



Itinerário terapêutico de usuários com nefropatia diabética em terapia renal substitutiva

Therapeutic itinerary of users with diabetic nephropathy in renal replacement therapy

Itinerario terapéutico de usuarios con nefropatía diabética en terapia de reemplazo renal

Camila Francielly de Santana Santos¹, Matheus Costa Brandão Matos¹, Jean Scheievany da Silva Alves², Carla Regina de Souza Teixeira³, Juliana Lourenço de Araújo Veras¹, Ellen Cristina Barbosa dos Santos¹.

RESUMO

Objetivo: Descrever o itinerário terapêutico de usuários com nefropatia diabética (ND) em terapia renal substitutiva (TRS) no município de Vitória de Santo Antão, PE. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, realizado de julho a agosto de 2022, em uma clínica de TRS. Para a coleta utilizou-se um questionário sociodemográfico e um roteiro de entrevista semiestruturado. A amostra se deu pela saturação do discurso, sendo 10 usuários com ND em tratamento hemodialítico incluídos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Emergiram quatro categorias, a saber: 1) Caminhos percorridos até o diagnóstico de DRC; 2) Sentimentos envolvidos em tais caminhos; 3) Dificuldades advindas dos diagnósticos e seus respectivos tratamentos e 4) Percepções sobre a rede de apoio. **Conclusão:** Conclui-se que o itinerário terapêutico percorrido pelos usuários com ND abrange inúmeros sentimentos e dificuldades, mas também é permeado por uma rede de apoio diversificada e eficiente na amenização dos obstáculos inerentes ao processo de adaptação.

Palavras-chave: Diabetes mellitus, Itinerário Terapêutico, Complicações do Diabetes, Nefropatias, Diálise Renal.

ABSTRACT

Objective: To describe the therapeutic itinerary of users with diabetic nephropathy (DN) undergoing renal replacement therapy (RRT) in the city of Vitória de Santo Antão, PE. **Methods:** This is an observational, descriptive-exploratory study, with a qualitative approach, carried out from July to August 2022, in a RRT clinic. For data collection, a sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview script were used. The sample was based on speech saturation, with 10 users with DN undergoing hemodialysis included. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** Four categories emerged, namely: 1) Paths taken

¹ Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Vitória de Santo Antão - PE.

² Hospital Dom Malan. Petrolina - PE.

³ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto - SP.

to the diagnosis of CKD; 2) Feelings involved in such paths; 3) Difficulties arising from the diagnoses and their respective treatments and 4) Perceptions about the support network. **Conclusion:** It is concluded that the therapeutic itinerary followed by users with DN encompasses numerous feelings and difficulties, but is also permeated by a diverse and efficient support network in alleviating the obstacles inherent in the adaptation process.

Keywords: Diabetes Mellitus, Therapeutic Itinerary, Diabetes Complications, Kidney Diseases, Renal Dialysis.

RESUMEN

Objetivo: Describir el itinerario terapéutico de usuarios con nefropatía diabética (ND) en tratamiento de reemplazo renal (TSR) en la ciudad de Vitória de Santo Antão, PE. **Métodos:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo-exploratorio, con abordaje cualitativo, realizado de julio a agosto de 2022, en una clínica de TRS. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario sociodemográfico y un guión de entrevista semiestructurada. La muestra se basó en la saturación del habla, incluyéndose 10 usuarios con ND en hemodiálisis. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** Emergieron cuatro categorías, a saber: 1) Caminos recorridos para el diagnóstico de la ERC; 2) Sentimientos involucrados en tales caminos; 3) Dificultades derivadas de los diagnósticos y sus respectivos tratamientos y 4) Percepciones sobre la red de apoyo. **Conclusión:** Se concluye que el itinerario terapéutico seguido por los usuarios con ND engloba numerosos sentimientos y dificultades, pero también está permeado por una red de apoyo diversa y eficiente para paliar los obstáculos inherentes al proceso de adaptación.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Ruta Terapéutica, Complicaciones de la Diabetes, Enfermedades Renales, Diálisis Renal.

INTRODUÇÃO

A nefropatia é uma condição clínica que decorre de alterações microvasculares no rim, que resultam na perda progressiva da função do órgão, já que induzem a proteinúria (BOUÇA B, et al., 2021). Quando secundária às complicações do diabetes mellitus (DM), é denominada nefropatia diabética (ND) (SBD, 2020).

Destaca-se que, dentre as Doenças Renais Crônicas (DRC), a ND se encontra associada a altas taxas de morbimortalidade, com um grande impacto socioeconômico, tornando-se, assim, um desafio de saúde pública mundial (AGUIAR LK, et al., 2020).

Cerca de 30% dos usuários em tratamento dialítico possuem o DM como doença de base, sendo o diagnóstico estabelecido com base na diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG) e na presença de albuminúria (MACIEL R, et al., 2019; SBD, 2020). Com isso, o rastreamento da ND deve ser realizado logo após o diagnóstico de DM tipo 2 e, após 5 anos do início de DM tipo 1 (SBD, 2020).

O caminho percorrido pelos usuários, incluindo a descoberta do adoecimento, a busca por conhecimento sobre a doença e por cuidados terapêuticos é denominado itinerário terapêutico (IT) (DEMÉTRIO F, et al., 2020). Estudos sobre ITs valorizam a multiplicidade de percursos, percepções e escolhas presentes no processo de adoecimento, e identificam as dificuldades enfrentadas por essas pessoas no intuito de fornecer subsídios para as organizações dos serviços de saúde a fim de garantir o planejamento, organização, resolutividade e integralidade nos serviços de saúde em diferentes níveis de atenção (BOSAIPPO DS et al., 2021).

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) propõe a adaptação do Chronic Care Model (CCM), do Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR) e do modelo da determinação social da saúde, à realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi utilizado como Referencial Teórico. Para tanto, o MACC encontra-se estruturado em cinco níveis de intervenção, onde o nível 1 direciona-se às estratégias de promoção à saúde para a população. O nível 2 deve operar nas intervenções de prevenção de condições crônicas e abrange uma subpopulação com fatores de risco ligados ao comportamento e estilo de vida. Os demais níveis são

direcionados a indivíduos com condições crônicas já existentes, das simples às complexas, e se fundamentam nos determinantes de saúde individuais (MENDES EV, 2018).

Com isso e tendo em vista a necessidade de novos dispositivos para compreender o processo de adoecimento, bem como as escolhas realizadas pelos usuários com base nas possibilidades terapêuticas oferecidas pelo sistema de saúde, o presente estudo teve por objetivo descrever o caminho percorrido por usuários com ND em Terapia Renal Substitutiva (TRS) da descoberta da doença até o tratamento atual, por meio da seguinte questão norteadora: “Qual foi o seu caminho percorrido para o diagnóstico de suas doenças e quais sentimentos e dificuldades permearam/permeiam tal caminho?”.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo observacional exploratório-descritivo, qualitativo, realizado em uma clínica de TRS, de um município do nordeste brasileiro, de julho a agosto de 2022. A amostra foi composta por 10 usuários com ND em TRS, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, capazes de se comunicar verbalmente e que aceitaram participar da pesquisa, assinando o TCLE.

Foram excluídos usuários com déficit cognitivo, auditivo e/ou afasia. Como critério para o encerramento da coleta, utilizou-se a saturação do discurso, a qual prevê a contemplação da totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (POPE C e MAYS N, 2005).

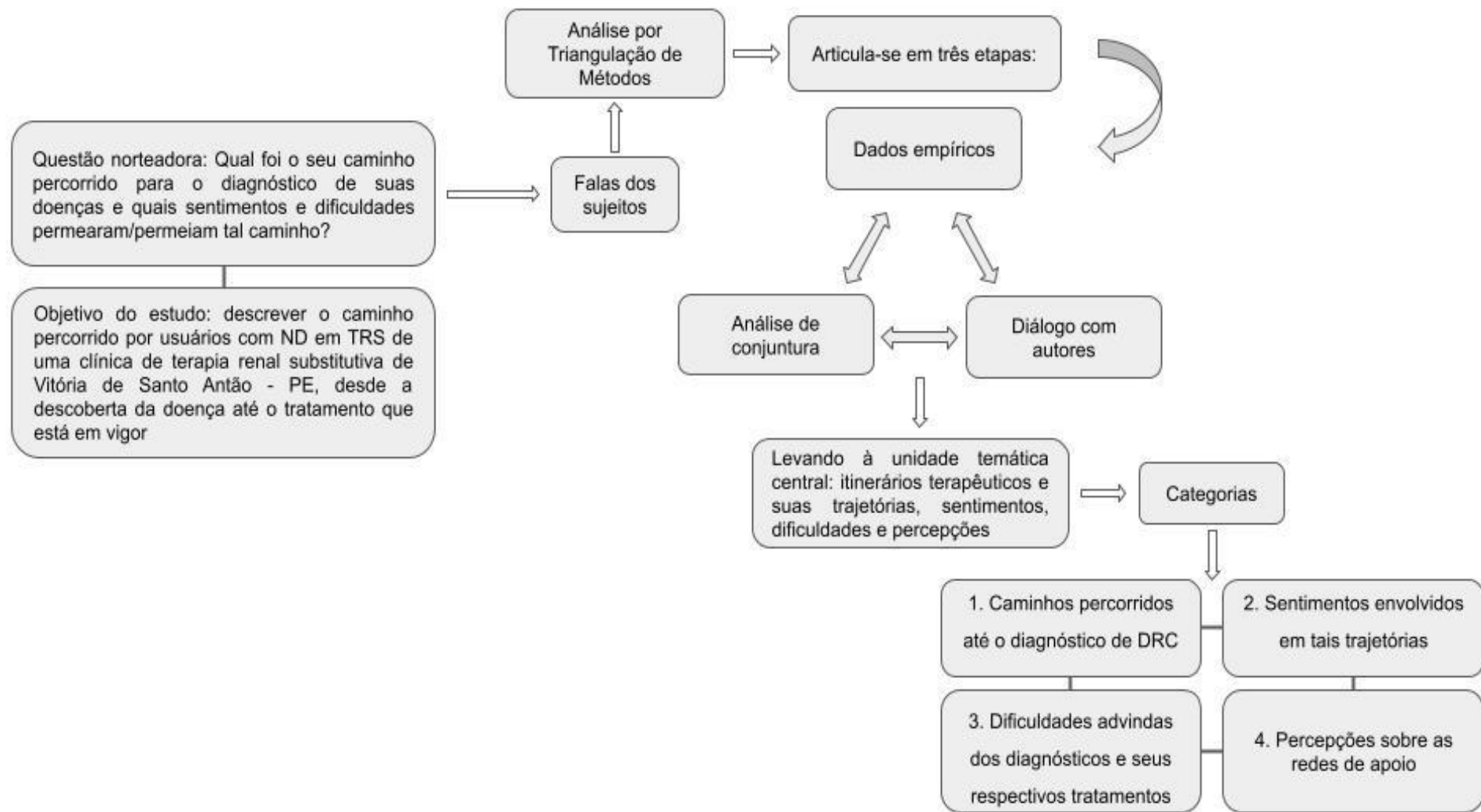
Foi utilizado um questionário contendo variáveis sócio demográficas, clínicas e relacionadas à glicosimetria e um roteiro semiestruturado com a pergunta disparadora: Qual foi o seu caminho percorrido para o diagnóstico de suas doenças e quais sentimentos e dificuldades permearam/permeiam tal caminho?

Os dados foram coletados, individualmente, na sala de espera da clínica, com duração média de 35 minutos, com auxílio de um gravador digital, após agendamento com a gestão do setor e conforme a disponibilidade dos usuários. As respostas foram transcritas o mais breve possível para que impressões durante a entrevista fossem preservadas.

Os dados objetivos foram digitados no programa Microsoft Excel para posterior análise descritiva com frequência numérica e percentual. Os subjetivos foram transcritos integralmente em arquivo eletrônico do editor de texto Word e analisados mediante a Triangulação de Métodos proposta por Minayo MCS (2014), que prevê a articulação de três fases: os dados empíricos (narrativas dos entrevistados); a análise de conjuntura (contexto mais amplo e abstrato da realidade); e o diálogo com os autores que estudam a temática em questão. Dessa maneira, a **Figura 1** expõe o percurso metodológico percorrido.

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, conforme o Parecer nº 5.267.353 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 55325622.0.0000.5208.

Figura 1 - Fluxograma do percurso metodológico da análise por triangulação dos métodos.



Fonte: Santos CFS, et al., 2023.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sociodemograficamente observou-se que oito usuários eram homens, com idade entre 30 e 72 anos, seis não concluíram o ensino fundamental, oito residiam em zona rural e eram católicos. Quanto à profissão, cinco eram aposentados ou recebiam outro tipo de benefício, três estavam desempregados e dois eram autônomos. A renda mínima variou de R\$400,00 à R\$5.000,00. Nove dos participantes tinham DM tipo 2, a maioria acompanhava a doença, exclusivamente, pelo SUS e dois complementavam no serviço particular.

Em relação à participação em ações educativas na Unidade Básica de Saúde (UBS), apenas dois participavam. Dessa forma, a baixa adesão às ações educativas das UBS possivelmente, contribuiu para o diagnóstico tardio da DRC e necessidade de hemodiálise imediata. Quanto à monitorização da glicemia em domicílio, oito realizavam e, desses, sete adquiriam os insumos necessários por conta própria. Assim, verifica-se que a maioria não usufruem da distribuição gratuita dos insumos para a glicosimetria, prevista pela Lei Federal 11.347/2006 (BRASIL, 2006). Sobre a aquisição dos medicamentos, dois informaram que adquiriam na própria clínica de TRS, três na UBS, dois na farmácia e três nas secretarias de saúde dos seus municípios.

A análise de conteúdo por triangulação de métodos possibilitou a definição da unidade temática central: Itinerários terapêuticos e suas trajetórias, sentimentos, dificuldades e percepções. A partir desta, emergiram quatro categorias: 1) Caminhos percorridos até o diagnóstico de DRC; 2) Sentimentos envolvidos em tais caminhos; 3) Dificuldades advindas dos diagnósticos e seus respectivos tratamentos e 4) Percepções sobre a rede de apoio.

Caminhos percorridos até o diagnóstico de DRC

De acordo com os caminhos percorridos pelos usuários com ND até o momento do diagnóstico de DM, observou-se que, 6 foram diagnosticados no serviço público e 4 nos particulares. Já o diagnóstico de DRC, 7 receberam no serviço público e 3 nos particulares.

Faz-se necessário discutir o quão a Atenção Básica em Saúde ainda enfrenta desafios no alcance de sua população adscrita e, também no rastreamento efetivo das doenças crônicas, conforme o estabelecido pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) para pessoas com DRC (FREITAS M, et al., 2021; BRASIL, 2018). As seguintes falas denotam isso:

E7: “Comecei inchando, inchando, aí fui lá na clínica (particular) e descobri, mandou eu vim automaticamente pra cá.”

E10: “Eu senti muita fraqueza no corpo, aí eu fui ao médico particular, cheguei lá ele pediu uns exames... quando eu fiz deu diabetes.”

As suspeitas dos diagnósticos aconteceram com base nas manifestações clínicas apresentadas, queixas como: poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso inexplicada, fadiga, astenia, glicosúria, estavam relacionadas ao DM e queixas frequentes de: edema de membros inferiores, dor, oligúria, náuseas e vômitos associadas à DRC, conforme pode-se observar:

E7: “Urinando sempre, a urina meia doce.”

E8: “Eu tomava muita água, sentia muita sede, comia muito e emagrecendo.”

E9: “Eu descobri pela urina que tava juntando formiga.”

As manifestações clínicas mencionadas consistem nos indícios mais frequentes da desordem metabólica causada pela hiperglicemia (SBD, 2019) e dentre as manifestações comumente referidas por usuários com DRC, os sintomas urêmicos representam as principais queixas e consistem em: fraqueza, desânimo, sonolência, náuseas, vômito, edema, principalmente nos membros inferiores e dor (CASTRO MCM, 2019).

Desse modo, enfatiza-se que, o controle do DM deve envolver ações individuais para o autocuidado com o apoio constante de uma equipe multiprofissional de saúde, que oriente quanto ao seguimento de um plano alimentar, realização de atividades físicas, uso correto da medicação e monitorização da glicemia capilar, (ROSSANEIS MA, et al., 2019). Nesse sentido, o nível 3, torna-se realmente efetivo no sentido de promover

o autocuidado apoiado e a atenção clínica ao indivíduo realizada pela atenção básica, a qual deve ser ordenadora da rede e a coordenadora do cuidado (BRASIL, 2018).

Embora a proposta de resolutividade nos níveis de atenção seja facilmente compreendida, na prática, nem sempre ela acontece. No presente estudo, observou-se diagnósticos tardios, principalmente o de DRC, o que culminou com internações hospitalares de urgência com indicação de TRS imediata, conforme as falas abaixo demonstram:

E5: “Aí ela (a médica) olhou pra mim e disse assim: “Você sabe o que é uma hemodiálise?” Aí eu disse: “Sei, que o marido da minha tia fez por 16 anos lá em Recife” [...]. Ela disse: “Pronto, você vai pra hemodiálise” [...] fui transferida com urgência pro Regional [...] aí eu entrei no dia 16 de agosto de 2018 e fiz minha primeira hemodiálise dia 19.”

E8: “Quando eu cheguei lá, ele falou pra mim isso, que meus rins não estavam funcionando direito e eu tinha que fazer hemodiálise [...].”

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2022), o primeiro rastreamento para ND deve ser realizado logo após o diagnóstico de DM2 e após cinco anos do diagnóstico em pessoas com DM1. Tal rastreamento deve ser anualmente realizado, por meio da dosagem de albumina urinária ou relação albumina/creatinina em amostra de urina, associado ao cálculo da taxa de filtração glomerular (TFG) estimada a partir da creatinina sérica. Em casos especiais, como DM descompensado, recomenda-se o rastreamento em intervalos mais curtos (SBD, 2022).

Ao verificar que os diagnósticos, no presente estudo, foram dados tardiamente, verifica-se uma fragilidade nas ações dos níveis 1 e 2, relacionadas a promoção e prevenção do DM, o que nos remete à um sistema de rastreamento ainda ineficiente. Além disso, mesmo após diagnosticados com DM, o acompanhamento não resultou num manejo adequado, o que culminou no desenvolvimento de complicações crônicas, incluindo a ND. Tal fato também demonstra uma dificuldade da gestão da condição de saúde, no nível 3, para o manejo adequado doença e, conseqüentemente, o agravamento do caso para outros níveis de atenção. Assim, fica evidente que ainda há obstáculos para a operacionalização do MACC, haja visto que, as ações propostas para os níveis 1, 2 e 3 ainda não se encontram completamente consolidadas.

2. Sentimentos envolvidos em tais trajetórias

Os agravos provenientes dos diagnósticos e tratamentos, especialmente da hemodiálise, ultrapassam a dimensão fisiopatológica e o início dessa trajetória pode ser marcado pelo: medo da morte, tristeza, desespero, nervosismo, depressão, descrença e susto. O fato de necessitar de TRS constitui um grande estresse psicológico para os usuários, sendo causa de depressão e ansiedade (VILLAO AJP, et al., 2022), conforme as falas:

E1: “Fiquei com medo. Eu disse “vou morrer, não vai ter pra onde não”, fiquei sabendo que o pessoal entra na máquina e não aguenta [...] começaram a me fazer medo, dizendo que eu ia morrer aí procurei me tratar. Fiquei triste.”

E5: “Ali parece que eu morri, parece que quando ele deu o “intimato” assim, de dizer: “Olhe, você vai pra hemodiálise”, cabou-se meu chão [...] minha vida ali se desmoronou em todos os sentidos.”

E7: “É um momento assustador [...] péssimo, mal, fiquei depressivo.”

Embora os sentimentos envolvidos na trajetória do diagnóstico das doenças tenham sido em sua grande maioria sentimentos de medo, tristeza, desespero e susto observou-se também em alguns entrevistados que há um sentimento de aceitação, o que pode sinalizar uma adaptação psicológica à nova realidade:

E2: “Isso que eu passo não é uma coisa muito boa não, né? É ruim, mas fazer o que, né? Tem que fazer, vai fazer o que? [...]”

E3: *“Eu sinto falta do terço, mas eu sei que esse tratamento é pro meu bem.”*

Bôas GV e Nakasu MVP (2021) conceituam resiliência como um padrão adaptativo de funcionamento, sendo uma experiência dinâmica de resistência e adequação positiva frente às adversidades, que propicia superação ao usuário. Assim, vê-se que a adaptação psicológica e a construção de resiliência, se apresentam como fatores de proteção contra os estressores e aceitação da nova realidade.

Dificuldades advindas dos diagnósticos e seus respectivos tratamentos

Observou-se que as dificuldades enfrentadas pós diagnósticos e tratamentos decorrem das mudanças no estilo de vida. Dentre os principais desafios tem-se: restrições alimentares e hídricas, interrupção do trabalho, dificuldades financeiras, dificuldades relacionadas à liberação das vagas para realização de hemodiálise e o preconceito.

O manejo nutricional adequado encontra-se intrinsecamente relacionado à uma redução na morbidade dos usuários com DM e DRC, sendo assim, imprescindível o cumprimento das recomendações sobre a ingestão de determinados alimentos e de água (ZAMBELLI CMSF, et al., 2021). Entretanto, reconhece-se que tais restrições consistem num desafio para os usuários (OLLER GO, et al., 2018):

E7: *“Não poder tomar água, não poder tomar suco [...] às vezes você quer comer uma coisa e não pode, quer tomar uma água, muita, não pode.”*

E5: *“Às vezes tem uma jarra de suco, aí dá vontade de beber um copo do grande [...] aí você lembra que você podia beber e hoje você não pode beber aquela quantidade, aí você vai pra uma festa[...] você lembra que você tomava uma boa taça de vinho, comia uma boa massa, se você comer no outro dia passa mal.”*

Zanesco CBP, et al. (2019) e Ventura J, et al. (2018) relatam que a DRC ocasiona mudanças significativas na qualidade de vida dos usuários. A hemodiálise requer periodicidade o que pode ser fator limitante para a manutenção de algumas atividades laborais. O desemprego, nesses casos em que o usuário é o único provedor financeiro da família, precede dificuldades financeiras e preocupações com o sustento, conforme verifica-se:

E4: *“Aí depois desse negócio [...] não teve condições de jeito nenhum, nem trabalhar de taxista, né? Porque tanto faz eu tá assim, como a diabetes aumentar, dar tontura. Eu não vou tá com um passageiro dentro do meu carro [...] e eu passar mal, eu tenho que parar né? Ninguém vai querer isso aí. Então eu me afastei por causa disso aí.”*

E5: *“Eu só me sentia triste ... porque eu não podia trabalhar mais [...] pra alimentar meus filhos, pra vestir, pra calçar, pagar meu aluguel, pra eu comer. Aí era isso que eu tinha no sentido, era minha preocupação.”*

Assim, para Ventura J, et al. (2018), as interrupções nas atividades laborais podem levar o usuário ao afastamento de seu convívio social e das ações que antes lhe proporcionavam prazer, satisfação e autonomia.

Em relação as vagas para hemodiálise, o início da mesma aconteceu em serviços públicos das regiões metropolitanas, enquanto os usuários aguardavam vagas para realizá-los na instituição de TRS em questão. Ademais, o acesso à instituição de tratamento atual se deu por meio de familiares que possuíam vínculo empregatício em serviços de saúde da região ou no próprio serviço onde a pesquisa foi realizada.

E1: *“Aí eu tenho um filho e ele ficou tentando a Dra. até conseguir uma vaga.”*

E4: *“Aí minha filha trabalha na saúde também, ela conseguiu com uma amiga, uma vaga aqui pra mim.”*

Segundo o último Censo Brasileiro de Diálise (SBN, 2020), 71% das unidades de diálise são de propriedade privada e o Ministério da Saúde mantém a oferta de vagas de HD em clínicas particulares, sendo estas conveniadas ao SUS. A atuação do setor privado no âmbito do SUS deve ser de forma complementar, como preconizado pela Lei 8.080 de 1990, porém, para Dias L e Santos D (2021), essa forma de distribuição

dos recursos precariza o serviço e interfere diretamente na oferta do número de vagas e na qualidade dos serviços prestados. Por fim, dentre as dificuldades elencadas durante as entrevistas, dois entrevistados discorreram sobre a existência, ainda hoje, de preconceito:

E9: “Existe o preconceito ainda sabe? Já teve até gente que parou de me comprar porque achava que eu não ia ter capacidade mais. Tem muito isso também, o preconceito existe.”

E5: “E aos poucos ele foi se afastando, aí [...] depois ele disse: “Óia Branca, assim, eu gosto muito de tu [...] agora que mãe não quer não que tu vá lá pra casa não, que essa doença pode pegar.”

Galvão JO, et al. (2019) ressalta que o desconhecimento da população sobre a DRC e a HD, pode gerar preconceito e abandono e reforçar a visão negativa do tratamento. Dessa forma, nota-se que além de todos os impasses vivenciados por esses usuários, esses também esbarram em constrangimentos gerados pela falta de informação e preconceito.

Percepções sobre as redes de apoio

Para Negreiros DM, et al. (2019), a participação da família no processo terapêutico envolve dentre outras coisas, apoio emocional e social, além de incentivar à adesão ao tratamento. Quanto às percepções dos entrevistados sobre as redes de apoio, viu-se que a família constitui um ponto central para a adaptação à convivência com a doença e ao tratamento:

E4: “O apoio é 100%, tanto a família, meus filhos, a minha mulher que não larga do meu pé [...]”

E8: “Apoio todo da minha família mesmo, que quando eu tava internada no Regional, ligavam pra mim todos os dias, e diziam que ia dar tudo certo, que Deus tava na frente [...] e era pra eu pensar positivo, não ficar triste [...]”

O acolhimento, entendido como a construção do vínculo entre os profissionais e os usuários, é capaz de instituir a longitudinalidade do cuidado e a continuidade das ações de saúde, o que é fundamental para a atenção integral de pessoas com condições crônicas (DELATORRE T, 2018; MENDES EV, 2018). As falas abaixo denotam esse acolhimento:

E2: Os médicos, enfermeiros [...] conversa tudo por uma boca só, explica tudo a pessoa, a médica conversou comigo e disse que a diabetes não tem cura. Falou a verdade né? Acho bonito quando a pessoa fala a verdade.

E4: “A equipe de saúde daqui é 1000%, [...] O tratamento aqui, se alguém tem a reclamar eu não sei, agora eu não tenho a reclamar de nada, nem de médico, de enfermeiro, de técnico de enfermagem, é uma equipe que vive aqui dentro lutando pela gente [...]”

A fé também desempenhou um papel crucial no equilíbrio emocional, proporcionando força para que os usuários persistissem nos processos terapêuticos. Sobre isso, Bard BA e Cano DS (2018) enfatizam que a espiritualidade é uma ferramenta indispensável para a aceitação de doenças e atua na adaptação psicológica de maneira a tornar o processo menos penoso. Assim, os entrevistados discorrem:

E1: “Quem me apoia primeiramente é Deus [...] mas eu vou trabalhar de enxada ainda, tenho fé em Deus que eu vou ficar bom.”

E9: “Se você chegar aqui com fé em Deus fica mais fácil [...] Eu vou com fé em Deus e no dia que tiver de morrer, vai morrer.”

O serviço de transporte disponibilizado adequadamente é imprescindível para a efetividade do tratamento. Tal serviço disponibilizado, de responsabilidade das secretarias de saúde municipais, possui regulamentação e se enquadra no nível terciário de atenção proposto pelo MACC (MENDES EV, 2018). Os entrevistados reconhecem a importância de tal serviço e os consideram como rede de apoio indispensável:

E3: “Tem carro da prefeitura pra me trazer aqui [...]”

E4: “A secretaria manda o carro me buscar [...] Fui botar um cateter no Barão de Lucena, a secretaria fornece o carro [...]”

Por fim, constata-se, que o presente estudo ao identificar tais itinerários terapêuticos tem sua relevância destacada devido a detecção de falhas na resolutividade dos níveis de atenção em saúde. Assim, torna-se possível pensar e propor ações em saúde direcionadas à tal público que resultem em maior resolutividade, em consonância com o que MACC propõe. Além disso, a partir de tais itinerários, pode-se compreender questões subjetivas relacionadas ao processo de saúde-doença desses indivíduos e planejar estratégias de cuidado que transcendam as questões meramente fisiológicas.

CONCLUSÃO

O diagnóstico tardio do DM e da DRC revelado neste estudo destaca uma falha na eficácia da Atenção Básica em Saúde, resultando na necessidade imediata de hemodiálise para os pacientes em questão. Os usuários com ND enfrentam várias dificuldades relacionadas principalmente a mudanças nos hábitos de vida. No entanto, apesar dessas dificuldades, o apoio de familiares, profissionais de saúde e da rede de atenção em saúde se mostram como fundamentais para o enfrentamento das adversidades do processo de adoecimento. Além disso, a fé é mencionada como um fator essencial para a aceitação e determinação no cumprimento dos tratamentos necessários. Em suma, o percurso terapêutico dos usuários com ND envolve sentimentos e dificuldades significativas, mas também é sustentado por uma rede de apoio eficaz na superação dos desafios da adaptação. Portanto, é crucial que a equipe de saúde atue de forma a implementar adequadamente os níveis de atenção propostos pelo MACC, a fim de reduzir complicações e melhorar a qualidade de vida desses usuários.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

À instituição de referência em terapia renal substitutiva do município, por tornar viável a realização desta pesquisa. O presente estudo ocorreu sem apoio financeiro de terceiros.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR LK, et al. Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2020; 23.
2. BARD BA e CANO DS. O papel da rede social de apoio no tratamento de adultos com câncer. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 2018; 26(1): 23.
3. BÔAS GV e NAKASU MVP. Associação entre resiliência, religiosidade e adesão terapêutica em pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista de Medicina*, 2021; 100(2): 119–27.
4. BRASIL. Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2006/lei/l11347.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.347%2C%20DE%2027%20DE%20SETEMBRO%20DE%202006.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20distribui%C3%A7%C3%A3o%20gratuita,programas%20de%20educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20diab%C3%A9ticos. Acessado em: 28 de setembro de 2022.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. 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, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica – DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, quinta-feira, 07 de junho de 2018. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html. Acessado em: 25 de maio de 2023.
6. BOSAIPO DS, et al. Itinerário terapêutico de crianças com microcefalia pelo vírus Zika. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26(6): 2271–80.

7. BOUÇA B, et al. Nefropatia Diabética. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 2021; 16(2): 80-89.
8. CASTRO MCM. Conservative management for patients with chronic kidney disease refusing dialysis. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2019; 41(1): 95–102.
9. DELATORRE T. O papel da Atenção Primária à Saúde na linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica-conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018; 134 p.
10. DEMÉTRIO F, et al. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde em Debate*, 2019; 43(spe7): 204–21.
11. DIAS L, SANTOS D. Os impactos da contrarreforma da saúde no setor de hemodiálise e seus rebatimentos para os usuários do sus. Available from: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_1196_1196612e71b385a7c.pdf
12. FREITAS M, et al. Trajetórias assistenciais de pessoas com doença renal crônica: desafios para a Atenção Básica. *Revista de APS*, 2021; 24(1).
13. GALVÃO JO, et al. Processos de enfrentamento e resiliência em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Contextos Clínicos*, 2019; 12(2).
14. MACIEL R, et al. Nefropatia diabética–incidência e fatores de risco associados. *Brazilian Journal of Health Review*, 2019; 2(4): 3808-3823.
15. MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 2018;31(2): 1–3.
16. MINAYO MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo, 2014. 14 ed.
17. NEGREIROS DM, et al. O Cuidado da Família À Pessoa Renal Crônica Em Diálise Peritoneal. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 2019; 90(28).
18. OLLER GO. Clinical trial for the control of water intake of patients undergoing hemodialysis treatment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2018; 26.
19. POPE C e MAYS N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005. 2. Ed.
20. ROSSANEIS MA, et al. Fatores associados ao controle glicêmico de pessoas com diabetes mellitus. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24: 997-1005.
21. SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020. São Paulo: Clannad; 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>. Acessado em: 25 de maio de 2023.
22. SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia. Relatório do censo brasileiro de diálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2020; 42(2):191-200.
23. SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/doenca-renal-do-diabetes-conteudo-novo/?pdf=8867>. Acessado em: 25 de maio de 2023.
24. VENTURA J, et al. Pacientes em tratamento hemodialítico: percepção acerca das mudanças e limitações da doença e tratamento. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2018; 10(4): 926–31.
25. VILLAO AJP, et al. Diagnóstico de enfermería del estado emocional en pacientes con insuficiencia renal crónica durante su tratamiento. *Más Vita*, 2022; 4(2): 64-76
26. ZAMBELLI CMSF, et al. Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Doença Renal. *BRASPEN JOURNAL*, 2021; 36(2º Supl 2): 1.
27. ZANESCO C, et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise – um estudo transversal. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2019; 11(1):186–91.