

FLUXO DE USUÁRIOS DA ÁREA RURAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

RICARDO AIRES DA SILVEIRA¹; ALANA DUARTE FLORES²; PAMELA DA COSTA LOPES³; ÂNGELA DIAS⁴; ADRIZE RUTZ PORTO⁵; JULIANA GRACIELA VESTENA ZILLMER⁶

¹*Universidade Federal de Pelotas – ricardo.a.silveira @outlook.com*

²*Universidade Federal de Pelotas – alana_duarte2009@hotmail.com*

³*Grupo Educacional Verbo Jurídico - ppamelacosta@gmail.com*

⁴*Universidade Federal de Pelotas - angela.jsd@hotmail.com*

⁵*Universidade Federal de Pelotas – adrizeporto@gmail.com*

⁶*Universidade Federal de Pelotas – juzillmer@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) constitui um importante problema de saúde pública, sendo que 10% da população mundial possui tal enfermidade. Estima-se que essa patologia afete um em cada cinco homens e, uma em cada quatro mulheres com idade entre 65 e 74 anos, além de que metade da população com 75 anos ou mais sofre algum grau da doença (SBN, 2015). Conforme dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2015) indica que 100 mil pessoas fazem diálise no Brasil; e que 70% destas pessoas descobrem a doença já em estágio avançado, o que diminuiu a taxa de sobrevida e eleva a de mortalidade neste grupo.

Entre os tratamentos para a DRC está a diálise peritoneal, sendo esta definida como uma terapia realizada no domicílio, mesmo que a distância deste até o centro de terapia renal substitutiva (TRS) seja longa, neste modo, precisa ser considerada para pessoas com dificuldades de acesso aos centros. Trata-se de portanto de uma das terapias para reduzir as disparidades geográficas (FERNANDES et al., 2010).

Frente a isto as pessoas que vivem na área rural podem ter dificuldades para acessar o sistema de saúde, principalmente, em relação ao acesso geográfico e econômico. O acesso geográfico é caracterizado pelo tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, seguindo o conceito de acessibilidade geográfica e de territorialização. O acesso econômico é caracterizado a partir de facilidades e dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento como forma e custos de deslocamento, de procedimentos e obtenção de medicamentos e condição social atual (RAMOS; LIMA; 2003, p.28). O Ministério da Saúde (2011), instituiu a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), visando promover a saúde destas populações por meio de ações que reconheçam suas especificidades, objetivando o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde e à melhoria da qualidade de vida.

Os estudos que tratam do fluxo dos usuários pelos serviços de saúde possibilitam a análise do percurso que estes percorrem em busca da assistência em saúde. Através destes estudos podem ser desenvolvidas estratégias que visem facilitar o acesso destes usuários aos serviços, considerando aspectos socioeconômicos, geográficos e culturais, respeitando as particularidades de cada indivíduo (JÚNIOR; MATSUDA; MARCON; 2015). Tendo em vista o exposto, o presente estudo teve o objetivo de descrever os fluxos de acesso aos serviços de saúde de pessoas com DRC, que vivem na área rural, no decorrer do processo de adoecimento.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho foi um recorte do banco de dados de um estudo sociocultural, com enfoque etnográfico, da tese de doutorado, intitulada, “Experiências e práticas de pessoas em diálise peritoneal sobre sua condição e atenção à saúde” (ZILLMER, 2014). A pesquisa foi realizada em um serviço de nefrologia da região sul do Rio Grande do Sul, Brasil. Para a seleção dos participantes foi utilizada uma amostra teórica, com alguns critérios de inclusão: homens e mulheres cadastrados em diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) há mais de seis meses; que residissem tanto em áreas urbanas, quanto rurais, e não apresentassem dificuldade de comunicação. Deste modo, foram entrevistadas 20 pessoas tendo sido a coleta de dados realizada entre abril de 2013 e junho de 2014 com o uso das técnicas: entrevista aberta e semiestruturada, observação participante, e consulta aos prontuários. Entretanto, para este trabalho foram utilizadas somente as entrevistas de cinco participantes residentes da área rural. O software utilizado para a organização e gerenciamento das informações foi o *Ethnograph V6*. Foi utilizado uma análise de conteúdo convencional conforme a proposta de Hsieh e Shannon (2005). O estudo foi realizado em consonância com os preceitos éticos da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, que trata de pesquisas com seres humanos, e sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos de uma universidade federal brasileira se deu sob o número 538.882. Neste estudo, foram preservados o anonimato dos participantes com o uso de pseudônimos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo dos seis participantes três residiam na área rural de Pelotas e os outros três, são residentes da zona rural de municípios próximos como, Piratini, Canguçu e Pedro Osório. Dentre os seis entrevistados com DRC, quatro (Maria, Joana, Carla e Márcio), buscaram como primeira opção de atendimento, e por decisão própria, o Pronto Socorro e Joaquim buscou atendimento particular, e Antônia a unidade básica de saúde rural (UBS). Joaquim dispunha de condição financeira para pagar a consulta e exames. Tal prática foi adotada para obter agilidade no atendimento, no diagnóstico e tratamento. Antônia buscou no primeiro momento a unidade básica de saúde pela proximidade da sua residência e pela relação de confiança e vínculo com a enfermeira. Entretanto, o caso foi encaminhado a outros serviços de saúde (Pronto Atendimento do município de origem, Pronto Socorro de Pelotas ou de São Lourenço, Hospital Universitário São Francisco de Paula e Serviço de Nefrologia do Hospital Beneficência de Pelotas).

Com olhar aos usuários da zona rural, um dos principais fatores para o desenvolver da DRC se dá pelo fato de que o acesso destes aos serviços de saúde ocorre de maneira inadequada, uma vez que, os centros de especialidades (neste estudo, os de nefrologia), localizam-se distante das residências dos pacientes, o que dificulta o diagnóstico e tratamento do acometimento. Nota-se também, que uma das condições agravantes para desenvolvimento da DRC, é o fato destas pessoas peregrinarem pelos serviços de saúde até chegarem ao diagnóstico. Isto acontece pelo número insuficiente de serviços que oferecem cuidado integral as pessoas com DRC e pela falta de conhecimento da doença por parte da população.

Os participantes do estudo têm em comum as idas e vindas aos diversos serviços de saúde sem descobrir seu diagnóstico ao longo dos anos. Em uma situação de gravidade, com risco de vida, buscam pelo serviço que vá atender as suas necessidades de modo mais imediato, como é o caso do pronto socorro. Além disso, esses participantes tinham como comorbidades a hipertensão arterial

sistêmica (HAS), que é um dos fatores de risco para DRC. Quanto às principais manifestações de saúde referidas que levaram às pessoas em busca de serviço de saúde foram mal estar geral, edema, fraqueza, e diminuição ao urinar. Os participantes que procuraram o pronto socorro como primeira opção de acesso ao sistema de saúde, ou seja, pronto socorro como porta de entrada, o justificam pela rapidez no atendimento.

Os participantes que informaram não utilizar os serviços da atenção básica do SUS como primeira opção, alegaram que não haviam profissionais médicos para atendê-los, que havia dificuldade de conseguir agendar o atendimento e também por preferir a consulta particular pela agilidade do mesmo. Os cuidados em saúde referente à UBS utilizados, já quando diagnosticados, por algumas pessoas, foram nos postos de saúde rurais. Os motivos relatados para utilizarem um serviço público de atenção básica mais frequente foram relacionados ao acesso próximo de seu domicílio, situado no enfoque geográfico, quando comparado pelo serviço de nefrologia (este que geralmente fica localizado na região urbana), a qualidade do serviço e a gratuidade no atendimento, mesmo tendo que custear o deslocamento. Também para alguns medicamentos de uso contínuo e administração de medicação injetável como o ferro e a eritropoietina, e também materiais de curativos.

Alguns participantes, com o agravamento da doença, iniciaram com a terapia de hemodiálise, no setor de nefrologia do hospital de internação, sendo posteriormente encaminhados para um serviço com oferta de diálise peritoneal. No serviço de nefrologia realizaram exames de diagnóstico e iniciaram o tratamento. Quando iniciam o tratamento a assistência foi centralizada no serviço de diálise. O atendimento ao paciente com DRC não se limita às sessões de diálise, este inclui também, a garantia de medicamentos da assistência farmacêutica básica e excepcionais, transporte, acesso à internação hospitalar quando necessário, e equidade na entrada em lista de espera para transplante renal (BRASIL, 2004).

4. CONCLUSÕES

Evidenciou-se que as pessoas com DRC, procuraram distintos serviços de saúde para o diagnóstico da doença e tratamento. Entre eles está o pronto socorro, a unidade básica de saúde rural, assim como atendimento médico particular para consultas e exames. Ao buscar descrever o fluxo das pessoas pelos serviços constatou-se que, quando houve necessidade de níveis mais complexos de atenção, as pessoas foram encaminhadas, via serviços de saúde, a serviços mais especializados. Através deste estudo, entende-se que conhecer o fluxo de usuários da zona rural favorece o acesso ao diagnóstico e tratamento precoce da DRC, evitando agravos e complicações. Tendo em vista que este conhecimento possibilita a implementação de intervenções que supram as demandas pertinentes ao fluxo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1168 GM/MS, de 15 de junho, de 2004.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm> Acesso em: 06 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações Do Campo e da Floresta.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 52 p.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf> Acesso em: 07 ago. 2016.

FERNANDES, N. M. S. et al . Geografia da diálise peritoneal no Brasil: análise de uma coorte de 5.819 pacientes (BRAZPD). **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo, v. 32, n. 3, p. 268-274, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-2800201000300008&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 09 ago. 2016.

JÚNIOR, J. A. B; MATSUDA, L. M; MARCON, S. S. Análise do fluxo de atendimento de serviço hospitalar de emergência: estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, V.17, n.01, p.108-116, 2015. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v17/n1/pdf/v17n1a13.pdf> Acesso em: 09 ago. 2016

RAMOS, D. D; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 01, p. 27-34, 2003. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 07 ago. 2016.

Sociedade Brasileira de Nefrologia. Insuficiência Renal Aguda. Disponível em:
<<http://sbn.org.br/publico/doencas-comuns/insuficiencia-renal-aguda/>> Acesso em: 30 jul. 2016.

ZILLMER, J. G. V. Experiências e práticas de pessoas em diálise peritoneal sobre sua condição e atenção à saúde. 2014. 254p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.