores dessa doença frente à sua enfermidade e à terapêutica, de igual modo, auxilia nos dados, cuidados profiláticos e orientações para comunidade em geral. O entendimento sobre a doença é importante para compreender o impacto da enfermidade e do tratamento dialítico no bem-estar do sujeito (CASTRO; GROSS, 2013).

Comecei a ver a hemodiálise não como uma doença, [mas] um estilo de vida, um trabalho que tenho que suportar, não como uma doença, não procuro ver como doença, que estou doente. Tenho muito que agradecer (E3).

O entendimento acerca da enfermidade é um preditivo na prática do autocuidado, no bem estar, na manifestação de depressão, na sobrevida, na letalidade e na aderência ao tratamento à medicina complementar alternativa; ao mesmo tempo, as compreensões negativas predis põem a não aderência ao tratamento terapêutico, podendo ocorrer indesejáveis prognósticos clínicos em sujeitos em tratamento dialítico (CASTRO; GROSS, 2013).

1.2 Suporte familiar

O apoio e o suporte no momento que receberam o diagnóstico da doença renal são percebidos pelos entrevistados, visto que desconhecem a complexidade dessa doença e o quanto ela impacta na vida diária social do sujeito. Ao longo do tratamento, com todos os

percalços, compreendendo melhor o prognóstico da doença e o impacto no cotidiano de toda estrutura familiar, muitos integrantes da família acabam se ausentando desse suporte.

Quando você começa a ficar doente, todo mundo fica em torno de você e cuida de você, depois que vira uma rotina ninguém liga mais (E3).

Tudo mudou, a amizade mudou, minha família mudou, a própria família que eu tinha foi me deixando de lado (E5).

O sujeito em tratamento dialítico precisa muitas vezes se deslocar até a unidade de diálise três vezes por semana e ficar de três a quatro horas em diálise, acontecimento que pode provocar incômodo físico e mental. Além disso, pode ficar exposto a intercorrências decorrente da enfermidade e do tratamento, assim como ao estresse. Diante dessas ocorrências, o portador da doença renal crônica pode modificar a sua organização familiar porque, do mesmo modo, esses eventos podem ser observados pelos parentes como situações estressoras (WACHTER et. al, 2016).

O tratamento dialítico correlacionado ao avanço da DRC pode produzir o aparecimento de diversos níveis de dependência do sujeito, sendo indispensável cuidados, como a inserção e a disponibilidade de um cuidador. O apoio nessa assistência de cuidar do sujeito enfermo na sua maioria é assumido por parentes, companheiros, pais, filhos ou familiares mais próximos e afeiçoados que ocupam o núcleo familiar. O cuidar requer demandas; para tal, o cuidador da família necessita se reestruturar com o propósito de ofertar as diferentes necessidades de cuidado (CRUZ et Al., 2018).

As necessidades impostas pelo tratamento de hemodiálise influenciam na rotina dos familiares, pois demanda tempo, cuidados e auxílio por parte desses para com o paciente renal, podendo acarretar esgotamento físico e emocional. Essa situação demonstra ser imprescindível ofertar um suporte para a família a fim de que esteja orientada e encorajada a auxiliar nesse processo (WACHTER et al., 2016).

1.3 Aspectos sociais

As pessoas modificam suas condições de vida para assumir a situação de doente crônico, acaba fazendo algo que lhe é imputado, conseqüentemente, sofrendo limites sociais. As ações sociais e laborais tornam-se comprometidas com o período necessário a ser dispensado no serviço de diálise para a realização do tratamento dialítico (IBIAPINA et al., 2016).

Os aspectos sociais abordados pelos entrevistados acerca de suas angústias na busca por um serviço em outro país são os aspectos financeiros, o emprego, o bem-estar da família e a moradia como importantes para garantir segurança.

Uma pessoa normal precisa de dinheiro pra fazer uma vida mais ou menos dentro da sociedade, precisa de uma casa [...]. Mas ainda, depois de ficar doente, pra nós que viemos de outro lado (outro país), do Paraguai, vamos falar assim, é muito mais difícil. A gente não tem um salário, dependemos do que a gente faz com a família. Pra continua vivendo dentro dessa sociedade é importante que você tenha uma entrada de dinheiro, isso é o mais difícil (E5).

Em um estudo qualitativo realizado em Teresina, Piauí, identificaram-se alterações no aspecto social de pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise resultantes da enfermidade e ao processo terapêutico da doença, o que produz um impacto na sua situação financeira, prejudicada principalmente pelo abandono do vínculo empregatício e redução das atividades recreativas devido à necessidade do tempo de tratamento exigido em uma unidade de nefrologia (IBIAPINA et al., 2016).

Em região de fronteira internacional, os aspectos sociais podem ser ainda mais impactantes e complexos. Os fluxos migratórios resultantes do desenvolvimento de inserção regional refletem importante significado em municípios fronteiriços. Entende-se que o incremento das interações dessas populações também produz discordâncias culturais, políticas, linguísticas, entre outras. Os inúmeros significados em região de fronteiras do ponto de vista diplomático, de assistência à saúde e de segurança demonstram em parte a diversidade dessa região (BAUERMANN; CURY, 2015).

Na narrativa dos entrevistados, é notório o sentimento de insegurança acerca de como será a busca pelo cuidado, as preocupações acerca de como seriam acolhidos e o obstáculo da língua no território estrangeiro. É exposto também o sofrimento relacionado à ruptura dos vínculos familiares, porque a busca por cuidado em país estrangeiro não assegura condições de acompanhamento da família em outro país.

Primeiro era o guarani, não tinha como morar aqui, não tinha conhecido, não tinha parente aqui. Deixei minha família no Paraguai separei da mulher, moro sozinho aqui, mas ela não deixa faltar nada (E6).

As restrições decorrentes das lesões acometidas pela enfermidade mostram que o portador necessita ajustar suas atividades do cotidiano, com o intuito de organizar tempo para

sua terapêutica, que, na maioria das vezes, ocorre três vezes por semana. Alguns deixam de realizar suas atividades de trabalho, mudam de seus endereços de origem e vão residir em outras cidades para facilitar seu tratamento de saúde (IBIAPINA et al., 2016).

2. Subsistema popular

2.1 Procura por tratamentos alternativos

O subsistema popular consiste em especialistas de cura não profissionais, às vezes classificados por etnógrafos em grupos sagrados e seculares. É caracterizado pelo uso de ervas, cirurgias espirituais, tratamentos manipulativos, rituais de cura, benzedeadas e curandeiros. O apoio para esse subsistema vem da constatação frequentemente documentada de que curandeiros folclóricos que trabalham com explicações cosmológicas muitas vezes oferecem em associação com explicações sociológicas e psicológicas notavelmente sensíveis (KLEINMAN, 1978).

A procura por outros cuidados não convencionais da medicina tradicional foi identificada no presente estudo. De forma notória, pôde-se observar a tentativa para sanar suas necessidades de cuidado por meio do “médico naturalista” e curandeiro, por meio do uso de chás medicinais e também do apoio religioso.

Fui no curandeiro, tomei remédio, e fui em outra seita de religião também pra ajudar (E2).

Eu andava muito também em médico naturalista. Ele fez remédio caseiro e tomei. O doutor (naturalista) sempre falou pra tomar água (E9).

Sim, procurei medicina natural, e sempre receitou pra tomar remédio caseiro (E10).

Em um estudo realizado com idosos em tratamento dialítico identificou-se a credibilidade depositada pelos pacientes em curandeiros e benzedeadas, afirmando que esses especialistas diagnosticam os mesmos problemas de saúde que os médicos profissionais (OLIVEIRA; LENARDT; TUOTO, 2003).

Nas sociedades onde são atribuídas causas sociais (feitiçarias, mau-olhado), ou sobrenaturais (espíritos, fantasmas) às doenças, o curandeiro é um recurso comum, pois trata de todos os aspectos da vida do paciente, desde relacionamentos interpessoais, meio ambiente, poderes sobrenaturais, até sintomas emocionais e físicos (HELMAN, 1994 apud OLIVEIRA; LENARDT; TUOTO, 2003).

Os conflitos entre as terapias tradicionais alopáticas e as terapias complementares e integrativas são conhecidos. Apesar da crescente busca e da popularidade dos tratamentos alternativos, a Sociedade Brasileira de Nefrologia publica em seu editorial uma agressiva crítica aos tratamentos não convencionais. Afirma que, ao decidirem-se por uma terapia não convencional, muitos sujeitos têm adotado algumas terapias alternativas, conhecidas desde os antepassados, outras mais atuais, tendo um papel importante como tratamento complementar, todavia, muitas terapias alternativas não foram comprovadas cientificamente. Uma das terapias com importante relevância nesse cenário seria a fitoterapia, que utiliza ervas como forma de tratamento ou prevenção das enfermidades. Vale ressaltar que o uso descontrolado de ervas tem sido reprovado pela comunidade médica, ressaltando que existem inúmeros tipos de terapias alternativas que podem acarretar intercorrências nefrológicas (SOUZA, 2008).

A Sociedade Brasileira de Nefrologia ainda traz o resumo de um artigo indiano publicado em 2003, que aponta medicamentos tradicionais prescritos por feiticeiros (curandeiros tradicionais) como uma classe especial de nefrotoxinas entre várias comunidades na África e na Ásia. A prevalência de nefropatia causada por medicamentos tradicionais está diretamente relacionada a uma combinação de ignorância, de pobreza, da falta de instalações médicas, da legislação negligente e da crença generalizada em sistemas indígenas de medicina em áreas rurais. Esses medicamentos são uma mistura de ervas e produtos químicos desconhecidos administrados por via oral ou como enemas. O agrupamento de casos após a exposição a um agente em particular sugere a possibilidade de um insulto tóxico (JHA; CHUGH, 2003 apud SOUZA, 2008).

Em contrapartida, desde 2006, as políticas de saúde pública no Brasil têm incorporado terapias não convencionais por meio da efetivação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS. Apesar disso, as terapias não convencionais ainda são pouco institucionalizadas no âmbito da saúde pública. A homeopatia, a acupuntura, como também a medicina antroposófica, foram inseridas oficialmente no SUS no estado e Minas Gerais, mais exatamente na cidade de Belo Horizonte. Em 1996, ocorreu o primeiro concurso público no país ofertando a efetivação de médicos especializados na medicina antroposófica (ciência espiritual) no SUS (BRASIL, 2015).

Todavia, mesmo com os progressos obtidos na terapia da DRC, os métodos de tratamento não asseguram o retorno ao cotidiano do núcleo familiar, social ou profissional, e podem desconsiderar aspectos subjetivos importantes ao sujeito e familiares. Nesta perspectiva, a espiritualidade e a religiosidade podem servir de suporte para que consigam

encarar os obstáculos de sua jornada diária. A esperança, do mesmo modo, auxilia a amenizar os conflitos gerados pela DRC. É importante que os profissionais de saúde possam abordar esses assuntos no momento da assistência ao paciente em tratamento dialítico (LEIMIG et al., 2018).

3. Subsistema profissional

3.1 Caminho percorrido em busca de assistência à saúde no exterior

Dificuldades no direcionamento do tratamento no país de origem, em todo seu percurso, provocam nos pacientes a sensação de estarem perdido, pois estão em territórios onde não há a assistência que necessitam ou fica impossível aderirem ao tratamento. Nas entrevistas, ficou explícita a busca do primeiro cuidado diretamente no sistema privado para os sujeitos com melhores condições financeira, posteriormente migrando para o público no Brasil.

Fui atendido em um hospital privado no Paraguai, realizei exames, e recebi o diagnóstico da doença renal. Fiz três sessões de diálise particular neste hospital. Com o fim do dinheiro, para seguir o tratamento foi necessário eu ir para Caacupe, cidade a duzentos quilômetros de Cidade de Leste, onde fiquei seis meses indo dialisar em um hospital público (E3).

Fui em busca de atendimento em Presidente Franco, cidade vizinha a Cidade de Leste, no Paraguai, em um hospital privado o médico me encaminhou para outro privado em Cidade de Leste. Porém precisei ir a Buenos Aires a fim de buscar uma solução, onde realizei hemodiálise em hospital público. Retornei ao Paraguai, e fiz diálise durante um mês particular com apoio de um amigo (E9).

O acesso à saúde no Paraguai, por meio das várias organizações do âmbito público, abrange 58% dos habitantes, já no âmbito privado abrange 15%, e 27% dos habitantes não têm nenhuma cobertura. Identifica-se também uma redução da procura dos serviços de saúde, podendo estar relacionado aos obstáculos encontrados na procura da assistência, à baixa resolutividade e ao elevado preço dos serviços de saúde (CAZOLA et. al, 2011).

O sistema de saúde do Paraguai é subdividido em público e privado. Enquanto o setor público representa baixa expressão de cobertura da assistência à saúde, os serviços médico-previdenciários representam 21,6% de abrangência da assistência. O sistema de saúde apresenta elevada segmentação de prestadores de serviços, resultado de uma subdivisão e falta de comunicação entre os diversos subsetores (CAMPOS et al., 2013).

3.2 Caminho percorrido em busca de assistência à saúde no Brasil

Apesar do contraste da assistência no sistema de saúde público paraguaio em relação ao brasileiro, mesmo ocorrendo falhas em fluxos de atendimento no Brasil e barreiras burocráticas, o presente estudo demonstrou que o sujeito recebeu cuidados de saúde em todos os níveis de assistência à saúde do território brasileiro.

Atravessei a fronteira em busca de atendimento médico na UPA aqui de Foz do Iguaçu, onde fui atendido, e em seguida encaminhado para um hospital público, onde iniciei o tratamento de hemodiálise (E11).

De acordo com estudo realizado com secretários municipais de saúde em cidades brasileiras fronteiriças com Uruguai, Argentina e Paraguai, 70% deles declararam que os estrangeiros que buscam acesso nos serviços de saúde locais têm direito ao atendimento. Todos eles afirmam prestar algum tipo de atendimento a essa população, sendo que 36% relatam prestarem atendimento para todos os serviços disponíveis (GIOVANELLA et al., 2007).

No intuito de dar continuidade ao tratamento oneroso iniciado no Paraguai, a maioria dos sujeitos, muitas vezes instruídos por familiares e amigos que obtiveram êxito em experiências passadas no Brasil, vê uma oportunidade no serviço público de saúde brasileiro.

A incerteza de não receber a assistência à saúde no Brasil induz a atitudes como pedir emprestado um comprovante de residência, alugar uma residência no Brasil de forma temporária, da mesma forma que também se favorecem da compreensão dos servidores que realizam os procedimentos sem revelar o domicílio ou nacionalidade destes sujeitos (AZEVEDO, 2015).

Com apoio de um familiar fui orientado a vir para o Brasil, o qual me levou a um Posto de Saúde, onde realizei o cadastro do cartão SUS. Em seguida consultei com médica clínica geral, a qual após avaliação médica me encaminhou para internamento imediato a um Hospital Público. Após nova avaliação por médico nefrologista, iniciei hemodiálise (E3).

Em estudos realizados em 2006 em municípios fronteiriços, foi possível detectar os principais fluxos de atendimento à saúde dos sujeitos estrangeiros acerca da construção de diagnósticos de saúde, na busca de atendimento em região de fronteira no território brasileiro.

Por meio dessas informações, foi possível verificar que os municípios que abrangem as regiões de fronteiras ofertam assistência à saúde para comunidade estrangeira, sobretudo aos moradores do Paraguai. Os municípios fronteiriços ao longo do Lago de Itaipu, no Estado do Paraná, têm a mais elevada taxa dos atendimentos em saúde no SUS para estrangeiros. No entanto, parte dessas informações podem não retratar a realidade, pois estudos qualitativos produzidos para construção do diagnóstico em saúde desses municípios verificaram que muitos dos moradores que vivem no exterior burlam dados sobre seu país de residência, exibindo comprovantes de residência de pessoas conhecidas, entre eles amigos e familiares (BAUERMANN; CURY, 2015).

A assistência à saúde ofertada para os sujeitos provenientes do Paraguai com o auxílio de quem reside no Brasil demonstra a presença da transfronteirização nos municípios lindeiros do lago de Itaipu, dado que a barreira do Rio Paraná não afeta nas relações dessas populações. No entanto, quando existe uma assistência a essa população, e não lhe é negado, pode-se observar uma interlocução habitual entre os transfronteiriços em região de fronteira (AZEVEDO, 2015).

3.3 O que poderia ter sido diferente no fluxo dos atendimentos na busca do cuidado

O fluxo de atendimentos relatado pelos sujeitos desta pesquisa demonstra insatisfações ocorridas principalmente por obstáculos na busca pelo acolhimento no país de origem. A falta de acolhimento e de resolutividade por parte dos serviços de saúde no Paraguai geraram um descontentamento com sistema de saúde ofertado.

*Talvez seria diferente [...] se no Paraguai começasse mudar o sistema de saúde, por que lamentavelmente é duro falar de onde eu nasci, aonde eu me criei [...], que todos carentes (pobres) como na área de saúde não tem (E5).
Se eu tivesse vindo aqui direto no Brasil ia ser bem diferente [...] No Paraguai é muito precário pra gente pobre que não tem recurso, não ia procurar na Argentina se lá tivesse recurso (E6).*

Um marco para as mudanças da saúde no Paraguai foi a criação da Política Nacional de Saúde, de 2005-2008, que implementou a reforma da saúde de forma progressiva e participativa, produzindo modificações, como a descentralização e a solidificação do Sistema Nacional de Saúde. Em 2008, a partir da implementação do Sistema Nacional de Saúde Solidário, iniciou uma nova organização no setor saúde no país, o qual clamava pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade com forte participação social,

rompendo com o sistema anterior. Naquele ano, por solicitação do Ministério da Saúde do Paraguai, iniciou-se uma cooperação técnica internacional Brasil-Paraguai com o objetivo de aprimorar a Atenção Primária à Saúde no país, baseado nos padrões brasileiros (CAMPOS et al., 2013).

Por outro lado, percebe-se a demonstração de gratidão pelo suporte encontrado nos serviços públicos de saúde no Brasil, especialmente ao serviço especializado de nefrologia.

Mas eu não sei o que poderia ser diferente! Porque pra mim eu agradeço a Deus por tudo isso, eu chego na hora certa pra fazer hemodiálise (E1)!

Para brasileiros residentes no exterior, mais especificamente no Paraguai, conhecidos como brasiguaios, Lima (2017) identificou que o SUS foi apresentado como o caminho para reabilitação das funções da vida para esses sujeitos. Para os entrevistados neste estudo, que experimentaram outras realidades sobre saúde, mesmo observando dificuldades para a realização do tratamento no Brasil, entendem que ainda assim é melhor caminho, pois, no Paraguai, o sistema público de saúde ainda é precário, se comparado ao sistema público de saúde brasileiro. Entende-se que, apesar das dificuldades encontradas, em sua maioria burocráticas, os entrevistados mostram satisfação com o atendimento e o itinerário terapêutico que está sendo seguindo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pôde-se perceber neste estudo um contraste da assistência no sistema de saúde público paraguaio em relação ao brasileiro. Mesmo ocorrendo falhas em fluxos de atendimento no Brasil, e barreiras burocráticas, o presente estudo demonstrou que o sujeito recebeu cuidados de saúde em todos os níveis de assistência à saúde do território brasileiro. Ressalta-se que, conforme relato dos sujeitos da pesquisa, o Brasil apresenta um sistema de saúde pública baseado nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, enquanto que no Paraguai o sistema de saúde público é precário apresentando baixa.

Outro ponto a observar refere-se às dificuldades encontradas no acesso, que demonstram em sua subjetividade a vivência do sujeito acerca dos seus sofrimentos sociais. Outro aspecto a considerar diz respeito as insatisfações dos sujeitos ocorridas principalmente por obstáculos na busca pelo acolhimento no país de origem, a falta de acolhimento e a resolutividade por parte dos serviços de saúde no Paraguai, gerando um descontentamento em

todo o percurso. Destaca-se ainda a falta de alimentação de dados do sistema de informação do referido serviço; tais dados poderiam enriquecer melhor este estudo. Sugere-se ao serviço melhorar o mecanismo de alimentação dos dados, podendo ocorrer, para isso, capacitações dos profissionais. Outra sugestão que se faz tem como base as dificuldades apontadas pelos pacientes, indica-se um planejamento para o acolhimento dos pacientes e seus familiares, como uma casa de apoio ao DRC, permitindo que possam ser mais bem acolhidos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M C M; ALVES, P C B; A SOUZA, I M A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. Cap. 04. p. 125-138. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-06.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

ARAÚJO, Rafaella Cristina de Souza et al. Itinerário Terapêutico de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.525-538, 1 abr. 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3179/pdf_123>. Acesso em: 11 abr. 2017.

AZEVEDO, Suelen Terre de. AS PERCEPÇÕES SOBRE A SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL E PARAGUAI: OS TRANSFRONTEIRIÇOS E O ATENDIMENTO PELO SUS. **Anais do XI ANPEGE**, Presidente Prudente, ISSN 2175-8875, p.5546-5556, 2015. Disponível em: <<http://www.enanpege.ggf.br/2015/anais/arquivos/18/518.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2019.

BAUERMAN, Cesar Luís; CURY, Mauro José Ferreira. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: O CASO DA FRONTEIRA ENTRE BRASIL/PARAGUAI. **Anais do XI ANPEGE**, Presidente Prudente, ISSN 2175-8875, p.3981-3992, 2015. Disponível em: <<http://www.enanpege.ggf.br/2015/anais/arquivos/12/375.pdf>>. Acesso em: 27 maio 19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2016.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p.4433-4442, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera et al. **Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai**. Brasília: Organização

Pan-americana da Saúde, 2013. 74 p. (Boas práticas da gestão dos Termos de Cooperação no contexto da Cooperação Técnica da OPAS/OMS, 6). Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=programa-cooperacao-internacional-em-saude-110&alias=1497-cooperacao-tecnica-entre-brasil-e-paraguai-para-a-implantacao-do-programa-saude-da-familia-7&Itemid=965>. Acesso em: 12 dez. 2018.

CASTRO, Elisa Kern de; GROSS, Carla Quarteiro. |SALUD & SOCIEDAD|V. 4|No. 1|PP. 070-089|ENERO-ABRIL|2013|ISSN 0718-7475|PERCEPÇÃO SOBRE A DOENÇA RENAL CRÔNICA DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE: REVISÃO SISTEMÁTICA. **Salud & Sociedad**, Antofagasta, v. 4, n. 1, p.70-89, abr. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/salsoc/v4n1/4n1a06.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2019.

CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira et al. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, São Paulo, v. 29, n. 3, p.185-190, 2011. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v29n3/185-190/pt>>. Acesso em: 27 maio 2019.

CRUZ, Tarzie Hübner da et al. POIO SOCIAL PERCEBIDO POR CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES RENAI CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, p.1-7, 2018. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v22/1415-2762-reme-22-e1119.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2019.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.251-266, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/13.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2016.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.255-268, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a31v15n1.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2016.

IBIAPINA, Aline Raquel de Sousa et al. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO PACIENTE RENAL CRÔNICO EM TERAPIA HEMODIALÍTICA. **Sanare - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 15, n. 1, p.25-31, jun. 2016. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/924/553>>. Acesso em: 27 maio 2019.

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology**, [s.l.], v. 12, n. 2B, p.85-93, dez. 1978. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/34cf/fffdc077e388aac11e6c4a83bdf5210705e5.p>>. Acesso em: 02 jun. 2019.

LEIMIG, Melyna Bitar Cavalcanti et al. Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 16, n. 1, p.30-36, mar. 2018. Disponível em:

<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/884990/dezesseis_trinta.pdf>. Acesso em: 27 maio 2019.

LIMA, Lisete Teixeira Palma de. **Itinerário Terapêutico de Usuários na Atenção Primária à Saúde em Tríplice Fronteira**. 2017. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2017. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/bitstream/tede/3581/5/Lisete_Lima2017.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa Tiekko. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 3, p.176-182, 1 dez. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14045>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. AMOSTRAGEM E SATURAÇÃO EM PESQUISA QUALITATIVA: CONSENSOS E CONTROVÉRSIAS. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p.01-12, abr. 2017. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 393 p.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PRÁ, Keli Regina Dal; FERMIANO, Sabrina. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.227-236, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/11.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

OLIVEIRA, Débora R. de; LENARDT, Maria Helena; TUOTO, Fernandá Spiel. O idoso e o sistema de cuidado à saúde na doença renal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 4, p.49-58, dez. 2003. Disponível em: <<https://www2.unifesp.br/acta/index.php?volume=16&numero=4>>. Acesso em: 27 maio 2019.

PEREIRA, Edna Regina Silva et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.22-30, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n1/0101-2800-jbn-38-01-0022.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

REPUBLICA DEL PARAGUAY. **Analizarán situación de la nefrología en Paraguay en congreso médico**. 22 set. 2015. Disponível em: <<http://www.ip.gov.py/ip/?p=52195>><<http://www.ip.gov.py/ip/?p=52195>>. Acesso em: 14 set. 2016.

SESSO, Ricardo Cintra et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 39, n. 3, p.261-266, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-03-0261.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2018.

SILVA JÚNIOR, Nadson Duarte; GONÇALVES, George; DEMÉTRIO, Franklin. Escolha do itinerário terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações socioantropológicas. **Revista Eletrônica Discente História.com**, Cachoeira, BA, v. 01, n. 01, p.01-12, 2013. Disponível em: <<https://ufrb.edu.br/seer/index.php/historiacom/article/view/4/4>>. Acesso em: 07 dez 2018.

SOUZA, Edison (Brasil). Sociedade Brasileira de Nefrologia (Org.). **Terapias Alternativas na Medicina e na Nefrologia**. 2008. Disponível em: <<https://sbn.org.br/resumo/terapias-alternativas-na-medicina-e-na-nefrologia/>>. Acesso em: 31 maio 2019.

WACHTER, Luana Giacobbo et al. ESTRESSE PERCEBIDO DE FAMILIARES DE RENAS CRÔNICOS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 10, n. 5, p.1756-1762, maio 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13552/16332>>. Acesso em: 27 maio 2019.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou as tentativas dos sujeitos estrangeiros de busca do acesso ao serviço especializado de nefrologia e todos os procedimentos realizados. É importante salientar que, no que tange ao itinerário do sujeito paraguaio para receber o tratamento no Brasil, no Brasil, existe um sistema de saúde público baseado nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade; já no Paraguai, o sistema de saúde público é precário, apresentando baixa cobertura de assistência à saúde desta população. As muitas dificuldades no direcionamento do tratamento no País de origem, em todo seu percurso, fizeram com que muitos sujeitos que necessitavam de atendimento se sentissem desassistidos por sua pátria; muitas vezes eram direcionados para territórios onde não há a assistência que necessitavam ou lhes era impossibilitada a aderência ao tratamento devido aos custos.

O perfil epidemiológico dos sujeitos do estudo mostrou forte presença masculina no tratamento dialítico em ambas as populações. No que se refere ao estado civil, foi consideravelmente maior o número de casados entre os paraguaios em relação aos brasileiros, refletindo-se na maior presença de filhos e na convivência na mesma residência com filhos e cônjuges por parte dos sujeitos paraguaios. Nos dois grupos estudados, quanto à escolaridade, o ensino fundamental incompleto e completo foram os com maiores registros. As faixas etárias entre 40 e 59% e a ≥ 60 anos apresentaram proporções muito semelhantes entre paraguaios e brasileiros.

Relacionado ao tempo de tratamento dialítico, foi observado entre os paraguaios de dois a cinco anos de tratamento dialítico; já entre os brasileiros, o tempo de tratamento foi de até dois anos, sendo o SUS o financiador mais utilizado pela maioria dos pacientes em ambas as populações.

A locomoção que os pacientes realizavam do domicílio até a clínica de hemodiálise para realização do tratamento dialítico foi a utilização de carro próprio entre os paraguaios e o uso de transporte social entre os brasileiros.

Em ambas as populações, a clínica de hemodiálise foi o local de maior ocorrência da primeira sessão de hemodiálise, demonstrando início de tratamento dialítico em caráter de emergência. Apesar do primeiro tipo de acesso vascular ter sido o cateter e a sessão de hemodiálise ter ocorrido em caráter de emergência em ambos os grupos, o percentual entre os

pacientes paraguaios foi significativamente maior em ambas as situações em relação aos pacientes brasileiros.

A DM e a HAS foram as duas doenças de base da DRC dos sujeitos da pesquisa, entretanto, os paraguaios apresentaram proporcionalmente maior presença dessas patologias. Durante a fase não dialítica da DRC, considerando a importância de acompanhamento especializado, percentual importante de pacientes paraguaios não estava sob cuidados de nefrologista. Todavia, quando comparado entre os pacientes que tiveram acompanhamento, os paraguaios tiveram acesso ao nefrologista proporcionalmente maior do que os brasileiros.

Embora o percentual de admissão e de óbitos ter sido maior entre indivíduos do sexo masculino, a taxa de letalidade foi relativamente maior entre as mulheres. Dentre os pacientes estrangeiros, os paraguaios apresentaram-se em maior número, e a taxa de letalidade apresentou-se ligeiramente maior nesta população quando comparada com pacientes brasileiros.

A partir das falas dos sujeitos provenientes do Paraguai, pode-se perceber no estudo uma disparidade da assistência no sistema de saúde público paraguaio em relação ao serviço de saúde do Brasil, mesmo ocorrendo falhas em fluxos de atendimento no Brasil, e barreiras burocráticas. Este estudo mostrou que o paciente vindo do Paraguai recebeu cuidados de saúde em todos os níveis de assistência à saúde do território brasileiro. O estudo demonstrou também que esses sujeitos e seus familiares apresentaram pouca percepção acerca de sua doença, correlacionando o aparecimento da doença com os seus primeiros sintomas. Apesar de os familiares não terem discernimento do que estava ocorrendo, na maioria das vezes, o apoio e suporte da família na busca do cuidado ocorreram desde o primeiro momento que foi descoberta a doença, todavia, com o passar do tempo e as dificuldades encontradas na trajetória do tratamento, muitos integrantes familiares acabam se ausentando desse suporte.

Outro ponto a observar foram as dificuldades encontradas no acesso, que demonstraram a vivência do sujeito acerca das vulnerabilidades sociais a que ficaram expostos durante o tratamento em outro país. As insatisfações manifestas foram principalmente relacionadas aos obstáculos na busca pelo tratamento no país de origem, à falta de acolhimento e de resolutividade por parte dos serviços de saúde no Paraguai, gerando um descontentamento em todo o percurso. As dificuldades financeiras, o desemprego, a distância da família, o bem-estar dos entes familiares, a insegurança em relação à moradia foram abordados pelos sujeitos quando questionados sobre as dificuldades na busca por um serviço no Brasil.

Os resultados sugerem que, o fato de ser território de fronteira cujo sistema de saúde atrai a população do país vizinho que não tem acesso aos tratamentos disponibilizados do lado brasileiro, as políticas de saúde nesse território contemplam as necessidades sociais além das necessidades de saúde atendidas pelo SUS. Exemplos disso são as casas de apoio aos familiares que precisam realizar tratamento de doenças crônicas, como o câncer, em outros estados ou municípios do território brasileiro, para que se sintam seguros e acolhidos durante o tratamento. A presença e o apoio da família são fundamentais durante o processo de tratamento da doença renal crônica, e, dessa forma, o atendimento humanizado deve considerar esses aspectos durante o atendimento.

Outro aspecto importante observado no estudo foi a falta de alimentação de dados do sistema de informação do referido serviço, dados esses que poderiam enriquecer melhor a pesquisa. Este estudo poderá contribuir com o serviço para a melhoria do mecanismo de alimentação dos dados, por meio da divulgação dos resultados e na participação em capacitações dos profissionais envolvidos com o processo.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, José Lindomar Coelho. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: o atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil)*. **Geopolítica(s)**, Natal, v. 3, n. 2, p.185-205, jul. 2012. Disponível em: <<https://revistas.ucm.es/index.php/GEOP/article/viewFile/40040/40396>>. Acesso em: 28 ago. 2016.
- ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M C M; ALVES, P C B; A SOUZA, I M A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. Cap. 04. p. 125-138. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-06.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017.
- ARAÚJO, Rafaella Cristina de Souza et al. Itinerário Terapêutico de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.525-538, 1 abr. 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3179/pdf_123>. Acesso em: 11 abr. 2017.
- BASTOS, Marcus Gomes; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 33, n. 1, p.93-108, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2016.
- BASTOS, Marcus; BREGMAN, Rachel; MASTROIANNI, Giannna. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 56, p. 248-53, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>>. Acesso em: 14 jul 2017.
- BRASIL. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 37 p. Disponível em: <<http://sonerj.org.br/wp-content/uploads/2014/03/diretriz-cl-nica-drc-versao-final2.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2016.
- BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Esta Lei dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no País e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante. **Lei de Migração**. Brasília, DF, 24 maio 2017c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13445.htm>. Acesso em: 12 dez. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: Endocrinologia e nefrologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 20 p. (Volume I). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada_endocrinologia.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2018.

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, 14 mar. 2014b. p. 34-37. Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=14/03/2014&jornal=1&pagina=34&totalArquivos=164>>. Acesso em: 05 out. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 1168, 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, DF, 15 jun. 2004a. Seção 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm>. Acesso em: 07 dez. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, DF, 01 abr. 2014c.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 12 dez. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 1.675, de 07 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. Brasília, DF, 07 jun. 2018. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html>. Acesso em: 12 dez. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 211, de 15 de junho de 2004**. Considerando a necessidade de regulamentar a atenção ao portador de doença renal na alta complexidade. Brasília, DF, 15 jun. 2004b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0211_15_06_2004.html>. Acesso em: 12 dez. 2018.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 28 set. 2017b. Disponível em:

<<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/estrategia-saude-da-familia/redes-de-atencao-a-saude/13292-consolidacao-n-6-saude-mental/file>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico ou Grave. Brasília, DF, 28 set 2017a. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/05/ANEXO-PACIENTE-CRITICO-OU-GRAVE.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

CABRAL, Ana Lúcia Lobo Vianna. **Itinerários terapêuticos**: compreendendo a trajetória de pessoas em hemodiálise no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em:

<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBD-9BUHRH/disserta__o__ana_lucia_lv_cabral.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 jan. 2018.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p.4433-4442, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera et al. **Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2013. 74 p. (Boas práticas da gestão dos Termos de Cooperação no contexto da Cooperação Técnica da OPAS/OMS, 6). Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=programa-cooperacao-internacional-em-saude-110&alias=1497-cooperacao-tecnica-entre-brasil-e-paraguai-para-a-implantacao-do-programa-saude-da-familia-7&Itemid=965>. Acesso em: 12 dez. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Assistência de Alta e Média Complexidade**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011. (Volume 4). Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L04_ASSIS-DE-MEDIA-E-ALTA-COMPL_jun2015.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2018.

CUPPARI, Lilian; AVESANI, Carla Maria; KAMIMURA, Maria Ayako. **Nutrição na doença renal crônica**. Barueri: Editora Manole Ltda, 2013.

DIAS, Aline Cristina et al. O Papel do Enfermeiro na Prevenção de Peritonite: Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem da Ufpe On-line**, Recife, v. 8, n. 7, p.2130-2139, jul. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9893/10149>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

DRAIBE, Sérgio Antônio (Org.). **Panorama da Doença Renal Crônica no Brasil e no mundo**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão. Unasus/ufma, 2014. 34 p. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2028?show=full>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

FERREIRA, Elaine Duarte Mendes. **O Itinerário Terapêutico de Pessoas em Terapia Renal Substitutiva Com Doença de Base Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus**. 2015. 156 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/331/1/elaineduarteferreira.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009. 120 p. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p. Disponível em: <https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.251-266, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/13.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2016.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.255-268, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a31v15n1.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2016.

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology**, [s.l.], v. 12, n. 2B, p.85-93, dez. 1978. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/34cf/fffdc077e388aac11e6c4a83bdf5210705e5.pdf>>. Acesso em: 07 dez 2018.

KUSUMOTO, Luciana et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p.152-159, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a03v21ns.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2016.

LIMA, Lisete Teixeira Palma de. **Itinerário Terapêutico de Usuários na Atenção Primária à Saúde em Tríplice Fronteira**. 2017. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2017. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/bitstream/tede/3581/5/Lisete_Lima2017.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

LOUVISON, Marilia Cristina Prado et al. Prevalência de pacientes em terapia renal substitutiva no Estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 8, n. 95, p.23-42, nov. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//bepa_95_gais_trs.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2018.

MACHADO, Gabriela Rocha Garcia; PINHATI, Fernanda Romanholi. Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. **Cadernos Unifoa**, Volta Redonda, v. 9, n. 26, p.137-148, dez. 2014. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/26/137-148.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa Tiekko. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista de Terapia Ocupacional da**

Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 19, n. 3, p.176-182, 1 dez. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14045>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

MARINHO, Ana Wanda Guerra Barreto et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p.379-388, set. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201700030134.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

MATTOSINHO, Mariza Maria Serafim; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p.1113-1119, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/08.pdf>>. Acesso em: 07 dez 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. AMOSTRAGEM E SATURAÇÃO EM PESQUISA QUALITATIVA: CONSENSOS E CONTROVÉRSIAS. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p.01-12, abr. 2017. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

MOURA NETO, Jose Andrade et al. Modalidade de terapia renal substitutiva como preditora de sintomas depressivos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p.354-359, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n4/0047-2085-jbpsiq-63-4-0354.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. **Sobre Insuficiência Renal Crônica: Guia para pacientes e familiares**. 2007. Disponível em: <https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/11-50-1201_kai_patbro_aboutckd_pharmanet_portuguese_nov08.pdf>. Acesso em: 14 jul 2017.

NEVES, Robson da Fonseca; NUNES, Mônica de Oliveira. Da legitimação a (re)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.211-220, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a26v15n1.pdf>>. Acesso em: 07 dez 2018.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PRÁ, Keli Regina Dal; FERMIANO, Sabrina. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.227-236, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/11.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

OLIVEIRA, Débora R. de; LENARDT, Maria Helena; TUOTO, Fernanda Spiel. O idoso e o sistema de cuidado à saúde na doença renal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 4, p.49-58, dez. 2003.

PACHECO, Gilvanice de Sousa; SANTOS, Iraci dos; BREGMAN, Rachel. Clientes com doença renal crônica: avaliação de Enfermagem sobre a competência para o autocuidado. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.44-51, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a06.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

PENA, Paulo Félix de Almeida et al. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p.3135-3144, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a28.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2018.

PEREIRA, Edna Regina Silva et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.22-30, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n1/0101-2800-jbn-38-01-0022.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

PINHO, Natalia Alencar de; SILVA, Giovânio Vieira da; PIERIN, Ângela Maria Geraldo. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 37, n. 1, p.91-97, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n1/0101-2800-jbn-37-01-0091.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2016.

REPUBLICA DEL PARAGUAY. **Analizarán situación de la nefrología en Paraguay en congreso médico**. 22 set. 2015. Disponível em: <<http://www.ip.gov.py/ip/?p=52195>>. Acesso em: 14 set. 2016.

SANCHES, Rafaely de Cassia Nogueira et al. Itinerários terapêuticos de pessoas com doença renal crônica e suas famílias. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 15, n. 4, p.708-715, 1 out. 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/34529/18469>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

SANTOS, Jéssika Roberta Firme de Moura et al. Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce. **Saúde.com**, [s.l.], v. 13, n. 2, p.863-870, 27 jun. 2017. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/433/424>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

SCHMITZ, Jerry. **A trajetória da família de portadores de insuficiência renal crônica: desafios e a emergência familiar**. 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde e Gestão do Trabalho, Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2008. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Jerry_Schmitz.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

SESSO, Ricardo de Castro Cintra et al. Diálise Crônica no Brasil - Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 34, n. 3, p.272-277, set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a09.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2018.

SESSO, Ricardo Cintra et al. Inquérito Brasileiro de Diálise 2014. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.54-61, jan. 2016. GN1 Genesis Network. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n1/0101-2800-jbn-38-01-0054.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2016.

SESSO, Ricardo Cintra et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 39, n. 3, p.261-266, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-03-0261.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2018.

SILVA JÚNIOR, Nadson Duarte; GONÇALVES, George; DEMÉTRIO, Franklin. Escolha do itinerário terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações socioantropológicas. **Revista Eletrônica Discente História.com**, Cachoeira, BA, v. 01, n. 01, p.01-12, 2013. Disponível em: <<https://ufrb.edu.br/seer/index.php/historiacom/article/view/4/4>>. Acesso em: 07 dez 2018.

SILVA, Denise M. Guerreiro Vieira da et al. Pessoas com diabetes mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. **REBEn**: revista da Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 59, n. 3, p.297-302, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a09v59n3.pdf>>. Acesso em: 07 dez 2018.

SILVA, Denise M. Guerreiro Vieira da; SOUZA, Sabrina da Silva de; MEIRELES, Betina Schneider. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Texto & Contexto Enfermagem**: revista da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, v. 13, n. 1, p.50-56, mar. 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/714/71413108.pdf>>. Acesso em: 07 dez 2018.

TORCHI, Thalita Souza et al. Condições clínicas e comportamento de procura de cuidados de saúde pelo paciente renal crônico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 6, p.585-590, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0585.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

TRAVAGIM, Darlene Suellen Antero; KUSUMOTA, Luciana. Atuação do Enfermeiro na Prevenção e Progressão da Doença Renal Crônica. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p.388-393, set. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a16.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2009.

YOUNES, Soraia; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; ARAÚJO, Allan Cezar Faria. Itinerário terapêutico de pacientes com obesidade atendidos em serviço de alta complexidade de um hospital universitário. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p.1046-1060, dez. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1046.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2018.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: Itinerário Terapêutico de Doentes Renais Crônicos Estrangeiros em Região de Fronteiras.

Pesquisador responsável: Ederson Pereira

Convidamos **você** a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo de: Analisar o perfil e o acesso ao Sistema Único de Saúde de pacientes paraguaios para tratamento dialítico em um Serviço de Nefrologia em região de fronteira.

A sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: será aplicado um roteiro de pesquisa, no qual na primeira parte você responderá perguntas como, por exemplo, faixa etária, escolaridade, e situação socioeconômica; na segunda parte você será entrevistado, com perguntas sobre o caminho percorrido em busca de tratamento pelo Sistema Único de Saúde no Brasil. E envolve pergunta desde sobre o momento do diagnóstico da sua doença até o início do tratamento de hemodiálise.

Durante a execução do projeto: Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Todo paciente convidado a participar da pesquisa tem o direito de não aceitar participar desde estudo. Para aqueles que aceitarem, caso tiverem dúvida ou questionamento quanto à metodologia do trabalho poderão entrar em contato com o pesquisador através do telefone (45) 99940-2162 acima ou com o Comitê de Ética pelo número 3220-3092.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa e ter meus direitos de:

1. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
2. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à produtividade.

Este documento será assinado em duas vias, sendo uma delas entregue ao sujeito da pesquisa.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar do projeto

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Nome do responsável pelo sujeito da pesquisa: _____

Assinatura: _____

Eu **Ederson Pereira** declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de 2018.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DATA: ___/___/_____

ÁUDIO N°: _____

A) Caracterização do perfil:

1 – Nome: _____

2 – Residência:

Brasil Paraguai Ambos os Países

3 – Sexo: () M () F

4 – Idade: _____

18 a 29 anos

30 a 39 anos

40 a 49 anos

50 a 59 anos

≥ 60 anos

5 – Estado civil:

Solteiro (a)

Casado (a)

União Consensual

Divorciado (a)

Viúvo (a)

6 – Possui filhos:

Sim

Não

7 – Com quem você mora (admite mais de uma resposta):

Pais

Irmãos

Avós

Filhos

Outros parentes

Marido/Esposa

Companheiro

- Sozinho
- Outras pessoas não parentes
- Outros

08 – Escolaridade:

- Analfabeto
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação

09 – Profissão: _____ Ocupação: _____

10 – Status ocupacional:

- Empregado
- Empregador
- Autônomo
- Aposentado
- Em auxílio-doença
- Desempregado
- Outro/Qual _____

11 – Carga horária/semanal:

- 20 horas
- 30 horas
- 40 horas
- Outra/Qual _____

12 – Renda mensal:

- Até 01 salário mínimo
- De 01 a 03 salários mínimos
- De 03 a 05 salários mínimos
- De 05 a 15 salários mínimos
- Mais de 15 salários mínimos

Número de pessoas que contribui com a renda familiar: _____

Quantas pessoas dependem desta renda? _____

13 – Meio de transporte utilizado para o deslocamento até a clínica de hemodiálise:

- Transporte coletivo urbano
- Transporte coletivo intermunicipal
- Carro próprio

- Carona de parentes/vizinhos/amigos
- Transporte social
- Outros: _____

14 – Data do Diagnóstico de Doença Renal Crônica (DRC): ___/___/____.

15 – Doença de Base:

- Hipertensão Arterial
- Diabetes mellitus
- Outra: _____

16 – Data de início da hemodiálise: ___/___/____. Tempo de HD: _____

17 – Quantos anos você tinha quando iniciou a hemodiálise? _____

B) Itinerário terapêutico:

Roteiro de entrevista semi-estruturada:

1 – Subsistema familiar:

- Você sabe como e por que, adquiriu essa doença?
- O que você já conhece ou ouviu falar sobre essa doença?
- O que você fez desde que descobriu a doença renal?
- Diga o que você sentiu: (E o que mais te incomodava?)
- E na sua família, como foi para eles a notícia deste diagnóstico?
- Após ter recebido o diagnóstico de DRC, o que mudou na sua vida?
- De que forma a hemodiálise afetou a sua qualidade de vida?
- Você encontrou apoio de familiares, amigos, outros indivíduos na mesma condição ou grupos de apoio?
- No seu entendimento, por que isso aconteceu com você?
- Você poderia me contar como foi a história do seu problema ou situação? (Utilizar o mesmo termo usado pelo informante para definir sua situação). Será observada a presença, em sua narrativa, de informações sobre o início dos sintomas, providências tomadas, lugares aonde foi, pessoas as quais pediu conselho, iniciativas de autocuidado. Caso seja lacônico em suas respostas, estimulá-lo perguntando:
 - ✓ Antes de entrar em diálise, você percebia algum problema? Quais?
 - ✓ Quando você o percebeu?

- ✓ O que você fez quando o percebeu?
- ✓ Que cuidados utilizou? Estes cuidados ajudaram?

2 – Subsistema popular:

- Além do médico e de outros profissionais de saúde (enfermeiro, nutricionista, psicólogo) que outra(s) forma(s) de tratamento você procurou? (Investigar outras alternativas: assistenciais [religiosa, benzedeiras, curandeiros]; práticas alternativas [acupuntura, fitoterapia, florais, homeopatia]; ou outros.)

3 – Subsistema profissional:

- Qual foi o primeiro profissional de saúde que conversou contigo sobre a doença renal, e a hemodiálise? Em qual serviço foi? Depois de lá, onde você foi? (Identificar idas e vindas no Sistema).

- Quais os serviços profissionais públicos (SUS) ou privados que você procurou (ambulatórios, consultórios, clínicas ou hospitais) anteriormente?

- Quem te encaminhou para a clínica de hemodiálise?

- Como é o vínculo e o acompanhamento na clínica de hemodiálise?

- Como é o atendimento/relacionamento com os profissionais de saúde das diferentes especialidades no Serviço?

- Quais as dificuldades de acesso e para que tipo de procedimento/serviço na clínica de hemodiálise?

- O que facilita o acesso aos procedimentos/serviços na clínica de hemodiálise?

- Como você avalia o trabalho da equipe que te atende na a clínica de hemodiálise?

- *Na sua opinião, o que poderia ter sido diferente no fluxo dos atendimentos que você acabou de me contar?*

- *Na sua opinião, o que poderia ter sido diferente nesta história que você acabou de me contar? (Nesta história o que você teria feito diferente?)*

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Itinerário Terapêutico de Doentes Renais Crônicos Estrangeiros em Região de Fronteiras

Pesquisador: EDERSON PEREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79420517.0.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.588.624

Apresentação do Projeto:

O aumento da prevalência da doença renal crônica, e conseqüentemente sua repercussão na morbimortalidade de pessoas portadoras desta enfermidade, tornou-se um problema mundial de saúde pública. De acordo com o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, em julho de 2014 haviam 48.834 pacientes em tratamento dialítico crônico, em 312 serviços de diálise dos 715 ativos no país, o que corresponde a 43,6%. No município de Foz do Iguaçu, no Estado do Paraná, em região de fronteira com o Paraguai e a Argentina, através das cidades de Ciudad del Est e Puerto Iguazu respectivamente, existe um serviço privado de diálise conveniado ao Sistema Único de Saúde para referência em alta complexidade aos municípios de abrangência da 9ª Regional de Saúde. A pesquisa caracteriza-se como exploratória e descritiva, utilizando procedimentos de análise quantitativos e qualitativos. O campo da pesquisa será um Serviço de Nefrologia situado no Município de Foz do Iguaçu, no Estado do Paraná, de caráter privado, prestadora de serviço especializado para o SUS. O qual além de atender pacientes conveniados ao SUS, atendem conveniados a planos de saúde e particulares. Em setembro de 2015, este serviço contava com 256 pacientes em tratamento dialítico, mais especificamente de hemodiálise, sendo que destes, 28 indivíduos eram de nacionalidade paraguaia, correspondendo a 11% deste total. No que diz respeito a legislação brasileira, estrangeiros que possuem residência no Brasil e permanência regulamentada apresentam direito a saúde iguais ao cidadão brasileiro. Entretanto, estrangeiros que residem em cidades de fronteira, segundo o Estatuto do Estrangeiro, não possuem um amparo na legislação federal quanto o acesso a atenção à saúde. Neste sentido, questão que instiga esta investigação é: Como os pacientes de nacionalidade paraguaia conseguiram acesso ao serviço de nefrologia pelo SUS no município de Foz do Iguaçu? Qual o caminho percorrido e procedimentos foram adotados? Para tanto tem-se como objetivo: Analisar o perfil e o acesso ao Sistema Único de Saúde de pacientes paraguaios para tratamento dialítico em um Serviço de Nefrologia em região de fronteira. A pesquisa caracteriza-se como exploratória e descritiva, utilizando procedimentos de análise quantitativos e qualitativos. A população do presente estudo será a totalidade dos pacientes de nacionalidade paraguaia e acompanhados pela equipe do Serviço de Nefrologia do município de Foz do Iguaçu. A pesquisa será desenvolvida em dois momentos: no primeiro, visa caracterizar o perfil de todos os pacientes paraguaios, ou seja, da população objeto do estudo. No segundo momento, através da amostra, será desenvolvido através de entrevista com roteiro semiestruturado para que o entrevistado possa discorrer sobre os temas propostos. Os dados

quantitativos serão submetidos a análise estatística descritiva. Já os dados qualitativos serão tratados pela análise temática e o referencial teórico Kleinman que propõem um sistema de cuidado em saúde composto por três subsistemas sociais onde a doença é vivenciada, sendo eles: o profissional, o popular e o familiar.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Analisar o perfil e o acesso ao Sistema Único de Saúde de pacientes paraguaios para tratamento dialítico em um Serviço de Nefrologia em região de fronteira.

Objetivos Específicos: Caracterizar o perfil sócio-demográfico de pacientes de origem paraguaia em tratamento de hemodiálise em Foz do Iguaçu – PR. Analisar o percurso percorrido pelo doente renal crônico paraguaio, em busca de acesso ao tratamento de hemodiálise pelo Sistema Único de Saúde no Brasil, em região de fronteira. Refletir sobre a humanização no acesso ao tratamento de hemodiálise pelo Sistema Único de Saúde no Brasil, para indivíduos estrangeiros em região de fronteira.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O sujeito pode sentir-se constrangido em responder certas questões, como também sentir-se acuado por estar sendo entrevistado pelo enfermeiro do próprio serviço onde é atendido. Porém, tais riscos serão minimizados através da orientação prévia ao sujeito sobre os objetivos da pesquisa, e que o pesquisador está ali sem nenhum julgamento. Ressaltar que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Benefícios:

Conhecer a realidade vivenciada pelos estrangeiros que dependem de serviços de saúde em países vizinhos. Além disso, espera-se contribuir com a reflexão sobre a humanização no acesso ao tratamento de hemodiálise pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância para as áreas de Ciências da Saúde (Saúde Coletiva/Saúde Pública) e de Ciências Sociais Aplicadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de Apresentação Obrigatória apresentados e corretos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	instrumentocoletadedadosederson.pdf	23/03/2018 14:15:03	RAFAEL GREGORY DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	termosederson.pdf	21/03/2018 15:24:57	RAFAEL GREGORY DE OLIVEIRA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_992972.pdf	21/03/2018 15:14:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/03/2018 15:10:37	EDERSON PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termodecompromissoparausodosdados emarquivo.pdf	11/10/2017 14:14:06	EDERSON PEREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeCienciadoResponsavelpeloCa mpodeEstudo.pdf	11/10/2017 14:13:16	EDERSON PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisaMestradoEder2017.d ocx	06/09/2017 23:20:31	EDERSON PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folharostounioeste.pdf	06/09/2017 22:42:28	EDERSON PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita apreciação da CONEP: Não

CASCAVEL, 09 de Abril de 2018

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador)