

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANA CRISTINA DE OLIVEIRA SOARES

**ACESSO À LINHA DE CUIDADOS, CAPITAL SOCIAL E
MULTIMORBIDADE COMPLEXA:**

**Um estudo com usuários de serviços de hemodiálise em região
metropolitana de uma capital no sudeste brasileiro**

VITÓRIA

2022

ANA CRISTINA DE OLIVEIRA SOARES

**ACESSO À LINHA DE CUIDADOS, CAPITAL SOCIAL E
MULTIMORBIDADE COMPLEXA:**

**Um estudo com usuários de serviços de hemodiálise em região
metropolitana de uma capital no sudeste brasileiro**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Doutora em Saúde Coletiva, na área de concentração Epidemiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Bresciani Salaroli

Co-orientador: Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto.

**VITÓRIA
2022**

ACESSO À LINHA DE CUIDADOS, CAPITAL SOCIAL E MULTIMORBIDADE COMPLEXA:

Um estudo com usuários de serviços de hemodiálise em região metropolitana de uma capital no sudeste brasileiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva, na área de concentração Epidemiologia.

Aprovado em 02 de dezembro de 2022

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Luciane Bresciani Salaroli

Orientadora - Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto

Co-Orientador - Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dra Olívia Maria de Paula Alves Bezerra

Membro Externo – Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto

Prof^a. Dr^a Ana Karina Teixeira da Cunha França

Membro Externo - Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

Membro Interno - Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dra. Carolina Dutra Degli Espoti

Membro Interno - Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dra. Virgínia Maria Muniz

Suplente Externo – Secretaria do Estado de Saúde do Espírito Santo

Prof^a. Dra. Maria del Carmen Bisi Molina

Suplente Interno – Universidade Federal do Espírito
Santo



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ata da Sessão de Defesa de Tese de Doutorado em Saúde Coletiva da aluna
Ana Cristina de Oliveira Soares

Às nove horas do dia dois do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte e dois, em ambiente virtual, foi instalada a sessão pública para julgamento da tese elaborada pela doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, matriculada sob número 2018240418, intitulada “Acesso à linha de cuidados, capital social e multimorbidade complexa: Um estudo com usuários de serviços de hemodiálise em região metropolitana de uma capital no sudeste brasileiro”. Após a abertura da sessão, a Prof.^a Dr.^a Luciane Bresciani Salaroli, orientadora e presidente da banca julgadora, deu seguimento aos trabalhos, apresentando os demais examinadores, os professores doutores: Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto (coorientador) Prof.^a Dr.^a Olívia Maria de Paula Alves Bezerra – Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) – PPG ProfSaúde (membro externo), Prof.^a Dr.^a Ana Karina Teixeira da Cunha França – Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – PPG em Saúde Coletiva (membro externo), Prof.^a Dr.^a Maria Helena Monteiro de Barros Miotto (membro interno), Prof.^a Dr.^a Carolina Dutra Degli Esposti (membro interno). Foi dada a palavra à autora, que expôs seu trabalho e, em seguida, ouviu-se a leitura dos respectivos pareceres dos integrantes da banca. Terminada a leitura, procedeu-se à arguição e respostas da aluna. Ao final, a banca, reunida em separado, resolveu Aprovar a doutoranda. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e lavrada a presente ata que será assinada por quem de direito. Vitória, 02 de dezembro de 2022. Considerações da banca de defesa:

A doutoranda realizou apresentação clara e segura com abordagem de tema relevante para a Saúde Coletiva e respondeu adequadamente aos questionamentos da banca examinadora. As sugestões da banca foram acatadas e serão incorporadas no volume final da tese de doutorado.

Prof.^a Dr.^a Luciane Bresciani Salaroli
(orientadora)

Documento assinado digitalmente
 OLIVIA MARIA DE PAULA ALVES BEZERRA
Data: 08/12/2022 17:05:18-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto
(coorientador)

Documento assinado digitalmente
 ANA KARINA TEIXEIRA DA CUNHA FRANCA
Data: 06/12/2022 21:34:06-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof.^a Dr.^a Olívia Maria de Paula Alves Bezerra
(membro externo)

Prof.^a Dr.^a Ana Karina Teixeira da Cunha França
(membro externo)

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
(membro interno)

Prof.^a Dr.^a Carolina Dutra Degli Esposti
(membro interno)

Ana Cristina de Oliveira Soares
(discente)

Documento assinado digitalmente
 ANA CRISTINA DE OLIVEIRA SOARES
Data: 25/01/2023 17:50:44-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
LUCIANE BRESCIANI SALAROLI - SIAPE 1778751
Departamento de Educação Integrada em Saúde - DEIS/CCS
Em 02/12/2022 às 14:33

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/615349?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
CAROLINA DUTRA DEGLI ESPOSTI - SIAPE 2682478
Departamento de Medicina Social - DMS/CCS
Em 07/12/2022 às 11:28

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/617929?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
MARIA HELENA MONTEIRO DE BARROS MIOTTO - SIAPE 295181
Departamento de Clínica Odontológica - DCO/CCS
Em 07/12/2022 às 09:50

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/617782?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
EDSON THEODORO DOS SANTOS NETO - SIAPE 1699235
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Atenção a Saúde Coletiva -
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva -
PPGASC/CCS
Em 07/12/2022 às 11:33

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/617937?tipoArquivo=O>

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

S676a Soares, Ana Cristina de Oliveira, 1965-
Acesso à linha de cuidados, capital social e multimorbidade
complexa: um estudo com usuários de serviços de
hemodiálise em região metropolitana de uma capital no sudeste
brasileiro / Ana Cristina de Oliveira Soares. - 2022.
271 f. : il.

Orientadora: Luciane Bresciani Salaroli.
Coorientador: Edson Theodoro Santos Neto.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Capital social. 3.
Hemodiálise. I. Salaroli, Luciane Bresciani. II. Santos Neto,
Edson Theodoro. III. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

AGRADECIMENTOS

“Nenhum homem é uma ilha isolada”. A frase de Jonh Donne, embora aplicável para toda existência humana, não faria mais sentido, em outras circunstâncias, senão no desenvolvimento de um estudo de tese. Isso, pois, a construção do conhecimento é coletiva, e não seria possível chegar aqui sozinha. Talvez, por isso, seja tão desafiador elaborar os “agradecimentos” sem correr o risco de deixar de mencionar alguém. Além das contribuições diretas, há as indiretas – e não menos importantes -, aquelas que derivam do apoio na rotina diária, que nos dão suporte logístico para dedicação com um pouco mais de tranquilidade à árdua, porém, prazerosa tarefa de fazer ciência.

Não há como começar sem agradecer Àquele que é o Criador de todas as coisas. O Deus soberano que capacita e sustenta; o Deus de amor que acolhe, consola e conforta, o Deus pai que cuida e incentiva ao dizer “Não fostes vós que me escolhestes a mim; pelo contrário, eu vos escolhi a vós outros e vos designei para que vades e deis fruto, e o vosso fruto permaneça...” (Jo 15:16). Como poderia seguir, senão crendo na aplicabilidade da palavra de Deus em todas as áreas da vida? Assim, sigo em frente, buscando fazer todas as coisas como “se a Deus as fizesse”, confiando que esta tese seja um fruto que pode auxiliar a vida de outras pessoas. Obrigada Deus, pois mesmo nos momentos mais difíceis, nos desertos que preciso caminhar, ouço Tua voz a me sussurrar: “filha, confia, porque você tudo pode suportar, pois estou aqui e te fortaleço”.

Agradeço ao grande, verdadeiro e eterno amor da minha vida. Luiz Fernando dos Santos: meu marido, meu amigo, meu maior incentivador; o presente mais generoso de Deus e que partiu tão cedo para a nossa casa eterna. Obrigada amor!!! Sem você não teria conseguido e, por você e para você, cheguei aqui. Te amo sempre e para sempre “meu Luiz”.

A João Vitor Soares dos Santos, meu filho amado. Obrigada pelo amor generoso, pelo apoio e cuidado; por me fazer sair da zona de conforto e buscar sempre ampliar os horizontes. Pela admiração contida, pela presença discreta, porém, sempre atenta. A sua existência é o motivo da minha alegria. Filhos são bênçãos do Senhor e o Senhor caprichou com você!! Te amo filho.

Ao meu pai Jacy Ferreira Soares (*in memoriam*), minha mãe Ana Maria de Oliveira Soares e meus irmãos, João Carlos Ferreira Soares e Marcos Venicio Ferreira Soares que sempre acreditaram, confiaram e incentivaram minha caminhada acadêmica.

Ao meu tio e padrinho Manoel Santana de Oliveira pelo carinho e presença. Aos meus mais do que primos, irmãos da vida e amigos de todas as horas, Cláudio Silva de Oliveira, Sílvia Silva de Oliveira e Paola Silva de Oliveira, não tenho palavras para expressar o quão grata sou por ter vocês comigo. Sei que sabem, mas preciso registrar que boa parte da “responsabilidade” de ter finalizado este trabalho é de vocês. Obrigada. Amo vocês!

Segundo Eclesiastes 6:14 “Um amigo fiel é uma poderosa proteção: quem o achou, descobriu um tesouro”. E eu fui abençoada, pois descobri o tesouro: minha família do coração: Roberta, Vinícius, Valentim; Márcio, Fernanda e meu netinho João Pedro; Elaine e David e minha filha Robin. Vocês são um tesouro precioso e sou grata pelo encontro com vocês na minha vida.

Agradeço aos meus amigos queridos do trabalho Fabíola, Kirlla e Darlon que personificaram Provérbios 17:17 para mim “Em todo o tempo ama o amigo e na angústia nasce o irmão”. Vocês têm sido irmãos que cuidam, protegem e ajudam. Obrigada!!

À minha querida, Kelly Ribeiro Amichi, que no momento mais difícil de minha caminhada não mediu esforços para estar ao meu lado, me sustentando com seu carinho e oração. Você é muito especial na minha vida! Obrigada, obrigada e obrigada. Amo você amiga!

Aos docentes do PPGSC - UFES que me possibilitaram desfrutar de ciência de qualidade, debates intensos, reflexões produtivas e também aos meus colegas discentes do programa: como foi bom fazer esse percurso com vocês. Passamos muitos desafios juntos, e aqui estamos! Obrigada.

Ao grupo de pesquisa GEMNUT que me acolheu a ao NEFROSAÚDES: sem vocês esse trabalho não teria condições de ser desenvolvido! Também em função do GEMNUT fiz uma amiga muito querida: Pollyana Darós. Polly, sem sua determinação, organização e senso de responsabilidade não teríamos tido o sucesso que tivemos. Você foi um presente para mim. Obrigada amiga.

Aos usuários dos serviços de hemodiálise da RMGV pela contribuição indispensável para elaboração dessa tese.

Ao meu co-orientador, professor Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto pela presteza, conhecimento, sabedoria, paciência e exemplo. Obrigada pelo olhar minucioso, pelas contribuições assertivas e pela empatia sempre!

À minha orientadora, professora Dra. Luciane Bresciani Salaroli que muito além de orientadora, é “responsável” pelo grande ponto de “virada” em minha jornada profissional: Luciane, um dia há alguns anos, você enxergou em mim um potencial que nem imaginava que podia desenvolver. Sou grata a você, muito além desta tese. Não consigo expressar o quanto você tem sido importante na minha vida profissional. Te agradeço pela orientação cuidadosa e precisa, mas, sobretudo, por você: sua amizade, empatia e cuidado.

A você, incansável incentivador que até na
partida para a casa eterna se fez, para
mim, o foco de tudo.
Te amo sempre e para sempre.

“¹³Bem-aventurado o homem que acha a sabedoria, e o homem que adquire conhecimento;

¹⁴Porque é melhor a sua mercadoria do que artigos de prata, e maior o seu lucro que o ouro mais fino.

¹⁵Mais preciosa é do que os rubis, e tudo o que mais possas desejar não se pode comparar a ela.

¹⁶Vida longa de dias está na sua mão direita; e na esquerda, riquezas e honra.

¹⁷Os seus caminhos são caminhos de delícias, e todas as suas veredas de paz.

¹⁸É árvore da vida para os que dela tomam, e são bem aventurados todos os que a retém. ”

(BÍBLIA SAGRADA; Pv 3: 13-18)

RESUMO

Introdução: A doença renal crônica terminal é um problema de saúde pública, que demanda cuidados de alta complexidade como hemodiálise. No entanto, poucos estudos avaliam o acesso, o capital social e a multimorbidade complexa de usuários de serviços de hemodiálise. **Objetivos:** Analisar fatores associados ao acesso aos serviços de hemodiálise, capital social e multimorbidade complexa entre indivíduos em tratamento de hemodiálise na Região Metropolitana da Grande Vitória – RMGV. **Método:** Foi realizado um censo epidemiológico transversal analítico com a presença de 1.024 indivíduos, sendo a coleta de dados realizada entre fevereiro e setembro de 2019. Para acesso, foram analisadas dimensões como: acessibilidade, disponibilidade e aceitabilidade. O capital social foi categorizado como: cognitivo, estruturante e subjacente, com dados coletados a partir do Questionário Integrado para Medir Capital Social. Já a multimorbidade complexa foi caracterizada pela ocorrência de três ou mais doenças crônicas afetando três ou mais sistemas orgânicos. Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva e regressão logística multinomial (acesso e capital social) e binária (multimorbidade complexa). **Resultados:** Idade média de 54,7+ 0,59 anos, com faixa etária predominante entre 30 e 59 anos (n=528, 51,6%). Maioria homens (n=581, 56,7%), com até 8 anos de escolarização (n=523, 51,1%); autodeclarados pardos/pretos (n=737, 72%); com renda menor ou igual a dois salários-mínimos (n=555, 56,2%); aposentados ou afastados do trabalho, recebendo benefícios sociais (n =547, 54,2%); residindo na mesma cidade de realização de hemodiálise (n =642, 62,8%). Dos indivíduos, 25,1% (n=209) se encontravam no nível mais elevado de acesso à linha de cuidados, sendo fatores que aumentaram as chances do nível mais baixo de acesso: faixa etária entre 30 a 59 anos (OR 2,16, IC_{95%} 1,377–3,383); mulheres (OR 1,74, IC_{95%} 1,11–2,72); e renda menor ou igual a dois salários mínimos (OR 1,80, IC_{95%} 1,17–2,76). Fatores de média cobertura de ESF (OR 0,54, IC_{95%} 0,29–0,99); não tratamento conservador prévio (OR 0,59, IC_{95%} 0,38–0,91); falta de trabalho remunerado (OR 0,35, IC_{95%} 0,15–0,85); aposentadoria/licença médica (OR 0,27, IC_{95%} 0,12–0,64); e auto avaliação de saúde ruim ou muito ruim (OR 0,62, IC_{95%} 0,40–0,96) reduziram as chances do mais baixo acesso. Para capital social, a baixa renda foi associada a maiores chances de menor capital social total (OR 1,62; IC_{95%}1,03–2,54) e cognitivo (OR 1,71; IC_{95%}1,14–2,56), enquanto baixo nível de acesso foi associado a maiores chances de menor capital social em todas as dimensões: total (OR 2,30, IC_{95%} 1,32–4,01), cognitivo (OR 1,78; IC_{95%}1,04–3,04), estruturante (OR 1,86; IC_{95%}1,08–3,21) e subjacente (OR 2,17; IC_{95%}1,25–3,76). Entre

os indivíduos, 81% (n=815) apresentaram multimorbidade complexa. Já o Baixo Índice de Mortalidade Geral do município (OR 0,395; IC_{95%} 0,179–0,870), idade entre 19 e 29 anos (OR 0,402; IC_{95%} 0,196–0,825), mais de oito anos de escolarização (OR 0,536; IC_{95%} 0,29–0,966) e auto avaliação positiva de saúde (OR 0,446; IC_{95%} 0,301–0,661) reduziram as chances de Multimorbidade Complexa. A hemodiálise há menos de dois anos aumentou a chance de Multimorbidade Complexa (OR 1,779; IC_{95%} 1,057–2,997).

Conclusão: Características contextuais, individuais e comportamentos de saúde influenciam o acesso aos serviços, capital social e multimorbidade complexa entre usuários de hemodiálise na RMGV.

Palavras-chaves: Acesso aos serviços de saúde; capital social; multimorbidade complexa; hemodiálise.

ABSTRACT

Introduction: End-stage renal disease is a public health problem, demanding high-complexity care such as hemodialysis, however, few studies assess access, social capital and complex multimorbidity of users of hemodialysis services. **Objectives:** To analyze factors associated with access to hemodialysis services, social capital and complex multimorbidity among individuals undergoing hemodialysis treatment in the Greater Vitória Metropolitan Region - RMGV. **Method:** Analytical cross-sectional epidemiological census with 1024 individuals. Data collection took place from February to September 2019. For access, dimensions were analyzed: accessibility, availability and acceptability. Social capital was categorized into: cognitive, structuring and underlying with data collected using the Integrated Questionnaire to Measure Social Capital. Complex multimorbidity was characterized by the occurrence of three or more chronic diseases affecting three or more organ systems. Data were analyzed by descriptive statistics and multinomial (access and social capital) and binary (complex multimorbidity) logistic regression. **Results:** Mean age was 54.7±0.59 years, predominant age group between 30 and 59 years (n=528, 51.6%). Most men (n=581, 56.7%), up to 8 years of schooling (n=523, 51.1%), self-declared brown/black (n=737, 72%), income less than or equal to two minimum wages (n=555, 56.2%), retired or away from work, receiving social benefits (n =547, 54.2%) and residing in the same city where hemodialysis was performed (n =642, 62.8%). 25.1% (n=209) were at the highest level of access and the factors that increased the chances of the lowest level of access were: age group between 30 and 59 years (OR 2.16, 95% CI 1.377 –3.383), women (OR 1.74, 95% CI 1.11–2.72) and income less than or equal to two minimum wages (OR 1.80, 95% CI 1.17–2.76). Mean ESF coverage factors (OR 0.54, 95% CI 0.29–0.99), no previous conservative treatment (OR 0.59, 95% CI 0.38–0.91), lack of paid work (OR 0.35, 95% CI 0.15–0.85), retirement/sick leave (OR 0.27, 95% CI 0.12–0.64) and poor or very poor self-rated health (OR 0.62, 95% CI 0.40–0.96) reduced the odds of the lowest access. For social capital, low income was associated with greater chances of lower total social capital (OR 1.62; 95%CI 1.03–2.54) and cognitive (OR 1.71; 95%CI 1.14–2.56), while a low level of access was associated with greater chances of lower social capital in all dimensions: total (OR 2.30, 95%CI 1.32–4.01), cognitive (OR 1.78; 95%CI 1.04–3.04), structuring (OR 1.86; 95%CI 1.08–3.21) and underlying (OR 2.17; 95%CI 1.25–3.76). 81% (n=815) had complex multimorbidity. Low General Mortality Index in the municipality (OR 0.395; 95%CI 0.179–0.870), age

between 19 and 29 years (OR 0.402; 95%CI 0.196-0.825), more than eight years of schooling (OR 0.536; 95%CI 0.29– 0.966) and positive self-rated health (OR 0.446; 95%CI 0.301–0.661) reduced the chances of Complex Multimorbidity. Hemodialysis for less than two years increased the chance of Complex Multimorbidity (OR 1.779; 95%CI 1.057- 2.997). Conclusion: Contextual, individual characteristics and health behaviors influence access to services, social capital and complex multimorbidity among hemodialysis users in the RMGV.

Keywords: Access to health services; share capital; complex multimorbidity; hemodialysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descriptive analysis of sociodemographic variables of hemodialysis service users	97
Tabela 2 - Descriptive Analysis of Access Dimensions variables (availability, accessibility and acceptability) of hemodialysis service users	99
Tabela 3 - Distribution of access levels, according to contextual, predisposing, enabling and health needs of hemodialysis service users	108
Tabela 4 - Final model of the odds ratio of the access level of the first and second tertiles of hemodialysis service users	114
Tabela 5 - Distribuição do capital social total segundo características gerais dos usuários em hemodiálise. RMGV – ES, 2019.	132
Tabela 6 - Distribuição do capital social cognitivo, estrutural e subjacente segundo características gerais dos usuários em hemodiálise. RMGV – ES, 2019.	133
Tabela 7 - Regressão Logística Multinomial com os desfechos associados dos usuários em hemodiálise. RMGV – ES, 2019.	135
Tabela 8 - Regressão Logística Multinomial com os desfechos associados dos usuários em hemodiálise. RMGV – ES, 2019.	136
Tabela 9 - Análise descritiva das variáveis de exposição à multimorbidade complexa	150
Tabela 10 - Frequência de Multimorbidade Complexa entre usuários de serviços de hemodiálise	152
Tabela 11 - Presença de Multimorbidade Complexa segundo características contextuais, predisponentes, capacitantes e necessidades de saúde dos usuários do serviço de hemodiálise	152
Tabela 12 - Modelo final de associação entre variáveis de exposição e multimorbidade complexa entre usuários de serviços de hemodiálise na RMGV.....	153

Tabela 13 - Análises estatísticas de confiabilidade e reprodutibilidade no instrumento de coleta de dados - Teste piloto instrumento de acesso 219

Tabela 14 - Análises estatísticas de confiabilidade e reprodutibilidade no instrumento de coleta de dados - Teste piloto Questionário Integrado para medir capital social.
..... 225

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Características de utilização de serviços de saúde.....	41
Figura 2 - Conceito de mensuração de acessibilidade	42
Figura 3 - Modelo comportamental de utilização de serviços de saúde	43
Figura 4 - Dimensões analíticas da categoria acesso aos serviços de saúde	46
Figura 5 - Modelo de dimensão de análise	47
Figura 6 - Modelo de análise do artigo 1	61
Figura 7 - Modelo de análise utilizado para avaliar os fatores associados ao capital social entre usuários de serviços de hemodiálise - Artigo 2	62
Figura 8 - Modelo de análise do artigo 3	63
Figura 9 - Fluxograma de dimensionamento de amostra	66
Figura 10 - Analysis Model	97
Figura 11 - Medidas de posição do capital social dos usuários em hemodiálise....	131
Figura 12 - Modelo de análise de Multimorbidade Complexa	149

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Matriz de julgamento para as categorias de acesso	70
Quadro 2 - Dimensões do QI-MCS	72
Quadro 3 - Variáveis consideradas para fins da tese com suas respectivas características, categorizações e fonte de obtenção	78

LISTA DE ABREVIações

APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional das Doenças
CIRS	Escala de Classificação Cumulativa de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONSEA	Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPES	Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo
FUCAPE	Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças
GANEP	Grupo de Apoio de Nutrição Enteral e Parenteral
GEMNUT	Grupo de Estudos Multidisciplinar em Nutrição, Saúde do Trabalhador e Doenças Crônicas
Gini	Índice de Gini para medir desigualdade social
HA	Hipertensão Arterial
HDC	Hemodiálise Convencional
HDD	Hemodiálise Diária

HDN	Hemodiálise Noturna Prolongada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
ICPC-2	Classificação Internacional da Atenção Básica
IDHm	Índice de Desenvolvimento Humano Médio
ISSN	<i>International Standard Serial Number</i>
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PAT	Programa de Alimentação do Trabalhador
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS – Gestão Compartilhada em Saúde
QI-MCS	Questionário Integrado para Medir Capital Social
QV	Qualidade de Vida
RMGV	Região Metropolitana da Grande Vitória
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SPSS®	<i>Statistical Package of Social Sciences for Windows</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
X ²	Qui-quadrado

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	23
1 INTRODUÇÃO	27
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	33
2.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA NO CENÁRIO DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLÓGICA E NUTRICIONAL.....	33
2.2 ACESSO À SAÚDE: REVISITAÇÃO A CONCEITOS TEÓRICOS	40
2.2.1 Acesso aos Serviços de Saúde por Portadores de Doença Renal Crônica	49
2.3 CAPITAL SOCIAL	52
2.4 MULTIMORBIDADE E MULTIMORBIDADE COMPLEXA NO CONTEXTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA	58
3 OBJETIVO.....	61
3.1 OBJETIVO GERAL	61
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	61
4 MODELO DE ANÁLISE	61
4.1 MODELO DE ANÁLISE ARTIGO 1: DETERMINANTES DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE EM UMA REGIÃO METROPOLITANA DO BRASIL	61
4.2 MODELO DE ANÁLISE ARTIGO 2: CAPITAL SOCIAL E ACESSO AOS SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE: UMA RELAÇÃO DIRETA.....	63
4.3 MODELO DE ANÁLISE ARTIGO 3: MULTIMORBIDADE COMPLEXA EM USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE NA RMGV.....	63
5 MATERIAIS E MÉTODOS	65
5.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	65
5.2 POPULAÇÃO ALVO	65
5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	65
5.4 AMOSTRAGEM E SELEÇÃO	66
5.5 COLETA DE DADOS	67
5.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	68
5.6.1 Variáveis Dependentes	68
5.6.1.1 Acesso aos serviços de hemodiálise	69
5.6.1.2 Capital Social	73

5.6.1.3 Multimorbidade Complexa	75
5.6.2 Variáveis Independentes	76
5.6.2.1 Variáveis de características Contextuais	76
5.6.2.2 Variáveis de características Individuais	77
5.6.2.3 Variáveis de características de comportamentos de saúde	78
5.6.2.4 Hábitos de Vida.....	78
5.6.2.5 Características da Terapia Renal Substitutiva	79
5.6.2.6 Doenças Autorreferidas	79
5.6.2.7 Acesso aos serviços de saúde.....	80
5.6.2.8 Quadro resumo das variáveis utilizadas	80
5.7 TESTE PILOTO	82
5.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA	82
5.9 ASPECTOS ÉTICOS	83
6 RESULTADOS	84
6.1 PRIMEIRO ARTIGO – DETERMINANTS OF ACCESS TO HEMODIALYSIS SERVICES IN A METROPOLITAN REGION OF BRAZIL.....	84
6.2 SEGUNDO ARTIGO - CAPITAL SOCIAL DE PORTADORES DE DOENÇA CRÔNICA: ESTUDO EM USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE EM UMA CAPITAL DO SUDESTE BRASILEIRO.....	119
6.3 TERCEIRO ARTIGO – MULTIMORBIDADE COMPLEXA EM USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE.....	141
6.4 QUARTO ARTIGO - DOENÇAS CRÔNICAS E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA.....	159
6.5 QUINTO ARTIGO - CAPITAL SOCIAL E MULTIMORBIDADE COMPLEXA: RELAÇÃO DIALÓGICA NA ABORDAGEM INTEGRAL EM SAÚDE DE PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS.....	174
CONCLUSÃO.....	183
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	184
ANEXOS	202
APÊNDICE	255

APRESENTAÇÃO

Considero o desenvolvimento desta tese o resultado “natural” de minha jornada profissional e acadêmica.

Concluí a graduação em Nutrição na Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ – em dezembro de 1987. Logo em janeiro de 1988 iniciei minha atuação como Nutricionista, sendo responsável pela gestão do Programa de Alimentação do Trabalhador – PAT – em empresas privadas de grande porte no Estado do Rio de Janeiro. Essa experiência possibilitou uma vivência intensa na área de Saúde Coletiva, uma vez que o PAT é um dos mais abrangentes programas de saúde pública vigentes no Brasil.

A partir da experiência acumulada no RJ, em 1994 fui convidada para trabalhar no Estado do Espírito Santo como gestora de planejamento da maior prestadora de serviços na área de Alimentação e Nutrição em atividade da época. Isso me proporcionou uma aproximação com a Nutrição Clínica Hospitalar, sendo apresentado um novo desafio: implantar e ser a responsável técnica na área de Nutrição pela Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional de um hospital privado de alta complexidade que se instalava no estado. Essa caminhada me impôs a necessidade de especialização na área de Terapia Nutricional, cursada na EMESCAM em parceria com o GANEP.

No entanto, apesar da dedicação na área clínica, identificava claramente que os pacientes que atendia dentro da unidade hospitalar poderiam ter suas condições de saúde atenuadas se tivessem oportunidade de acesso a serviços preventivos. Embora toda a equipe assistencial trabalhasse arduamente, muitos dos pacientes que atendíamos não teriam condições de manutenção da terapia a partir da alta hospitalar. Assim, constatei: os pacientes estomizados reinternavam por complicações advindas de carências nutricionais em função do não acesso às fórmulas nutricionais de alto custo.

Essa observação me impulsionou a pleitear uma vaga como referência técnica em Nutrição na Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. Em 2005 iniciei um caminho do qual muito me orgulho na Saúde Coletiva: trabalhei com uma equipe dedicada e apaixonada pela saúde pública, sendo possível implantar, no Espírito

Santo, uma política de Estado que garante aos portadores de estomias; portadores de alergias alimentares graves; portadores de neoplasia e câncer em risco de caquexia; e portadores de erros inatos do metabolismo a dispensação de fórmulas para dietas enterais e leites especiais de alto custo, sem a necessidade de demandas judiciais. Nesta época também tive a oportunidade de trabalhar na implantação do Centro de Referência aos portadores de fibrose cística no estado (um dos primeiros centros do tipo no país) e colaborar na elaboração do protocolo de atendimento nutricional a estes indivíduos. No mesmo período desenvolvi, junto ao estado, o protocolo de assistência nutricional da Linha Guia de Assistência ao Idoso.

Essa trajetória possibilitou o contato com vários profissionais pesquisadores no estado, como também ao recebimento do convite para trabalhar, paralelamente, na docência de uma faculdade privada. A experiência, aliada às vivências da prática em saúde pública e políticas de saúde, foram impulso para minha participação ativa no Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA, do qual fui presidente durante uma gestão. Nesta oportunidade, uma questão se apresentou com urgência para mim: a segurança alimentar de crianças expostas a peças publicitárias de alimentos não saudáveis e responsáveis por distúrbios e condições crônicas que demandavam cuidados de alta complexidade. Essa realidade me direcionou ao curso de Mestrado em Administração de Empresas com ênfase em marketing e comportamento do consumidor: precisava ao menos buscar entender, a partir de outra perspectiva, o motivo desse tipo de mídia ser permitido no país. Dessa forma, ingressei em 2011 no Mestrado Acadêmico em Administração na FUCAPE, onde estudei os fatores determinantes do consumo de alimentos destinados ao público infantil.

Após a conclusão do mestrado, me aproximei ainda mais da saúde coletiva frequentando o grupo de estudos GEMNUT. No ano de 2018 participei ativamente da elaboração e execução do projeto intitulado “Diagnóstico Situacional e Condição de Saúde: Um Estudo em Usuários de Serviços de Hemodiálise no Espírito Santo”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES) – Edital FAPES/CNPq/Decit-SCTIE-MS/SESA Nº 03/2018 – PPSUS. A partir dos dados coletados neste projeto, foi possível que esta tese fosse desenvolvida.

Toda a organização desta tese foi realizada a partir da estruturação de tópicos. A introdução apresenta a contextualização do problema de pesquisa; sendo seguida pela revisão da literatura, que aborda a situação da doença renal no país e no ES, os principais fatores associados ao desenvolvimento da doença renal crônica e as políticas públicas destinadas à assistência aos portadores de doença renal crônica. Nessa sessão também são trabalhados os construtos teóricos sobre acesso aos serviços de saúde, capital social e multimorbidade complexa.

Em sequência são apresentadas as sessões referentes aos objetivos e à metodologia. Destaca-se que na metodologia, além da descrição dos procedimentos utilizados para o desenvolvimento deste trabalho, também estão descritas as informações sobre o delineamento, amostragem e coleta de dados do projeto original.

Os resultados e as discussões são apresentados no formato de artigos. O primeiro, intitulado “Determinants of access to hemodialysis services in a metropolitan region of Brazil”, tem como objetivo analisar o acesso aos serviços de hemodiálise em portadores de doença renal crônica na Região Metropolitana da Grande Vitória-ES, e está publicado no periódico *BMC Public Health* 22, 1868 (2022)¹.

O segundo artigo “Capital Social de Doentes Renais Crônicos: Estudo com Usuários de Serviços de Hemodiálise em uma Capital do Sudeste Brasileiro”, tem por objetivo analisar os fatores associados ao capital social de portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise na Região Metropolitana da Grande Vitória – ES.

O objetivo do terceiro artigo, “Multimorbidade Complexa e fatores associados: estudo em usuários de serviços de hemodiálise em uma capital do sudeste do Brasil”, é estimar a prevalência de multimorbidade complexa entre portadores de doença renal crônica na Região Metropolitana da Grande Vitória, bem como avaliar os fatores associados a esse desfecho nessa população.

O quarto artigo “Doenças Crônicas e Acesso aos Serviços de Saúde: Uma Reflexão Necessária” teve como objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura a respeito dos conceitos teóricos sobre acesso aos serviços de saúde.

¹ Acesso em <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14258-7>

O objetivo do quinto artigo, intitulado “Capital Social e Multimorbidade Complexa: Relação Dialógica na Abordagem Integral em Saúde de Portadores de Doenças Crônicas” foi desenvolver revisão narrativa da literatura sobre capital social e multimorbidade complexa de indivíduos portadores de doenças crônicas.

1 INTRODUÇÃO

O grupo de doenças denominadas Crônicas não Transmissíveis (DCNT) representa uma das principais causas de morbimortalidade ao redor do mundo (WHO, 2013). Dentro desse grupo se destaca a doença renal crônica, considerada como um problema global de saúde pública, que afeta mais de 750 milhões de pessoas, atingindo cerca de 24% a 48% dos indivíduos acima de 64 anos (BIKBOV et al., 2018)

Já no âmbito nacional, dados indicam que as DCNT são as principais causas de morbimortalidade, respondendo pela maior fatia de gastos de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre elas há o destaque para a doença renal crônica (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018), com taxa de mortalidade com alcance de 12,77%. Dados apontam que o número de portadores da doença no Brasil supere os 10 milhões de indivíduos, sendo que cerca de 90 mil pessoas realizam tratamento com Terapia Renal Substitutiva (TRS) de diálise (CREWS et al., 2019)

No triênio de 2013 a 2015, a doença renal crônica foi responsável por 1,82% a 5,79% das causas totais de internações hospitalares no Brasil (ISOYAMA et al., 2014; ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018), refletindo nos custos públicos de financiamento para tratamento da doença que, no período em questão, aumentou de R\$305.589.824,67 em 2013 para R\$357.376.199,04 em 2015 (ALCADE; KIRSZTAJN, 2018).

Dados do último censo brasileiro de diálise indicam que, em 2018, existiam mais de 133.000 portadores de doença renal crônica em tratamento com terapia renal substitutiva (TRS), representando um aumento de 58% no período de 2009 a 2018. Além disso, mais de 92% dos portadores realizavam tratamento de hemodiálise (NEVES et al., 2020). Um aspecto a ser ressaltado é que esta terapia é realizada, prioritariamente, pelo SUS, que arca com mais de 80% dos custos de reembolso dos procedimentos de diálise (SESSO et al., 2017).

Embora os dados do censo indiquem claramente um aumento no número de portadores de doença renal crônica em tratamento no país, segundo Bittan et al. (2019), a doença ainda é subnotificada, e uma vez que seu tratamento possui abordagem multidimensional, depende de condições de acesso aos serviços de saúde (MOREIRA et al., 2016; CRUZ et al., 2016).

Para Jesus e Assis (2010), o acesso aos serviços públicos de saúde pode ser definido como o caminho que o usuário percorre na busca da solução de suas necessidades. Para Doorslaer et al. (1993), alguns fatores podem afetar o acesso a esses serviços de saúde, tais como: disponibilidade e distribuição geográfica dos serviços; disponibilidade e qualidade dos recursos tecnológicos e humanos; modo de financiamento; modelo de assistência; e informação sobre o sistema de saúde.

Já Thiede et al. (2007) consideram o acesso a partir das dimensões de disponibilidade, definida a partir: das percepções do acesso físico aos serviços demandados; da acessibilidade (capacidade de pagamento) - entendida como a condição econômico-financeira de atendimento às demandas de saúde com base no quadro clínico; e da aceitabilidade, definida aqui como a percepção quanto às questões éticas na relação entre profissional de saúde e paciente/usuários de serviços.

Ao se considerar o contexto multifatorial da doença renal crônica e as demandas dos portadores, faz-se necessária a compreensão de que a assistência a estes indivíduos vai muito além das sessões de diálise. A partir da própria perspectiva da existência de uma linha de cuidado específica para o portador de doença renal crônica no Brasil, a abordagem de saúde deve contemplar todos os aspectos envolvidos na doença, considerando a Inter/trans disciplinaridade dos cuidados, incluindo o monitoramento destes indivíduos a partir de avaliações periódicas da sua condição de saúde (BRASIL, 2014).

A garantia da integralidade à saúde (princípio doutrinário do SUS que considera o atendimento aos indivíduos em todos os níveis de atenção: atenção primária, secundária e terciária) é parte fundamental do tratamento, garantida pela Portaria nº 389 de março de 2014 que “Define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. ” (BRASIL, 2014). Ao se analisar o cenário epidemiológico brasileiro da doença renal crônica com o aumento de sua incidência e prevalência associado aos custos de seu financiamento por parte do Estado brasileiro, evidencia-se que o monitoramento dos níveis de saúde é estratégia fundamental para a detecção precoce de possíveis complicações, podendo se constituir como ferramenta efetiva de intervenção no processo saúde doença (SEGALL *et al.*, 2009;

ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018). Isso reforça a importância da perspectiva do acesso aos serviços de saúde no contexto da Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Como um adendo, é importante ressaltar que é a partir da LOS que há a institucionalização do Sistema Único de Saúde no Brasil – SUS – em 1990. Esse sistema pode ser descrito como uma das políticas sociais mais avançadas e a de maior penetração no país. Vale destacar que ele é uma conquista popular, sendo o resultado mais visível do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, sendo seu objetivo principal a garantia do direito à saúde da população (BRASIL, 1990).

Para que a LOS proporcione resultados positivos nos processos de intervenção nos níveis de saúde da população, é necessário que se parta da identificação dos fatores que determinam as condições de saúde. Neste aspecto, a lei considera a perspectiva da integralidade da assistência, sinalizando um avanço no entendimento do processo saúde doença cuidado. Isso, pois, considera as inter-relações entre os aspectos sociais e demográficos; acesso aos serviços de saúde; hábitos de vida; e às características do cuidado e da atenção preventiva e curativa com o desfecho da condição de saúde de indivíduos (PAIM, 2011; GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Embora a LOS avance no entendimento dessas questões, considerando o indivíduo como um todo dentro de seu contexto, a complexidade e a abrangência das ações de política de saúde no Brasil impõem ao poder público a racionalização no uso de recursos (MENDES, 2009), exigindo, dessa forma, a adoção de processos de gestão eficazes (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018). Para tanto, no Brasil, a organização dos serviços de saúde se dá em níveis de atenção de acordo com o grau de complexidade das ações, sendo definidos os níveis de alta, média, e baixa complexidade de atendimento à saúde.

Os serviços de alta complexidade respondem pelos maiores custos diretos de financiamento pelo SUS (SILVA, 2011; MIRANDA; MENDES; ANDRADE, 2017). No rol desses serviços, os referentes à terapia renal substitutiva (TRS), atualmente, são colocados no grupo dos procedimentos mais onerosos dentro da política pública de

saúde brasileira, incluindo as questões de acesso em todas as suas diferentes dimensões (GOUVEA et al., 2017; SILVA et al., 2016; CHERCHIGLIA, 2010).

A partir destes dados e da necessidade de promoção de estudos que demonstrem a qualidade da TRS, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu, por meio da Portaria 1.168 de 15 de junho de 2004, a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Essa portaria ainda definiu que a Política deve ser instituída em todos os níveis de complexidade do SUS, sendo o objetivo do nível de alta complexidade (nível terciário de atenção à saúde) a garantia do acesso e da qualidade do processo de diálise (BRASIL, 2004).

Mesmo que na literatura haja trabalhos sobre o acesso de usuários aos mais variados serviços de saúde, poucos são os estudos que se propuseram a analisar esse acesso entre portadores de doença renal crônica no Brasil, apesar de seus custos representarem alta parcela de financiamento pelo SUS (SILVA et al., 2016). Segundo dados de 2018 do Espírito Santo, o número estimado de indivíduos portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise no estado era de 2.300 indivíduos e a prevalência estimada para o ES, de acordo com o último censo brasileiro de diálise, é de 638 casos a cada grupo de 1.000.000 habitantes, sendo a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) a que concentra a maior parte destes (NEVES et al., 2020).

Importante ressaltar que o recurso de financiamento de serviços de nefrologia de alta e média complexidade hospitalar e ambulatorial repassado pelo governo federal ao ES, em 2017, foi de R\$ 1.355.082,84 (valor ainda aquém da necessidade de assistência) apesar da sinalização de deficiência na implantação e estruturação da linha de cuidado no estado. Isso gera urgência no entendimento do processo de como o acesso se relaciona com a condição de saúde destes indivíduos, sobretudo, ao levar em conta que os dados epidemiológicos indicam que a sobrevida média estimada de portadores de doença renal crônica em hemodiálise é de cinco anos (SESSO, 2017).

Além dos custos diretos para o setor saúde, ao se analisar as implicações globais da doença renal crônica, percebemos o impacto da doença no setor econômico produtivo. Embora indivíduos em tratamento de hemodiálise não apresentem impedimento de desenvolver atividade laboral, possuem limitações que podem levar ao afastamento

do mercado de trabalho (CARREIRA, 2003). Isso justifica a avaliação da doença renal crônica no contexto multifatorial, a partir de pesquisas que identificam as condições de saúde desta população sob a perspectiva biopsicossocial, possibilitando adoção de estratégias capazes de reduzir complicações, morbimortalidade, internações e custos.

Ademais, ao analisar os dados associados às complicações clínicas envolvidas no curso da nefropatia crônica, destaca-se que a rotina de vida, incluindo os relacionamentos dos portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise, pode ser afetada. Seu tratamento reflete na sua dinâmica social, uma vez que esses indivíduos, rotineiramente, necessitam de assistência à saúde fora de seus domicílios (SCHMIDT, 2019), o que pode comprometer a sua capacidade produtiva, tendo como consequência a redução ou mesmo o impedimento de ganho de renda (OLIVEIRA, 2016). Dessa forma, a existência de uma rede de relacionamentos /apoio – capital social – é fundamental para garantia de qualidade de vida satisfatória destes indivíduos.

Aliada a essas questões, deve ser considerada a perspectiva da complexidade clínica da doença renal crônica, que se desenvolve, na maioria dos casos, como consequência de outras doenças/condições crônicas não tratadas e/ou não controladas (DE SOUZA KOC et al., 2018). Dessa forma, há, a ocorrência de multimorbidade, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a coexistência de duas ou mais doenças/condições crônicas simultâneas em um mesmo indivíduo (WHO, 2016). Embora essa seja uma realidade para grande parte de portadores de doença renal crônica, ainda é pouco estudada, principalmente quando consideram-se os quadros de multimorbidade complexa, caracterizados pela simultaneidade da ocorrência de três ou mais doenças/condições crônicas que afetam três ou mais sistemas orgânicos num mesmo indivíduo (HARRISON et al., 2014).

Dados demonstram associação entre ocorrência de multimorbidade e complicações de condição de saúde, bem como redução de qualidade de vida (NICE, 2016), o que para portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise pode ser mais um fator de complicação clínica se não monitorado/controlado. Nunes et al. (2017) destacam que na população brasileira a prevalência de multimorbidade gira em torno

de 18,6% (rural) a 22,8% (urbana). No entanto, os dados entre nefropatas hemodialíticos ainda não são conhecidos.

Dessa forma, considerando o exposto, o desenvolvimento desta tese auxiliará na compreensão da condição de saúde desta população, a partir do contexto social em que o indivíduo portador de doença renal crônica em tratamento hemodialítico está inserido. Dessa forma, busca-se contribuir, no âmbito do SUS local, com a efetivação da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica, com ênfase na obtenção dos dados de condição de saúde desta população. Assim, fornecer indicadores para que se fortaleçam as ações de vigilância epidemiológica de prevenção, promoção, proteção e recuperação da sua saúde.

Destaca-se que, apesar do estudo ser restrito à RMGV, os resultados poderão servir de parâmetros para o planejamento de ações em todo o estado do ES. Isso se dá pelo ineditismo da proposta de estudo da influência do acesso aos serviços de saúde, capital social e multimorbidade complexa na determinação da condição de saúde de portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico, sendo uma importante ferramenta no monitoramento, diagnóstico e conhecimento da condição de saúde desta população.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA NO CENÁRIO DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLÓGICA E NUTRICIONAL

Os modos de vida contemporâneo, embora sinalizem diversos avanços sociais quando comparados aos tempos remotos, também demonstram desafios a serem superados, especialmente referentes à condição de saúde, que por si só já se configura como uma expressão complexa, que engloba diversos aspectos envolvidos no processo saúde-doença (CAMARA et al., 2012).

O avanço econômico-social impulsionou a humanidade a uma direção em que, se por um lado são minimizadas as mazelas das doenças infectocontagiosas associadas à pobreza (em países desenvolvidos economicamente), por outro, há o aumento da prevalência e incidência de DCNT, caracterizando o processo conhecido como Transição Epidemiológica, que se impõe como um desafio aos sistemas de saúde (LIMA-COSTA et al., 2018).

No rol das DCNT que avançam em notificação, a doença renal crônica desponta com destaque, sendo considerada como uma consequência provável do agravamento de outras DCNT, como a Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial (HA) não controladas, respondendo por considerável fatia das causas de morbimortalidade evitáveis no Brasil (SEGALL *et al.*, 2009; ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018).

A busca por soluções para o enfrentamento deste cenário passa, necessariamente, pelo conhecimento dos determinantes no processo de adoecimento, bem como pelo entendimento da relação entre o acesso aos serviços e aos sistemas eficazes e a condição de saúde destes indivíduos. Para isso, a perspectiva que deve ser considerada neste contexto é o processo de transição: transição demográfica, epidemiológica e nutricional (BUSS; PELLEGRINI, 2007)

Por definição, a teoria do processo de transição demográfica, formulada no início do século XX por Thompson (1929) e Landry (1934), seria caracterizada pela mudança na composição etária de populações como reflexo da redução da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida, consequências diretas da melhoria da qualidade

de vida e saúde, condições de saneamento básico, acesso aos serviços, educação e emprego, evidenciando, claramente, a estreita relação entre transição demográfica e condição socioeconômica, refletindo a determinação social do processo saúde-doença. Isso reforça a associação entre economias mais desenvolvidas e envelhecimento populacional. (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

A partir deste modelo de transição proposto por Thompson (1929) e Landry (1934), o processo completo poderia ser descrito em quatro etapas bem características e distintas. A primeira é descrita como fase pré-industrial ou primitiva, na qual predominaria um cenário marcado por altas taxas de natalidade e mortalidade (principalmente mortalidade infantil). Nesta situação, a população se manteria em situação de equilíbrio, estável e jovem. No entanto, este equilíbrio seria quebrado com a melhoria econômica, proporcionando melhores condições de vida. Isso causaria reflexo na redução de mortalidade sem, contudo, reduzir a natalidade. O seu resultado seria, na segunda fase do processo, uma explosão populacional.

A partir desta perspectiva, ainda como resultado de melhoria econômica, maior acesso à educação e ao mercado de trabalho - principalmente pelas mulheres -, a consequência natural seria a redução da natalidade em um ritmo mais acelerado do que a redução da mortalidade. Isso resultaria na terceira etapa do processo: o envelhecimento populacional. A partir de então a população se manteria novamente equilibrada, mas agora não mais como população jovem, mas como população velha e estável: a quarta fase do processo (ROUQUAYROL, 1999)

Apesar da teoria apresentada parecer bem adequada em primeira análise, salienta-se que sua formulação foi elaborada a partir de um contexto europeu, sendo alvo de críticas na metade do século XX, uma vez que evidenciou a realidade de populações fora do eixo tradicional europeu que seguiam um modelo diferente de transição com sobreposições de etapas. Isso trazia à discussão a necessidade de abordagens diferenciadas, em que aspectos socioculturais fossem incorporados nas análises do processo de transição demográfica, principalmente pelo fato da transição demográfica estar inter-relacionada a outros processos sociais importantes (ALVES, 2002; LEBRÃO, 2007)

Embora a literatura disponível seja vasta, reforçando a dimensão da relação entre aspectos econômicos e transição demográfica, destaca-se a necessidade de uma abordagem de estudo sobre o tema de forma particularizada, considerando as peculiaridades de cada povo, incluindo aspectos de desigualdades sociais que, ao não serem considerados, podem refletir uma análise macro situacional que não denote a realidade (CARVALHO; GARCIA, 2003; LEBRÃO, 2007; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Há, contudo, o fato inquestionável de que com o avanço econômico há uma redução da mortalidade por causas infectocontagiosas e o aumento na expectativa de vida - associado à redução das taxas de natalidade e fecundidade. Todavia, no Brasil, a transição cursa de forma acelerada, o que coloca o país diante de um grande desafio: estruturar políticas públicas capazes de atender demandas de populações mais velhas sem, contudo, deixar de ser efetivo no atendimento das necessidades da parcela mais jovem da população (VASCONCELOS; GOMES, 2012; BORGES, 2017)

Um dos aspectos mais desafiadores enfrentados no cenário brasileiro é a peculiaridade de como os processos ocorrem: velocidade da transição demográfica com características diferenciadas pelas regiões – uma vez que considera a grande dimensão territorial do Brasil - impactando diretamente no padrão de morbimortalidade. Isso caracteriza um processo de transição epidemiológica bem peculiar, com evidência da sobreposição de causas de doenças: a contra transição, marcada pelo processo de transição incompleto. (BORGES, 2017)

O fenômeno da transição epidemiológica pode ser definido, de forma mais ampla e a partir de um contexto histórico secular, como a mudança nas causas primárias de morbimortalidade de populações, com o deslocamento das cargas de doenças infecto parasitárias para doenças crônicas não transmissíveis (ROUQUAYROL, 1999).

De acordo com Omran (1971), este processo obedeceria a uma sequência lógica em três etapas, iniciando com o que se denominou “Era da Fome das Pestilências”, caracterizada por baixa expectativa de vida, associada à alta mortalidade por doenças infecto contagiosas de caráter pandêmico e elevada taxa de natalidade. A segunda etapa foi definida, pelo mesmo autor, como “Era do Declínio das Pandemias”, quando

há a redução das pandemias, associada à melhora da condição de vida de populações, com aumento da expectativa de vida, embora as principais causas de morbimortalidade estivessem inalteradas. A terceira etapa é o que se classificou como a “Era das doenças degenerativas e das causadas pelo homem”, na qual há o predomínio das DCNT.

Claramente este padrão epidemiológico é definido a partir de perspectivas de desenvolvimento social, afetado e influenciado por estados de pobreza e desenvolvimento, associados à carência de infraestrutura, acesso a bens de consumo e serviços. Embora este modelo tenha sido postulado por Omran (1971) na segunda metade do século XX, a expressão “Era das doenças degenerativas e das causadas pelo homem” é pertinente ao se estudar a etiologia das doenças e agravos à saúde mais prevalentes na atualidade.

O padrão epidemiológico notificado no século XXI, especificamente em sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento, é caracterizado pela prevalência de DCNT relacionadas aos padrões de vida associados ao consumo alimentar - baseado em produtos processados e ultra processados -, inatividade física e estresse elevado. Ao se confrontar esses dados com o postulado de Omran (1971), identifica-se, claramente, o sentido da expressão “causadas pelo homem”. Ou seja, o estilo de vida adotado pela humanidade está na base etiológica das doenças (ALVES; MORAIS NETO, 2015).

Para a efetiva associação da relação de causa e efeito no processo saúde doença, o advento da tecnologia aplicada à estatística no século XX teve fundamental papel. A partir desse período foi possível compilar e analisar os dados de saúde disponíveis com maior velocidade e em maior volume, de maneira a se estabelecer, de forma quase inequívoca, as relações causais e monitorar com maior proximidade essas relações (SZWARCWALD; CASTILHO, 1992), reforçando o papel do ambiente no adoecimento (BARRETO; CARMO, 2007).

A partir deste avanço foi possível a criação de bancos de dados, suficientemente robustos, para o estabelecimento de indicadores que possibilitem a identificação das principais doenças e agravos à saúde de indivíduos e populações (SZWARCWALD;

CASTILHO, 1992). Incluso, na atualidade, é possível afirmar que as DCNT são as principais causas de morbimortalidade nos países ocidentais, sendo o grupo das doenças do aparelho circulatório as mais prevalentes nestas sociedades (MALTA et al., 2019). Entre as DCNT de maior notificação no século XXI, encontram-se a HA e DM, ambas apresentam um forte componente comportamental na sua gênese e estão relacionadas a complicações terminais, entre elas a doença renal crônica (BIKBOV, 2020).

A análise das mudanças sociais, em especial da transição demográfica e epidemiológica, não deve ser realizada de maneira isolada. Os contextos multifatoriais envolvidos na evolução dos modos de vida estão inter-relacionados e convergem para um cenário único, no qual os efeitos das transições são observados. Desta forma, outro aspecto importante a ser considerado é a transição nutricional, que em conjunto com as transições demográfica e epidemiológica, está intimamente ligada à condição de saúde das populações (SHAKOORI et al., 2020).

O termo transição nutricional se refere diretamente às mudanças no perfil nutricional de populações, associada às modificações no padrão de alimentação e redução da atividade física (POPKIN, 1993). O aumento do sobrepeso e da obesidade se constitui como a face mais visível desta transição, sendo observado de forma mais clara nas sociedades ocidentais (GREGG; SHAW, 2017; STOKES; PRESTON, 2017). A busca por um modelo único de causalidade explicativo para essa realidade se mostrou infrutífera, uma vez que esse fenômeno se manifesta em todas as camadas sociais, embora exista uma relação entre baixa escolaridade, baixa renda, obesidade e sobrepeso (GOMES et al., 2019; MARIAPUN; NG; HAIRI, 2018).

O ponto central na discussão da transição nutricional é a inegável mudança no padrão de consumo alimentar com a incorporação crescente de alimentos processados e ultra processados no cardápio diário das famílias (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; BLANCO-ROJO et al., 2019; SIMÕES et al., 2018; KHANDPUR et al., 2020).

Sobre esse tema, teóricos têm procurado entender a razão para essa mudança de hábito. O crescimento da indústria de alimentos, o papel do gênero, a influência do marketing de alimentos, a facilidade de preparo de alimentos industrializados com a

consequente otimização do tempo disponível, a sua composição dietética - com o uso excessivo de realçadores de sabor -, além do baixo custo destes alimentos, entre outros, têm sido, exaustivamente, estudados como causas prováveis para este padrão de consumo (LOUZADA et al; 2015). Entretanto, uma abordagem simplista que não considere a complexidade das relações neste contexto estará sempre fadada ao insucesso. Se a realidade é inegável, a identificação de uma causa única é ingênua, bem como a reversão deste processo é tarefa árdua (ZOBEL et al., 2016; MONTGOMERY et al., 2019).

Embora a explicação da gênese do processo seja tarefa das mais difíceis, a identificação das suas consequências não é: o sobrepeso, a obesidade e a má nutrição, consequentes da transição nutricional com o consumo excessivo de sódio, calorias, gorduras saturadas, gorduras hidrogenadas, açúcares simples, além dos demais conservantes e aditivos, podem ser considerados como a base dos principais problemas de saúde das populações ocidentais, incluindo a população brasileira, como as doenças do aparelho circulatório e doenças metabólicas (MAKAREM et al., 2018; MONTEIRO et al., 2017; CANHADA et al., 2020).

Entre as doenças com maior relação com o consumo de alimentos ultra processados, destacam-se as DCNT, entre elas a HAS e o DM, que por sua vez estão diretamente ligadas ao desenvolvimento de complicações renais, como a própria doença renal crônica (MARTINS et al., 2017).

Ao se abordar o contexto das DCNT é fundamental destacar que elas podem estar associadas a condições incapacitantes de saúde, e, geralmente, são avaliadas em relação aos custos diretos impactados no sistema de saúde. No entanto, é importante a observância da perspectiva de que os custos têm dimensão tangível, mas também apresentam um componente intangível implícito que não deve ser negligenciado, como a própria condição de vida dos indivíduos que embora apresente aspectos que podem ser mensurados monetariamente (FIRPO, 2004), não pode ser valorada em sua totalidade. (NGUYEN et al., 2017).

Ainda sob esta perspectiva, surge, de forma flagrante, a própria questão de humanização dos sistemas de saúde, afinal, o conceito de saúde proposto pela

Organização Mundial de Saúde (OMS), ultrapassa o limite do físico mensurável. Esta é somente uma das faces dos inúmeros desafios que se impõem na abordagem de doenças e suas complicações no cenário social (SIDDIQUI et al., 2020).

Neste sentido, a doença renal crônica, considerada como uma das consequências das condições não tratadas/controladas da HAS e DM, pode ser avaliada em uma perspectiva que vai além dos gastos de financiamento monetário para seu tratamento. Indivíduos portadores de doença renal crônica em TRS convencional precisam estar disponíveis, em média, quatro horas por dia durante três dias na semana para realizar o seu tratamento. Essa rotina de tratamento é considerada por alguns como um fator de isolamento social, incapacidade funcional e fonte primária de angústia e depressão, fatores que não apresentam equação métrica financeira convencional. Dessa maneira, configuram-se como mais um desafio na abordagem da doença renal crônica (OLIVEIRA, 2016).

Outro aspecto que necessita ser contemplado é o próprio acesso físico/geográfico aos serviços de saúde para a realização do tratamento. Indivíduos portadores de doença renal crônica que necessitam de TRS precisam ser inseridos em uma rotina de tratamento dentro do sistema de saúde, independentemente do sistema ser público ou privado (COUTINHO; TAVARES, 2011).

Embora em uma lógica de assistência à saúde possa parecer óbvia a relação diagnóstico de doença renal crônica com indicação de TRS e acesso à TRS (considerado aqui acesso como capacidade de acessar fisicamente), este caminho nem sempre é rápido, fácil e/ou eficiente (COUTINHO; TAVARES, 2011). Os sistemas de saúde apresentam um estrangulamento na logística de entrada, principalmente relacionados aos serviços de alta complexidade (MENDES, 2012; MENDES, 2009).

Alguns pesquisadores, ao discutirem sobre este aspecto, afirmam que esta é a consequência mais visível de um trabalho de prevenção primária pouco efetivo, que acaba por penalizar ainda mais indivíduos que já são vítimas de condição de saúde incapacitante (PINAFO, 2016). No entanto, a discussão, embora pertinente, não soluciona a situação de acesso aos serviços de TRS. Um fato inquestionável é que, para indivíduos portadores de doença renal crônica que necessitam de TRS, o tempo

de espera para acessar os serviços pode ser fator de manutenção da própria vida. Ou seja, o acesso é fator determinante não só na condição de saúde, mas na própria manutenção da vida (COUTINHO; TAVARES, 2011). No entanto, a própria definição do que seja acesso em saúde é controversa e desperta discussões. (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

2.2 ACESSO À SAÚDE: REVISITAÇÃO A CONCEITOS TEÓRICOS

Definir acesso no contexto de saúde não é tarefa fácil, uma vez que a própria definição da palavra já é controversa, o fato em si se configura como um desafio ainda maior (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). A etimologia da palavra acesso está relacionada à capacidade de acessar algo ou alguém e, por definição, pode-se descrever de acordo com Houaiss (2001) no dicionário da língua portuguesa como “ato de ingressar, entrada, ingresso, possibilidade de chegar a, aproximação, chegada, possibilidade de alcançar algo”. Avaliando em uma perspectiva mais simplista, a partir da definição constante em dicionário, pode-se afirmar que o acesso aos serviços de saúde estaria limitado ao simples fato de ingressar no serviço, o que na prática, mesmo se o fosse, não seria tão simples (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Diversos autores buscam decifrar a complexidade envolvida na expressão “acesso aos serviços de saúde”, sendo identificado que a interpretação evoluiu ao longo dos anos, agregando forte componente histórico (ANDERSEN; NEWMAN, 1973; DONABEDIAN, 1973; ADAY; ANDERSEN, 1974; PENCHANSKY; THOMAS, 1981; FRENK, 1985; MCINTYRE; MOONEY, 2007; THIEDE; MCINTYRE, 2008; ANDERSEN, 2008).

Apesar de haver diferenças nas abordagens, um ponto de convergência entre todos os autores é o fato de que, a partir da interpretação do que signifique a expressão é que serão desenvolvidas estratégias para oferta de serviços. Ou seja, o planejamento das ações em saúde está intimamente ligado ao entendimento das dimensões envolvidas na interpretação do que seja acesso (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Donabedian (1973) é um autor clássico na abordagem de acesso aos serviços de saúde, preferindo o termo acessibilidade. Isso, pois, entende que acessibilidade

apresenta um potencial maior, uma vez que incorpora diversos aspectos envolvidos no processo. Para ele, a questão de acesso agrega duas dimensões distintas que interagem: a dimensão geográfica, relacionada à própria organização territorial da oferta de serviços, como distância do local da oferta em relação à residência do indivíduo, custos necessários para transpor essa distância, tempo para cobrir a distância física entre a moradia do usuário do serviço e o local de oferta, o que pode ser um obstáculo potencial ao acesso. A outra é a dimensão social e organizacional, relacionada às características pessoais como raça/cor, escolaridade, gênero, renda entre outros.

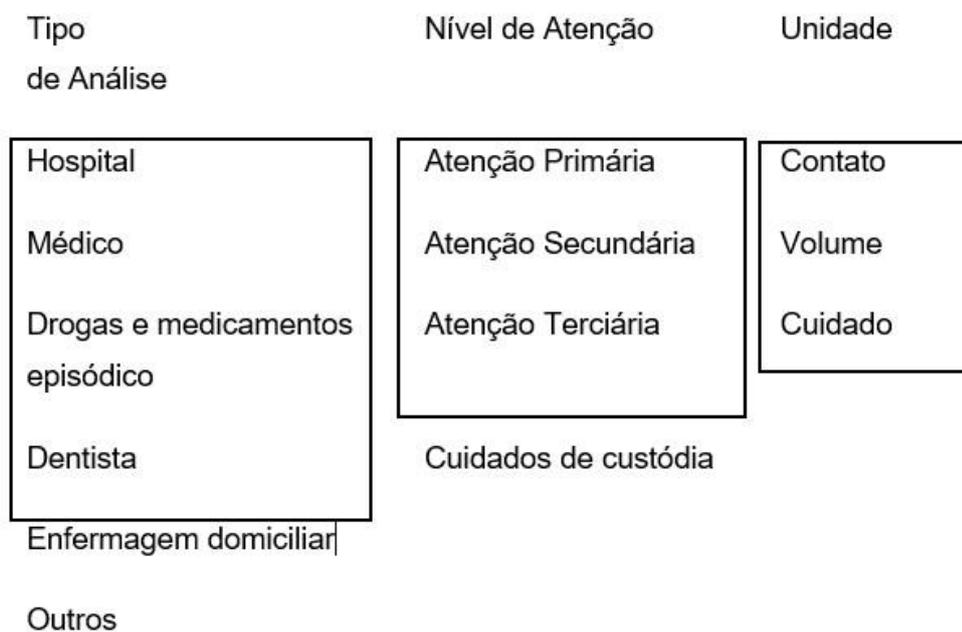
O destaque na proposição de Donabedian (1973) é a incorporação de aspectos como cultura, educação, posição social e econômica de indivíduos como fatores determinantes na condição de acesso, o que mais tarde será discutido por McIntyre, Penchansky e Thomas (1981), Mooney (2007) e Thiede e McIntyre (2008).

Para Andersen e Newman (1973), o acesso à saúde estaria ligado basicamente às condições pessoais do indivíduo, como sua estrutura social e renda, que afetam a sua condição de acessar aos serviços de saúde de que necessitam. Já em 1974, Aday e Andersen (1974), embora incorporassem um aspecto mais político ao entendimento de acesso, ao reforçarem a proposição de que ao final do processo podem ser identificados aspectos de desigualdade ou equidade em saúde, acabam por ressaltar uma característica mais geográfica desta relação.

Para Andersen e Newman (1974), segundo Travassos e Martins (2004),

a avaliação do acesso deve ser feita separadamente, segundo os tipos de cuidado (prevenção, cura e reabilitação), tipos de serviços (hospital e ambulatório) e tipos de problemas de saúde (atenção primária, especializada e de alta complexidade), pois expressam situações distintas com impacto diferenciado no acesso.

Figura 1 - Características de utilização de serviços de saúde



Fonte: Esposti (2015)

Para Andersen e Newman (1974), a disponibilidade física de serviços estaria no centro da discussão de acesso, enquanto para Penchansky e Thomas (1981), a inter-relação entre usuários de serviços e o sistema de saúde ofertante, com o ajustamento entre os envolvidos, seria a definição mais pertinente para acesso. A partir desta definição, identifica-se na proposta destes autores uma dimensão mais ampla no entendimento do acesso a serviços de saúde, uma vez que agrega em seu conceito atributos além daqueles relacionados somente à oferta, como a relação entre a oferta e a demanda de serviços pelos usuários (PENCHANSKY & THOMAS;1981)

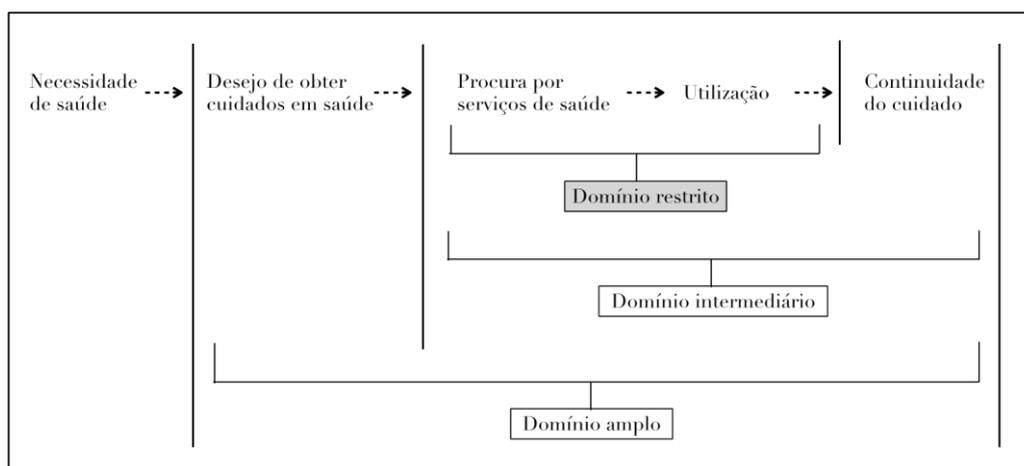
Assim, a partir desta perspectiva, o conceito de acesso seria composto por dimensões distintas, a saber: disponibilidade, como a relação entre os serviços ofertados frente aos serviços demandados; acessibilidade, que é a distribuição geográfica espacial dos serviços em relação ao domicílio dos demandantes dos serviços; capacidade de pagamento, como a relação entre as formas de financiamento dos serviços de saúde e a condição dos indivíduos em assumir o pagamento destes serviços; acolhimento, como a forma pela qual os indivíduos se adaptam à organização dos serviços oferecidos; e aceitabilidade, relacionada à relação ética no trato entre os envolvidos

na dinâmica de serviços de saúde (PENCHANSKY & THOMAS ;1981; ANDERSEN, NEWMAN;1974).

Frenk (1985) propõe, também usando o termo acessibilidade, que este seria definido como a capacidade de superação de obstáculos pelos indivíduos para obtenção de cuidados oriundos de sistemas de saúde. Essa categorização em blocos passa a ser: obstáculos ecológicos, financeiros e organizacionais (os quais denominou como resistências). Dessa forma, define acessibilidade como o grau de adequação dos serviços de saúde ofertados às necessidades de saúde dos indivíduos.

Frenk (1985), assim, propõe que acessibilidade em saúde poderia ser avaliada a partir de óticas distintas, passando por uma dimensão mais restrita. Nela, seria envolvida a procura e utilização dos serviços de saúde, motivada por uma necessidade de saúde, o que impulsionaria uma dimensão intermediária, relacionada ao desejo na obtenção de cuidados em saúde e a continuidade do cuidado, chegando a uma dimensão ou domínio mais amplo, que envolveria as três dimensões, conforme apresentado na Figura 2. No entanto, para o autor, o eixo central do acesso estaria relacionado àquilo que no fluxograma é denominado de domínio restrito, na clara perspectiva da superação dos obstáculos, “resistências” ou barreiras para que haja um ajuste entre as necessidades de saúde e o efetivo acesso aos serviços. Uma análise mais detalhada pode identificar os pontos de convergência entre os autores no entendimento das dimensões de acesso.

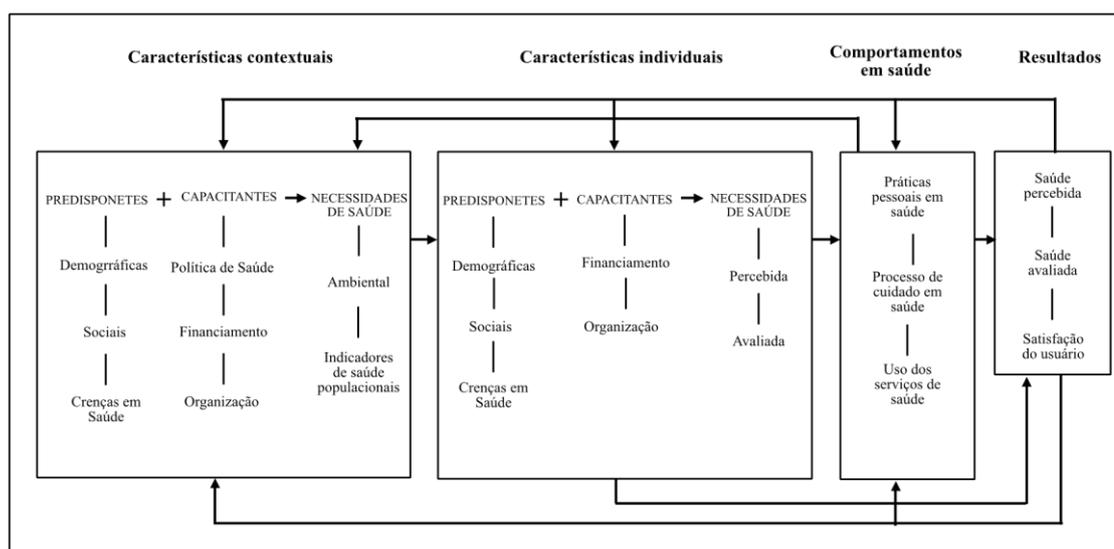
Figura 2 - Conceito de mensuração de acessibilidade



Fonte: Esposti (2015)

Andersen (2008), que tem trabalhado o conceito de acesso aos serviços de saúde desde a década de 1960, com a proposição do Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde, revisita este modelo inicial em várias ocasiões, sem contudo, abandonar o arcabouço primário dos fatores explicativos para utilização dos serviços de saúde. Assim, o autor não só se mantém fiel aos construtos iniciais, como aprimora seu modelo, conforme demonstrado na Figura 3. O grande destaque para a proposição de Andersen (2008) é a forma de seu modelo identificar, em blocos, os fatores explicativos que afetam o acesso. Dessa forma, propõe blocos referentes às características contextuais, características individuais e os comportamentos em saúde que afetariam o desfecho na utilização dos serviços. A proposta do modelo inicial se difere desta ao não contemplar as características individuais e os comportamentos em saúde enquanto categorias explicativas.

Figura 3 - Modelo comportamental de utilização de serviços de saúde



Fonte: Esposti (2015)

Contemporaneamente, as discussões sobre acesso aos serviços de saúde têm abrangido as perspectivas propostas por McIntyre e Mooney (2007), Thiede e McIntyre (2008) e Thiede, Akweongo e McIntyre (2014). Para estes autores, a incorporação de atributos individuais que afetem a capacidade dos cidadãos em acessar os serviços de saúde, como liberdade e informação, é fundamental para o estudo do acesso. McIntyre e Mooney (2007) descrevem quatro dimensões que se relacionam ao conceito de

acesso no escopo de serviços de saúde: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento, e informação, o que Thiede e McIntyre (2008) reforçam, destacando os aspectos de assimetria de informação presente entre os atores envolvidos no processo de acesso à saúde.

Ao assumir a proposta de McIntyre e Mooney (2007), Thiede e McIntyre (2008) e Thiede, Akweongo e McIntyre (2014) acabam por ser mais pertinentes aos dias contemporâneos no estudo do acesso aos serviços, uma vez que incorporam uma gama mais abrangente de aspectos envolvidos no processo, afirmando ser necessário que sejam estabelecidas as características próprias de cada dimensão proposta pelos autores. Desta forma, a dimensão “disponibilidade” estaria relacionada, basicamente, à percepção do acesso físico aos serviços demandados por parte dos indivíduos. Isso indica características geográficas do processo ao demonstrar a forma como se dá o ingresso de cidadãos nos serviços de saúde, refletindo a própria organização das políticas de saúde em relação à oferta de serviços. Esta dimensão é facilmente mensurável por se relacionar às questões como distância física da residência aos serviços, adequação dos horários de funcionamento dos serviços às necessidades reais dos demandantes e quantidade de recursos disponíveis para a assistência em saúde.

A dimensão descrita por McIntyre e Mooney (2007) e Thiede e McIntyre (2008) como “capacidade de pagamento” ou “acessibilidade” se refere à capacidade de pagamento dos indivíduos frente aos custos dos serviços utilizados. Basicamente, esta dimensão se relaciona aos custos de financiamento do próprio serviço de saúde, sendo incluída aqui a capacidade/solvência financeira do próprio cidadão, como possibilidade de recebimento de benefícios por incapacidade clínica, recebimento de proventos por trabalhos formais/informais e acesso aos financiamentos de créditos.

A “aceitabilidade” proposta pelos autores, pode ser resumida como a percepção quanto às questões éticas na relação profissional de saúde x paciente/usuários dentro do sistema de saúde. Ao descrever desta forma, evidencia-se o caráter subjetivo da dimensão, sendo esta fortemente influenciada pela maneira como os indivíduos se sentem ou não seguros para se colocarem. Consideradas as fragilidades que grande

parte dos indivíduos que demandam serviços de saúde apresentam, alguns autores postulam que esta é uma das dimensões mais difíceis de serem mensuradas, e que estaria profundamente atrelada aos aspectos emocionais de vulnerabilidade, refletindo a adequação entre expectativa e realidade na relação profissional de saúde/paciente (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; MCINTYRE; MOONEY, 2007; THIEDE; MCINTYRE, 2008).

A dimensão “informação” se relaciona à capacidade de decisão do indivíduo a partir do repertório de informações que possui. Considerando a própria definição do que engloba esta dimensão, infere-se que em toda relação que envolve diferenças de acesso, é suposto algum grau de assimetria de informação. A partir desta perspectiva, Thiede e McIntyre (2008) destacam que, no processo de tomada de decisão em saúde, indivíduos tendem a identificar menos opções do que realmente possuem, levando-os a exercerem uma cidadania não plena pela falta de empoderamento. A informação em saúde é, por si só, uma discussão complexa, que não se esgota no acesso à saúde. Para a própria Organização Mundial de Saúde (OMS), a informação em saúde é ferramenta crucial para ações de promoção de saúde, enquanto resultado de processo educativo pelo qual indivíduos se tornam capazes de controlar e/ou melhorar seus níveis de saúde (WHO, 2005; SANCHEZ; CICONELLI, 2012; MCINTYRE; MOONEY, 2007; THIEDE; MCINTYRE, 2008).

No Brasil, autores como Assis, Villa e Nascimento (2003), Travassos (2000) e Giovanella e Fleury (1995) têm se debruçado sobre o tema acesso aos serviços de saúde, a partir de construtos da literatura internacional para analisar os aspectos de equidade e desigualdade no acesso a serviços de saúde, dentro de um contexto em que a política pública de saúde garante, ao menos no texto constitucional, o acesso enquanto direito universal.

Neste sentido, é necessário considerar, no contexto brasileiro, a proposta de Giovanella e Fleury (1995) de categorização de acesso e análise de condições de acessibilidade, partindo de quatro dimensões teóricas explicativas: dimensão política, dimensão econômica, dimensão técnica e dimensão simbólica. Estas resultam em quatro modelos teóricos, a partir da abordagem explicativa inicial adotada: o modelo economicista de acesso (derivado da dimensão econômica), referente à relação entre

a procura e a oferta de serviços de saúde; o modelo sanitário-planificador (derivado da dimensão técnica), referente à organização e planejamento da rede de serviços de saúde; o modelo sanitário politicista, (derivado da dimensão política), referente à própria organização popular, e consequente consciência de saúde com a apreensão pelo povo do conceito de saúde enquanto direto individual e de interesse coletivo, conforme Berlinguer (1978); e o modelo das representações sociais (derivado da dimensão simbólica), referente à atenção e ao sistema de saúde, envolvendo as categorias de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e adequação funcional, conforme apresentado abaixo.

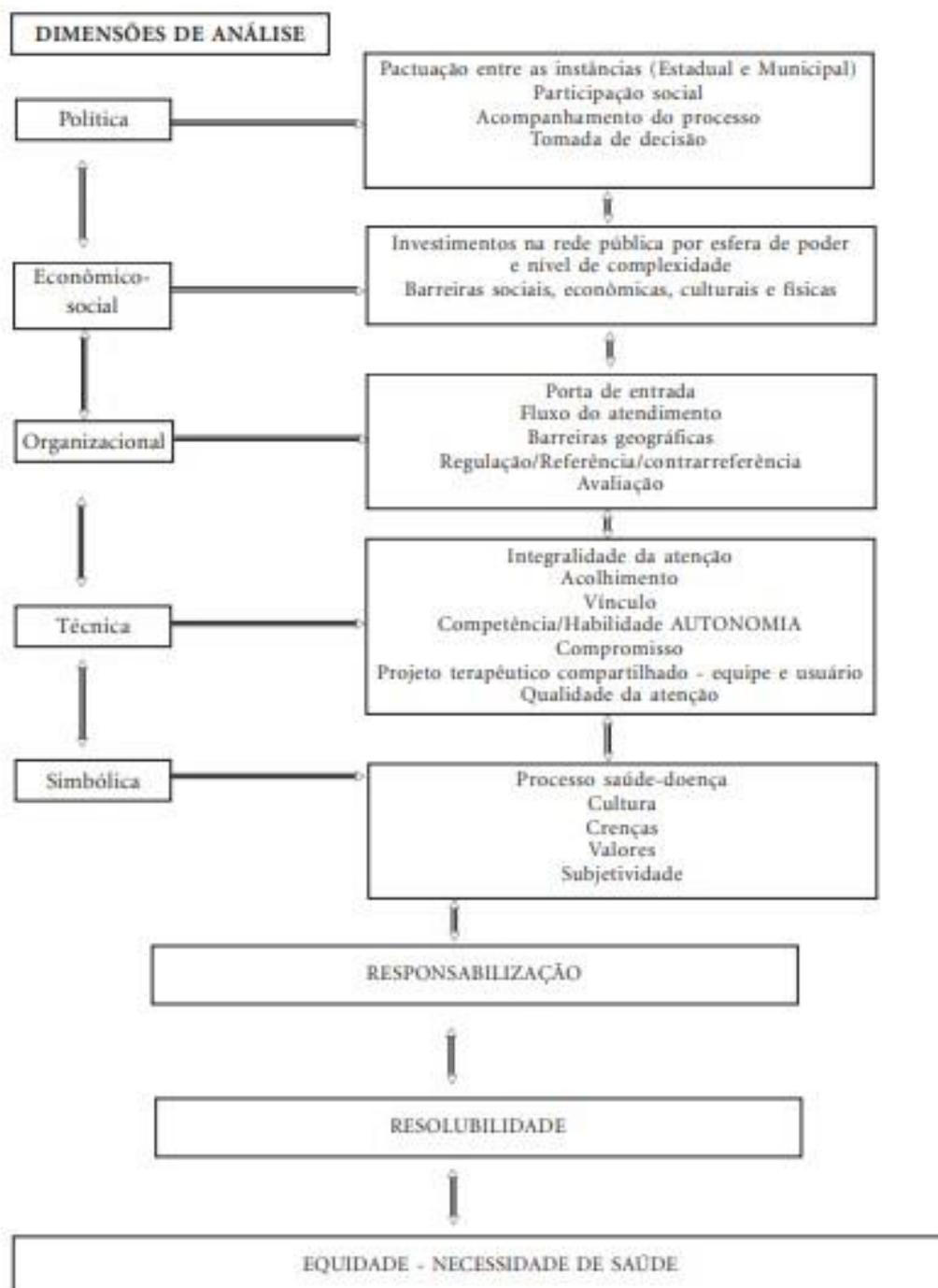
Figura 4 - Dimensões analíticas da categoria acesso aos serviços de saúde

Acesso aos serviços de saúde			
Dimensão econômica	Dimensão ética	Dimensão política	Dimensão simbólica
Equidade; racionalização; relação entre oferta e demanda.	Planejamento; organização; regionalização; hierarquização; definição de fluxos; qualidade; resolubilidade dos serviços de saúde.	Políticas de saúde; conformação histórico modelo de atenção à saúde; participação da comunidade.	Percepções, concepções e atuação dos sujeitos; representações sociais do processo saúde-doença; apresentações sociais da forma como o sistema de saúde se organiza para atender às necessidades.
Totalidade concreta			
Buscar o equilíbrio na relação oferta /demanda.	Organizar a rede assistencial de forma regionalizada e hierarquizada.	Desenvolver consciência sanitária e organização popular.	Abordar as representações sociais da atenção à saúde e dos serviços de saúde.
Universalização dos serviços de saúde			

Fonte: Adaptado de Abreu de Jesus (2012)

A proposta de Giovanelli e Fleury (1995) foi revista por Jesus e Assis (2010) e os autores propuseram, a partir desta revisão, um modelo de dimensão de análise de acesso. Isso teve como objetivo o desenvolvimento de postura crítica de intervenção no campo de práticas da área da saúde, de forma a incorporar na abordagem à saúde, construtos de responsabilidade, equidade, integralidade, resolutividade e qualidade, conforme apresentado na Figura 5.

Figura 5 - Modelo de dimensão de análise



Fonte: Jesus; Assis (2012)

Ponto de destaque na literatura de acesso aos serviços de saúde é a constatação de que, embora o conceito venha evoluindo ao longo dos anos, não há uma unanimidade teórica acerca do construto. No entanto, os principais autores da área convergem ao

propor que o acesso aos serviços de saúde é fortemente influenciado pelo contexto em que o cidadão está inserido, e que a abordagem de estudo que se propõe a avaliar acesso não pode ser realizada excluindo os determinantes sociais em saúde (DSS). Dessa forma, a incorporação destes conceitos é tarefa indispensável para qualquer estudo sobre o tema (ASSIS, VILLA, NASCIMENTO, 2003; TRAVASSOS, 2000; GIOVANELLA, FLEURY, 1995; DAHLGREN G, WHITEHEAD; 1991; WHITEHEAD, 1990).

Outra característica que deve ser considerada a partir dos DSS é a contextualização do estudo do acesso no tempo e espaço enquanto balizador da escolha teórica do modelo de análise. Dessa forma, estudos que se propõem a avaliar acesso de serviços de saúde que demandam atenção contínua, como doenças crônicas, devem ser considerados a partir de uma perspectiva multidimensional. Esta, além de avaliar as dimensões do próprio acesso, deve considerar os contextos que abordam características contextuais, características individuais e comportamentos em saúde que afetam a utilização dos serviços. Assim, estabelecendo consonância ao proposto por Andersen (2008), em suas dimensões de disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade, sendo a dimensão da informação em saúde aspecto transversal nesta abordagem (THIEDE; MCINTYRE, 2008).

A partir das considerações teóricas sobre acesso aos serviços de saúde apresentadas, nesta tese houve a opção de utilização do modelo de análise proposto por Andersen (2008), uma vez que incorpora características do contexto social em que o indivíduo está inserido, além das características individuais na determinação do acesso aos serviços de saúde.

2.2.1 Acesso aos Serviços de Saúde por Portadores de Doença Renal Crônica

A efetividade da abordagem terapêutica de doenças crônicas que demandam atenção continuada em saúde perpassa diretamente pela condição de acesso dos indivíduos aos serviços necessários. Assim, uma condição de saúde como a doença renal crônica, que necessita de cuidado terapêutico contínuo semanal, é diretamente afetada pelo acesso de seus portadores aos sistemas de saúde. Entretanto, apesar dessa estreita relação, os estudos que avaliam a condição de saúde desses

indivíduos, a partir da perspectiva de acesso, ainda são escassos (BRASIL, 2014; CHERCHIGLIA, 2010; SILVA et al., 2016; GOUVEA et al., 2017).

Hughes et al. (2019) desenvolveram um estudo qualitativo com o objetivo de descrever a experiência dos indivíduos dentro do serviço de saúde. Para tanto, utilizou como amostra 26 adultos australianos entre homens (45%) e mulheres (55%) composto por 81% de aborígenes portadores de doença renal crônica. A partir de realização de entrevista em profundidade, os autores encontraram como resultados questões emergentes sobre qualidade da equipe assistencial, o ambiente da assistência, o conhecimento dos usuários sobre sua própria condição de saúde, além de, outros fatores, destacarem aspectos relacionados ao respeito cultural. Estes achados reforçam os aspectos descritos nas dimensões de acesso propostas por Thiede e McIntyre (2008).

Pancras, Shayo e Anaeli (2018) também realizaram um estudo qualitativo, a partir de entrevista em profundidade com 14 indivíduos tanzanianos, sendo estes profissionais de saúde e portadores de doença renal crônica. Nele, avaliaram as barreiras de acesso destes indivíduos aos serviços de saúde em uma unidade de serviço público de hemodiálise, responsável por 75% dos desse tipo no país. Como resultado, encontraram como questões emergentes: facilitadores não médicos para acessar aos serviços de hemodiálise relacionados a questões sobre adesão a planos de saúde e ao apoio familiar; barreiras não médicas de acesso aos serviços referentes às dimensões de acessibilidade aos custos de tratamento; disponibilidade geográfica e de equipamentos e aceitabilidade do tratamento dispensado; além dos desafios éticos relacionados ao acesso, como a própria autonomia dos pacientes na tomada de decisão, a ambiguidade do papel das prestadoras de serviços de saúde e a diferença de tratamento dispensado aos pacientes. Estes resultados também reforçam as dimensões propostas por Thiede e McIntyre (2008).

Coutinho e Tavares (2011) desenvolveram no estado brasileiro do Maranhão uma pesquisa quantitativa transversal, envolvendo 330 indivíduos portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico nas oito Unidades de Hemodiálise do estado. O objetivo principal era, a partir da perspectiva do próprio usuário, avaliar a atenção à saúde do usuário dos serviços. Para tanto, as autoras aplicaram um

questionário desenvolvido para pesquisa contendo questões sobre condição socioeconômica demográfica; doença de base da doença renal crônica; contato com profissionais assistenciais e entendimento de informações prestadas pelos profissionais; tempo de espera para início das sessões de hemodiálise; realização de atividades durante o processo de hemodiálise; disponibilidade de transporte para ida às sessões de hemodiálise; e avaliação geral da qualidade dos serviços prestados. Como principais resultados encontraram: a média de idade de 57 anos; mais de 57% dos usuários do sexo masculino; maior percentual de etnia descrita como parda (43,3%); nível de alfabetização fundamental (39,4%); doença de base predominante HAS (49,7%) seguida de DM (15,7%). Ademais, 70,4% informaram que dispunham de transporte gratuito para acessar os serviços e 85,4% avaliaram a qualidade dos serviços como bom, muito bom e excelente. No entanto, 45% destacaram necessidade de descentralização dos serviços, enquanto 42,2% alegaram necessidade de mudança na relação profissional de saúde/usuário do serviço.

Teerawattananon et al. (2020) destacam a questão dos custos efetivos dos serviços de hemodiálise no contexto da cobertura universal em saúde, reforçando que podem ser barreira de acesso para indivíduos de baixa renda de países mais pobres. Neste contexto vale destacar o trabalho de Mushi, Marschall e Fleßa (2015) que, a partir de estudo de revisão sistemática, concluíram que em países ricos o custo de hemodiálise anual de um indivíduo representa, em média, a renda de três pessoas, já em países pobres essa proporção sobre para seis pessoas. Este fato alerta para a dimensão de capacidade de pagamento, destacada por Thiede e McIntyre (2008). Ao analisar essas questões na perspectiva epidemiológica de aumento da incidência da doença renal crônica, associada aos hábitos de vida e consumo das populações, destaca-se a possibilidade de estrangulamento da oferta de serviços de hemodiálise em um contexto brasileiro, em que até a oferta de serviços de média complexidade enfrenta entraves (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Já Kaiser et al. (2020) desenvolveram, nos Estados Unidos da América, um estudo de corte prospectivo envolvendo 98 indivíduos (37 participantes e 61 controles). O objetivo principal foi avaliar a associação entre participação em um grupo multidisciplinar para informações sobre a doença e autonomia na escolha do tipo de

terapia. Como resultado foi encontrado que a informação é efetiva na mudança de comportamento relativa à perspectiva de tratamento, o que destaca a dimensão da informação no contexto do acesso à saúde, conforme proposta de Thiede *et al* (2008). Fato que merece destaque é que, embora a relação do acesso aos serviços de saúde seja amplamente entendida como fator determinante para o bom prognóstico no cuidado e atenção de portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico, e os dados epidemiológicos demonstrem o aumento da incidência da doença e os custos de assistência sejam reconhecidamente altos, ainda são escassos os trabalhos científicos que abordam a condição de saúde destes indivíduos a partir da perspectiva do acesso aos serviços (BRASIL, 2014; CHERCHIGLIA, 2010; SILVA et al., 2016; GOUVEA et al., 2017).

Outro aspecto, por vezes negligenciado na abordagem da assistência integral à saúde de portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise, é o estudo da rede de relacionamentos desses indivíduos. Elas são muito além relações sociais de lazer, e devem ser entendidas como a capacidade dos indivíduos de se organizar em grupos articulados na busca de interesses comuns. Neste sentido, o conhecimento acerca do capital social dessa população pode ser configurado como a possibilidade viável para o aprofundamento do entendimento de aspectos como o próprio exercício da cidadania desses indivíduos na garantia do direito à saúde estabelecido na Constituição Brasileira (BRASIL, 1988).

2.3 CAPITAL SOCIAL

Embora o entendimento sobre capital social de indivíduos portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise seja fundamental na garantia do direito à saúde, definir a expressão “capital social” não é tarefa simples. Isso se dá pela complexidade envolvida no termo, bem como a falta de unanimidade dos autores ao abordarem o tema. Conceitualmente, Hanifan (1916) a utilizou pela primeira vez atribuindo o sentido de um conjunto de fatores, como colaboração entre indivíduos, redes de relacionamentos, valor financeiro e econômico que, ao operar, possuem a capacidade de influenciar a vida de indivíduos. A partir desse postulado, pesquisadores das ciências políticas e sociais se debruçaram sobre o tema, incluindo o termo como um

dos protagonistas nos estudos relacionados às ciências sociais (CANESQUI; BARSAGLIINI, 2014).

Para Putnam (1993), o capital social estaria relacionado a uma perspectiva de relações entre pequenos grupos - em um universo micro - em que faces de organizações sociais teriam o papel de facilitar a articulação de ações coletivas a partir de uma abordagem colaborativa entre redes de relacionamentos, baseadas em normas de confiança, participação, bem comum e coesão social.

Já Coleman (1990) define capital social a partir de sua própria função, abordando uma gama complexa de aspectos que teriam o objetivo real de facilitar o deslocamento dos indivíduos dentro de grupos nas relações inter-relacionais em direção ao alcance de suas necessidades.

Bourdieu (1984, p. 249), considerado como um dos autores mais estudados no campo do capital social nas sociedades ocidentais, o define como a “soma de recursos que os indivíduos adquirem pelo fato de possuírem redes duráveis de relacionamentos sociais mais ou menos institucionalizados de reconhecimento mútuo”. Neste sentido, identifica três dimensões ou tipos de capital social: o capital simbólico, o capital econômico e o capital cultural, destacando que a apreensão deles estaria sob forte influência da classe social ocupada pelo indivíduo. Um dos pontos de destaque do autor se relaciona ao fato de que cada dimensão do capital social seria capturada a partir de recursos próprios dos indivíduos, ressaltando que o capital social abordaria componentes menos abstratos e mais tangíveis envolvidos na rede de relacionamentos de vida dos cidadãos.

Convergindo à posição de Bourdieu (1984) para o estudo de acesso a serviços de saúde, pode-se depreender que a rede real de relacionamentos dos cidadãos estaria relacionada à sua capacidade em acessar serviços de saúde de forma rápida e resolutiva, e que aspectos como renda e educação determinariam em maior ou menor grau a condição deste indivíduo para prover, manter e/ou recuperar seus níveis de saúde. Neste sentido, à luz desta interpretação, pode-se refletir o texto da LOS que instituiu o SUS no cenário brasileiro, pois para a Lei brasileira, o acesso à saúde seria

garantido independentemente de quaisquer circunstâncias, o que, entretanto, é questionado por alguns estudiosos (CARVALHO, 2013).

Burt (1984) destaca que o capital social do indivíduo se relaciona com a posição que ele ocupa na organização social, de forma que a partir de sua colocação estratégica, consiga estabelecer uma rede que o possibilite contatos capazes da realização de mediação dentro destes relacionamentos. Essa proposta apresentada por Burt (1984) pode ser entendida no contexto apresentado por Fukuyama (2001), que descreve capital social como a capacidade de indivíduos diferentes se habilitarem a trabalhar em conjunto, visando objetivos comuns para a comunidade à qual pertencem, ressaltando que, para que isso ocorra efetivamente, há a necessidade de compartilhamento de valores dentro do mesmo grupo. Já Woolcock (1998; 2000; 2001), define capital social como resultado das interações dentro de redes de relacionamentos que facilitem o desenvolvimento da própria democracia.

Se por um lado os autores supracitados destacam os aspectos positivos do capital social como ferramenta para consolidação do próprio conceito de cidadania, Tenzin (2013); Wallis (2003); Portes (2000) e Ostrom (2000) reforçam que as redes de relacionamentos construídas como capital social também apresentam aspectos negativos e até obscuros, podendo em algumas situações serem configuradas como excludentes para determinados grupos e atores sociais. Fato inquestionável é que a existência de uma rede de apoio é essencial na superação de obstáculos, principalmente no âmbito da saúde. No entanto, para consolidação do conceito de cidadania que deve estar embutido em toda e qualquer relação em sociedade, a educação e o acesso à informação (com o menor grau de assimetria) são fundamentais para a redução das desigualdades sociais e iniquidades em saúde.

É necessário destacar que, ao se considerar os autores que fundamentam as discussões e proposições do construto capital social, pode-se identificar claramente duas vertentes de interpretação: uma mais social, que enfatiza aspectos estruturais do meio no qual os indivíduos estão inseridos e que determinarão a forma como os mesmos apreendem a visão de seu entorno. E, a partir dessa perspectiva, constroem o seu capital social baseado em suas redes de relacionamentos e confiança. Nessa abordagem, o foco de interpretação do capital social está mais direcionado às próprias

redes relacionais estabelecidas e menos nos indivíduos que estabelecem as redes, sendo essa vertente mais alinhada ao que pensou Bourdieu (1984).

Já a outra corrente interpretativa, claramente identificada no estudo do capital social, analisa com maior ênfase aspectos mais econômicos e, portanto, procura estabelecer métricas que possibilitem avaliar o capital social, de forma que inclusive interfaces qualitativas possam ser demonstradas por meio de índices. Esta linha de interpretação está mais próxima aos postulados de Putnam (1984) e Coleman (1990).

Embora seja possível, numa abordagem didática, “classificar” os autores a partir de um modelo cartesiano de interpretação, o fato é que as relações envolvidas no estudo de capital social são muito complexas e, portanto, não devem ser limitadas às perspectivas isoladas de análise (LEIS; CAVALCANTE, 2019).

A questão que emerge, e deve ser considerada, é a necessidade da existência de dados que possam balizar ações concretas de fortalecimento de cidadania e, portanto, de garantia de direitos civis. Assim, o entendimento da forma como cidadãos se organizam dentro de suas redes de relacionamentos, a partir de normas de confiança, informação e empoderamento, é fundamental para redução de desigualdades sociais, e, em consequência, menor assimetria ao acesso aos serviços, incluindo serviços de saúde (ANDRIANI; KARYAMPAS, 2015).

Neste sentido, apesar da necessidade de mensuração do capital social, não há consenso na literatura acerca de instrumentos para tal. Esse panorama pode ser atribuído à própria natureza multifatorial que caracteriza o construto (AGAMPODI et al., 2015). No entanto, a proposição de Grootaert (2003), apresentada no Questionário Integrado para Medir Capital Social (QI-MCS), do Banco Mundial, tem demonstrado ser ferramenta adequada no estudo do tema.

Pelo QI-MCS, o capital social pode ser agrupado em seis dimensões: grupos e redes (participação de indivíduos em organizações sociais, bem como em redes de relacionamentos informais, considerando tanto a profundidade, quanto a natureza das relações estabelecidas); confiança e solidariedade (percepção de confiança tanto nas redes relacionais horizontais com os pares, quanto nas redes verticais com poder

público como “prestador de serviços”); ação coletiva e cooperação (forma de organização dos indivíduos como grupo dentro de seu próprio meio social com objetivo de bem comum); informação e comunicação (forma pela qual os indivíduos acessam informações relativas tanto às ações públicas quanto às informações sobre mercado); coesão e inclusão social (diferenças existentes dentro da comunidade e a forma como essas diferenças causam, ou não, dificuldades de coesão social) e “empoderamento” e ação política (autoridade dos indivíduos em ter controle sobre os processos sociais que impactam sobre sua própria condição de bem estar) (GROOTAERT; 2003).

A partir das dimensões apresentadas, Grootaert (2003) propõe três indicadores de capital social: capital social cognitivo (confiança e solidariedade); capital social estruturante (grupos e redes); e capital social subjacente (ação coletiva, cooperação, informação, coesão social, empoderamento e ação política). Esses indicadores passam a ser aplicáveis ao estudo de doentes crônicos em tratamento de saúde contínuo.

Ao considerar indivíduos portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise, que necessitam de assistência fora do domicílio, o que pode comprometer a capacidade produtiva e, conseqüentemente, o ganho real de renda, a existência de uma rede de suporte – entendida aqui como capital social – pode se constituir como fator crucial para manutenção da qualidade de vida destes cidadãos. Neste cenário, o capital social estaria configurado não só com os relacionamentos interpessoais entre membros da família e amigos, mas também entre indivíduos e instituições públicas, tanto para acesso aos serviços de saúde quanto benefícios previdenciários e sociais, quando for o caso (GROOTAERT et al, 2003).

Ainda de acordo com Canesqui e Barsaglini (2014), apoio social pode ser caracterizado como ação que envolve duas vertentes: as trocas entre indivíduos e suas redes pessoais, como amigos e família; e a outra relacionada à influência do cenário socioeconômico, político e cultural nestas relações de trocas. Isso possibilitará, em última instância, capacidade da manutenção de vida digna, apesar do cenário de dificuldades enfrentadas, além da reflexão pertinente no contexto de doentes renais crônicos dependentes de hemodiálise.

Assim posto, fato inquestionável é que a existência de uma rede de apoio passa a ser essencial na superação de obstáculos, principalmente no âmbito da saúde. No entanto, para consolidação do conceito de cidadania, que deve estar embutido em toda e qualquer relação em sociedade, como a própria acessibilidade aos serviços de saúde, a educação e o acesso à informação (com o menor grau de assimetria), são fundamentais para a redução das desigualdades sociais (CELESTE. R, K, 2010).

Dessa forma, o estudo do capital social de indivíduos portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico pode agregar muito valor na condução de políticas públicas direcionadas a eles. Isso pelo fato de que a condição de saúde destes indivíduos é afetada também pela rede que envolve toda a assistência a eles. Rudnicki (2007), estudando qualidade de vida (QV) de pacientes em hemodiálise no RS, identificou associação positiva entre os domínios de apoio social e condição de saúde. No entanto, apesar de conhecida a rotina árdua de tratamento de indivíduos em hemodiálise, os estudos que avaliam a relação entre capital social e condição de saúde neste público são escassos.

Talvez, a falta de consenso na métrica de análise das respostas do QI-MCS possa ser uma das razões para essa escassez de estudos. Entretanto, Reisen e autores (2021), estudando capital social e *bullying* entre adolescentes, propuseram um modelo de mensuração do capital social que estabelece níveis de capital social para cada um dos três indicadores do questionário: baixo, intermediário e alto. A partir da categorização das respostas aos itens constantes do instrumento, com estabelecimento de escore de 0 a 1 para cada um dos 33 itens do QI-MCS, que ao final são somados, dá-se origem a uma variável quantitativa discreta. Isso possibilita o cálculo de valores de medianas para o estabelecimento de pontos de corte em quartis (25% dos menores valores indicando baixo nível de capital social, de 25% a 75% indicando moderado capital social e valores acima de 75% indicando alto nível de capital social).

A proposta de mensuração a partir do QI-MCS, apresentada por Reisen et al (2021) é configurada como um grande avanço nos estudos sobre capital social, uma vez que possibilita classificações a partir do estabelecimento de pontos de corte na análise das dimensões propostas por Grootaert (2003).

A partir das considerações anteriores sobre acesso aos serviços de saúde e capital social, a associação desses dois construtos sobre a condição de saúde dos portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise fica bem estabelecida. Entretanto, se faz necessário, neste ponto, a inferência acerca de um aspecto importante e consequente: o contexto de saúde desses indivíduos com a não rara ocorrência concomitante de diversas doenças. Essa condição precisa ser considerada ao se avaliar como o acesso aos serviços e ao capital social afetam a evolução da condição clínica desses indivíduos. Neste sentido, embora a prevalência de duas ou mais doenças (multimorbidade) seja fato conhecido (DA SILVA, 2020), estudos sobre multimorbidade complexa em grupos já multimórbidos, como no caso de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise, não são frequentes (PETARLI et al., 2019). Todavia, o conhecimento sobre a prevalência de multimorbidade complexa nesse grupo de pessoas pode agregar valor na organização das políticas públicas destinadas a esse público.

2.4 MULTIMORBIDADE E MULTIMORBIDADE COMPLEXA NO CONTEXTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

O termo multimorbidade surge na Europa, na segunda metade do século XX (FORD; FORD, 2018), referindo-se à ocorrência de duas ou mais doenças / condições crônicas simultâneas em um mesmo indivíduo (WHO, 2008). O interesse pelo estudo da multimorbidade tem crescido, aliado à própria transição demográfica e epidemiológica, a partir de dados que evidenciam o aumento tanto da expectativa de vida quanto da prevalência e incidência de DCNT entre as populações (STARFIELD, 2011).

Embora a definição da OMS para multimorbidade seja a mais utilizada (XU; MISHRA; JONES, 2017), não há consenso sobre o conceito (LE RESTE et al., 2013), inexistindo, inclusive, um padrão de classificação (DIEDERICHS; BERGER; BARTELS, 2011). No entanto, um ponto de convergência entre os autores que estudam o tema é a associação entre multimorbidade com maior taxa de mortalidade, polifarmácia e aumento de utilização de serviços de saúde, o que se configura como um desafio ainda maior para os sistemas de saúde, especialmente os públicos (NICE, 2016).

Apesar dos impactos negativos à saúde, os estudos sobre multimorbidade são recentes e as metodologias de classificação não são padronizadas, o que limita a comparação dos resultados (DIEDERICHS; BERGER; BARTELS, 2011). Outro fator limitante é a utilização desse conceito em população já multimórbida na base, como portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise, uma vez que eles apresentam, rotineiramente, comorbidades crônicas associadas (DA SILVA, 2020).

Embora haja a escassez de estudos, da condição de multimorbidade em indivíduos multimórbidos é útil, especialmente no fornecimento de dados para orientação de abordagem terapêutica, alocação de recursos e monitoramento dos indivíduos dentro da rede de saúde (RZEWUSKA et al., 2017; HARRISON et al., 2016).

Dessa forma, uma alternativa de investigação dessa condição seria a avaliação da ocorrência de multimorbidade complexa, definida por Harrison et al. (2014) como a existência de três ou mais condições crônicas que afetam três ou mais domínios orgânicos (sistemas corporais) diferentes. Ela avalia o comprometimento de sistemas corporais ao invés da avaliação da multimorbidade por contagem de doenças simplesmente, sendo aplicável ao grupo de indivíduos portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise.

Para identificação dos domínios corporais afetados a partir de cada condição crônica de saúde diagnosticada/identificada, Harrison e autores (2014) indicam que pode ser utilizada tanto a Classificação Internacional de Doenças (CID) quanto a Escala de Classificação Cumulativa de Doenças (CIRS), ou até mesmo a Classificação Internacional da Atenção Básica (ICPC-2), sem que haja comprometimento na estimativa de prevalência da multimorbidade.

Ressalta-se que, para efeito de caracterização de multimorbidade, a identificação das doenças pode ocorrer tanto por diagnóstico médico quanto por meio de consulta de prontuários, entrevistas ou mesmo autorrelato (DIEDERICHS; BERGER; BARTELS, 2011).

As pesquisas em multimorbidade no Brasil têm demonstrado alta prevalência dessa condição, especialmente em população idosa (LEME, 2019; NUNES, 2017;

SOUZAMUÑOZ, 2013). No entanto, são raros os estudos que abordam esse tema em grupo de indivíduos vulneráveis, especialmente a multimorbidade complexa entre indivíduos multimórbidos (PETARLI et al., 2019). Contudo, o conhecimento da ocorrência dos padrões de multimorbidade nessa população é fundamental para o direcionamento de políticas de saúde eficazes e resolutivas (XU; MISHRA; JONES, 2017), especialmente em contextos de cobertura universal de saúde como no Brasil.

Assim, a partir do exposto, esta tese aborda o acesso aos serviços de hemodiálise, capital social e multimorbidade complexa de portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise na Região Metropolitana da Grande Vitória.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os fatores associados ao acesso à linha de cuidados, capital social e multimorbidade complexa em portadores de Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico na RMGV - ES

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

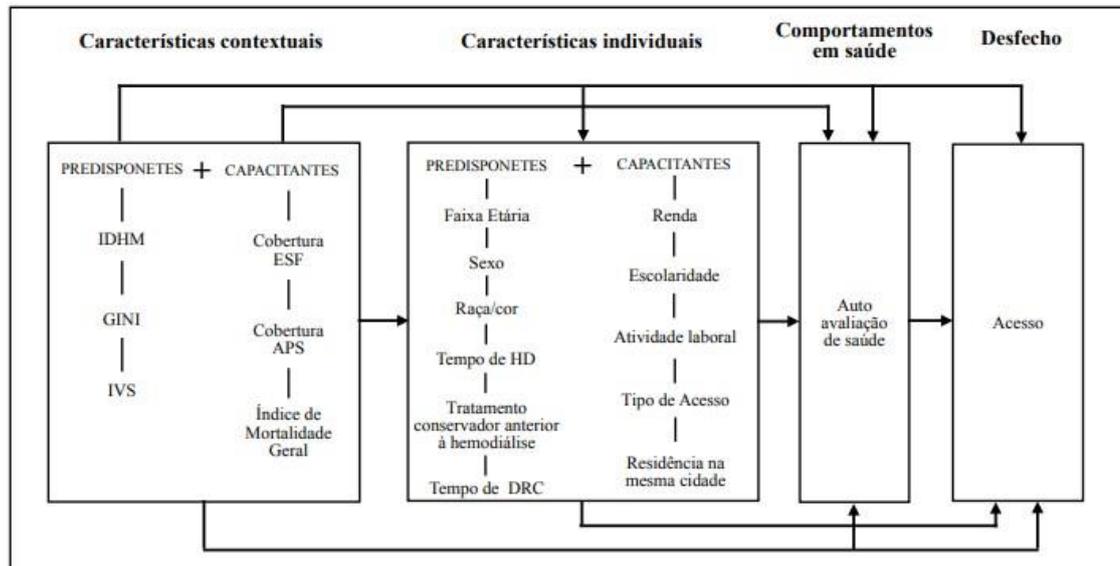
- Analisar o acesso aos serviços de Hemodiálise em portadores de Doença Renal Crônica na Região Metropolitana da Grande Vitória – ES.
- Analisar o capital social de portadores de Doença Renal Crônica em tratamento de Hemodiálise e sua associação com o acesso aos serviços de Hemodiálise na Região Metropolitana da Grande Vitória – ES.
- Estimar a prevalência e os fatores associados à multimorbidade complexa em portadores de Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico na Região Metropolitana da Grande Vitória – ES.

4 MODELO DE ANÁLISE

O modelo de análise para avaliação de cada desfecho foi desenvolvido a partir das perspectivas propostas por Mcintyre e Mooney (2007) e Thiede e Mcintyre (2008), que incorporam atributos individuais que afetam a capacidade dos usuários em acessar os serviços de saúde. Eles envolvem quatro dimensões que se relacionam com o conceito de acesso no escopo de serviços de saúde: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Essas dimensões estão sistematizadas dentro do modelo de utilização de serviços de saúde proposto por Andersen (2008), conforme apresentados a seguir.

4.1 MODELO DE ANÁLISE ARTIGO 1: DETERMINANTES DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE EM UMA REGIÃO METROPOLITANA DO BRASIL

Figura 6 - Modelo de análise do artigo 1

**Legenda:**

IDHM= Índice de Desenvolvimento Humano Médio
GINI= Índice utilizado para avaliar desigualdade social
IVS= Índice de Vulnerabilidade Social
ESF= Estratégia de Saúde da Família
APS= Atenção Primária à Saúde
HD= Hemodiálise
DRC= Doença Renal Crônica
Tipo de Acesso: público ou privado

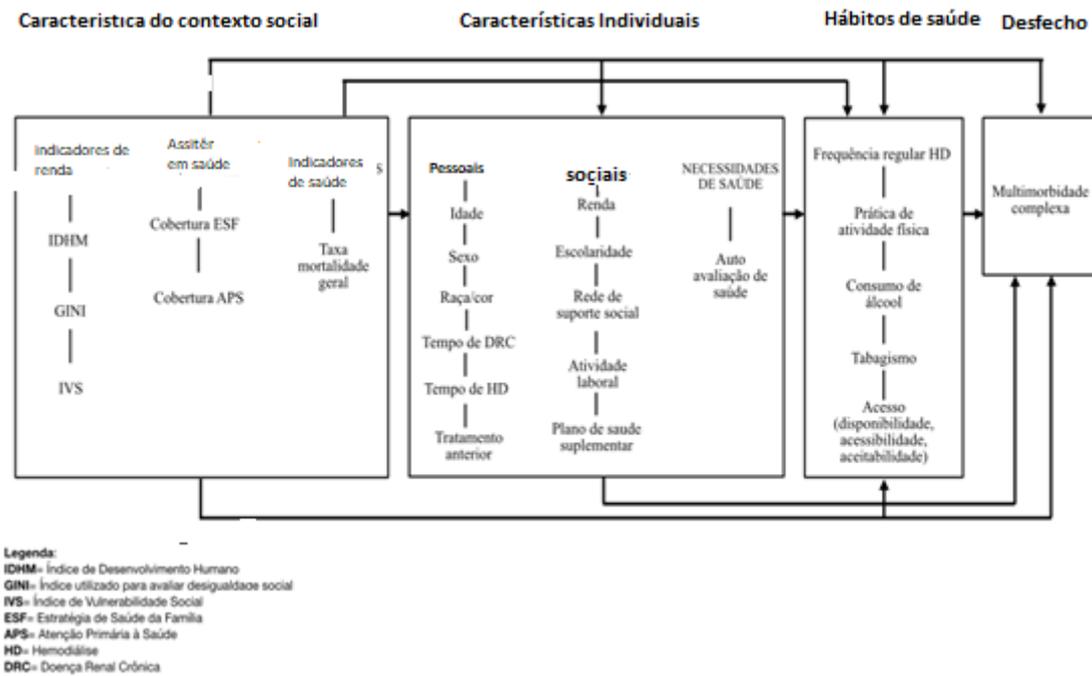
4.2 MODELO DE ANÁLISE ARTIGO 2: CAPITAL SOCIAL E ACESSO AOS SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE: UMA RELAÇÃO DIRETA

Figura 7 - Modelo de análise utilizado para avaliar os fatores associados ao capital social entre usuários de serviços de hemodiálise - Artigo 2



4.3 MODELO DE ANÁLISE ARTIGO 3: MULTIMORBIDADE COMPLEXA EM USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE NA RMGV

Figura 8 - Modelo de análise do artigo 3



5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo epidemiológico analítico quantitativo transversal, derivado de um projeto mais amplo intitulado “**Diagnóstico Situacional e Condição de Saúde: Um Estudo com Usuários de Serviços de Hemodiálise no Espírito Santo**”. Este foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES) – Edital FAPES/CNPq/Decit-SCTIE-MS/SESA Nº 03/2018 – PPSUS e desenvolvido na região Metropolitana do Estado do Espírito Santo, Brasil. O estudo foi conduzido nesta região por se tratar de um local que concentra o maior número de usuários dos serviços de hemodiálise no Estado (SESSO, 2017).

5.2 POPULAÇÃO ALVO

O estudo epidemiológico analítico transversal teve como população alvo os usuários de serviços de Hemodiálise na Região Metropolitana da Grande Vitória, maiores de 19 anos, de ambos os sexos.

5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para os critérios de inclusão foram considerados: idade superior a 19 anos de idade; diagnóstico confirmado em prontuário de doença renal crônica pela Classificação Internacional das Doenças, versão 10 (CID-10): CID 10: N18 (insuficiência renal crônica), CID 10: N180 (doença renal em estágio final), CID 10: N188 (outra insuficiência renal crônica), CID 10: N189 (insuficiência renal crônica não especificada) e CID 10: N19 (insuficiência renal não especificada); estar em tratamento de hemodiálise na RMGV e deambulando.

Já como critérios de exclusão foram definidos: indivíduos em precaução de contato; os que se encontravam em internação hospitalar; os com comprometimento na fala e/ou audição; indivíduos debilitados e/ou com dificuldades físicas; e os transferidos para realização de hemodiálise em clínicas localizadas fora da RMGV-ES.

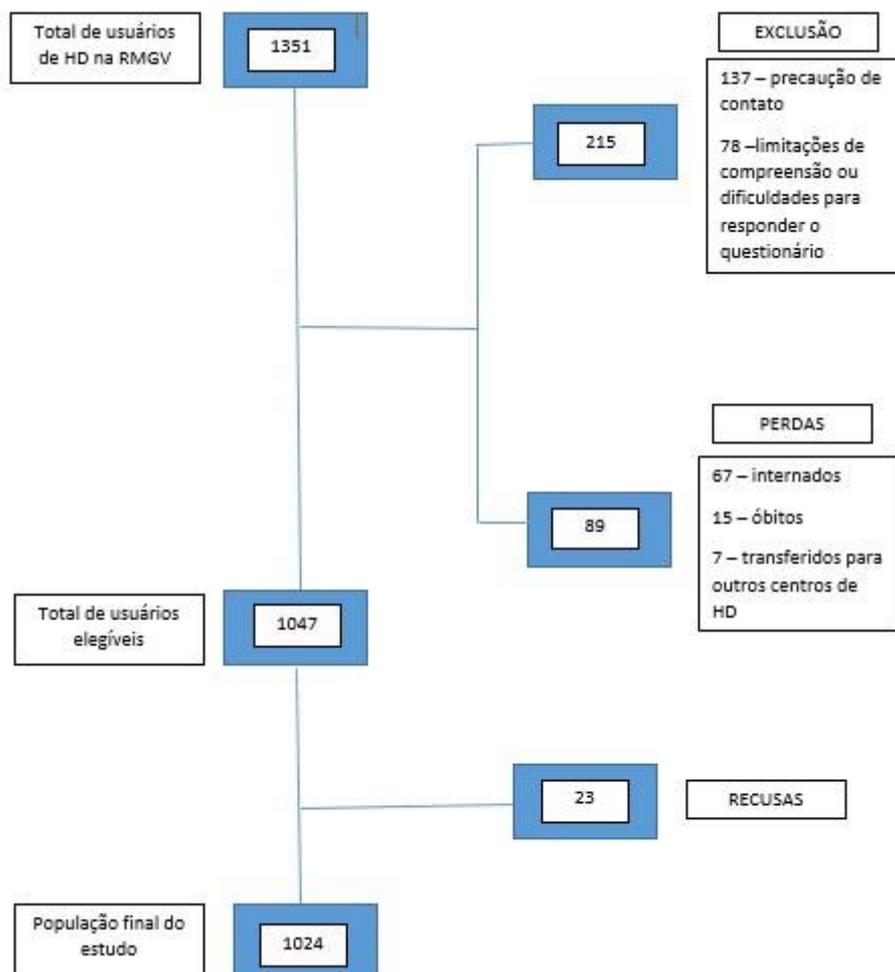
5.4 AMOSTRAGEM E SELEÇÃO

A identificação da população alvo da pesquisa foi realizada a partir da base de dados disponíveis nos censos de Hemodiálise e nas clínicas de Hemodiálise localizadas na RMGV cadastradas junto à Secretaria de Estado de Saúde no ES.

Foram identificadas todas as clínicas de hemodiálise na RMGV, totalizando 11 clínicas localizadas nos municípios de Vitória (4 clínicas), Serra (2 clínicas), Vila Velha (2 clínicas), Cariacica (2 clínicas) e Guarapari (1 clínica).

Partindo dos dados informados na etapa de levantamento inicial, foram identificados 1.416 indivíduos cadastrados nas clínicas de Hemodiálise na RMGV. Ao analisar os registros no campo de coleta (nas dependências das clínicas), foram identificados 1.351 indivíduos cadastrados. Deste total, 304 estavam dentro dos critérios de exclusão, restando 1.047 usuários de serviços de hemodiálise elegíveis para participação na pesquisa. Destes, 23 não aceitaram participar, ficando desta forma a população final composta por 1.024 indivíduos (conforme Figura 9)

Figura 9 - Fluxograma de dimensionamento de amostra



5.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a setembro de 2019, a partir de questionário semiestruturado respondido pelos usuários de serviços durante a sessão de hemodiálise (ANEXO B) e coleta de dados em prontuário.

Para a coleta junto aos usuários dos serviços de hemodiálise, cada usuário foi abordado individualmente durante a permanência na clínica que frequentava, de modo que os dias e horários em que a pesquisa foi realizada foram previamente agendados com os coordenadores das clínicas.

Toda aplicação do questionário foi realizada por equipe previamente treinada um mês antes da etapa da coleta de dados do estudo piloto. O treinamento foi realizado a partir

de três etapas e ministrado pelos pesquisadores principais do projeto mais amplo “Diagnóstico Situacional e Condição de Saúde: Um Estudo em Usuários de Serviços de Hemodiálise no Espírito Santo” e pelos alunos de pós-graduação nível doutorado e mestrado envolvidos no projeto. Na primeira etapa de treinamento, a equipe responsável pela coleta de dados teve acesso ao instrumento de coleta junto aos pesquisadores, sendo realizada dinâmica de leitura de cada pergunta do instrumento. Após a leitura inicial, os entrevistadores esclareceram as dúvidas (quando existiram) relacionadas à interpretação das questões junto aos pesquisadores. Somente após finalizada essa fase que foi dado início na segunda etapa, com simulação de aplicação do instrumento de pesquisa entre os entrevistadores e os pesquisadores para ajuste de postura, entonação de voz e avaliação de tempo médio de aplicação do questionário. A terceira etapa consistiu no treinamento da equipe no uso do software de coleta de dados (o instrumento de coleta de dados foi inserido em software desenvolvido especificamente para esta pesquisa).

A equipe de coleta de dados foi composta por estudantes de pós graduação (cinco alunos nível mestrado e doutorado), alunos de graduação bolsistas de Iniciação Científica (seis alunos) e alunos de graduação e pós graduação voluntários vinculados ao grupo de pesquisa GEMNUT - Grupo de Estudos Multidisciplinar em Nutrição, Saúde do Trabalhador e Doenças Crônicas – (dez alunos) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

5.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

5.6.1 Variáveis Dependentes

No primeiro estudo foi avaliado o desfecho “Acesso aos serviços de hemodiálise”. No segundo, “Capital social”, enquanto no terceiro foi investigado o desfecho “Multimorbidade complexa”.

5.6.1.1 Acesso aos serviços de hemodiálise

O desfecho “acesso aos serviços de hemodiálise” foi analisado partir das proposições teóricas de Thiede et al (2008) sobre características da disponibilidade dos serviços, características de capacidade de pagamento e características de aceitabilidade.

A dimensão disponibilidade se relaciona à existência de serviços de saúde que atendam às demandas dos usuários no tempo e no local em que sejam necessários, refletindo o ajuste espaço temporal entre as necessidades de saúde dos indivíduos e os serviços ofertados pelo sistema de saúde. Assim, as questões utilizadas para avaliação desta dimensão foram: “Distância da Unidade de hemodiálise da residência”, categorizado em “Menos de 1 quilômetro (km) de distância”, “1 a 4 km de distância”, “de 5 a 14 km de distância” e “acima de 15 km de distância”; “Necessita de transporte para ir ao serviço”, avaliada em “sim” ou “não”; “Meio de transporte utilizado para ir ao serviço de hemodiálise”, categorizado em “motorizado”, “outros (bicicleta)” ou “a pé”; “Tempo utilizado no transporte”, categorizado em “igual ou acima de 60 minutos”, “entre 30 e 59 minutos” e “menos de 30 minutos”; “Sistema público oferece transporte”, categorizado em “sim” ou “não”; “Sistema público oferece transporte para o profissional de saúde ir à sua residência caso necessite”, categorizado em “sim” ou “não”; “Considera o serviço de hemodiálise de qualidade”, categorizado em “sim” ou “não” e “Os serviços de hemodiálise são os que necessita”, categorizado em “sim” ou “não”.

A dimensão capacidade de pagamento se refere ao ajuste entre os custos diretos e indiretos dos serviços de saúde demandados e a capacidade financeira do indivíduo em assumi-los, envolvendo ainda a condição individual de mobilização de recursos financeiros/econômicos caso sejam necessários. Dessa forma, as questões utilizadas para avaliação desta dimensão foram: “Necessitou pagar por serviço de hemodiálise”; “Necessitou comprar medicamentos para complementar o serviço de hemodiálise”; “Necessitou pagar por transporte para ir ao serviço de hemodiálise”; “Necessitou pagar por comida durante hemodiálise”; “Já perdeu dia de trabalho para ir à hemodiálise”; “Teve perda de ganhos financeiros devido à hemodiálise”; “Necessitou fazer

empréstimos financeiros com familiares devido à hemodiálise”; “Necessitou fazer empréstimos financeiros com vizinhos e/ou amigos devido à hemodiálise”; “Necessitou fazer empréstimos financeiros com bancos e/ou financeiras devido à hemodiálise”. Para todas as perguntas deste bloco, as opções de resposta eram “sim” ou “não”.

A dimensão aceitabilidade se refere aos aspectos mais subjetivos envolvidos nas relações entre os usuários dos serviços e os profissionais prestadores desses serviços dentro do sistema de saúde, destacando as percepções éticas nestes relacionamentos, tais como: respeito individual, cultural, social, étnico, bem como possibilidade de diálogo numa relação profissional de saúde x usuário de serviços baseada na percepção de respeito mútuo. Assim, as perguntas utilizadas para avaliação desta dimensão foram: “Confia nos profissionais do serviço de hemodiálise”; “Recebe tratamento respeitoso por parte dos profissionais na clínica de hemodiálise”; “Concorda com o tipo de tratamento interpessoal dispensado pelos profissionais na clínica de hemodiálise”; “Suas queixas são ouvidas pelos profissionais na clínica de hemodiálise”; “Recebe informações sobre tratamentos alternativos pelos profissionais na clínica de hemodiálise”; “Suas necessidades físicas estão sendo atendidas pela hemodiálise”; “Já sentiu algum tipo de preconceito por parte dos profissionais nas sessões de hemodiálise”; “Os equipamentos e aparelhos disponíveis são suficientes para atender a realização de hemodiálise”; “A equipe profissional é capacitada para atender suas necessidades na hemodiálise”; “Considera que se precisar de atendimento na rede de saúde em função de sua condição, conseguirá facilmente” e “Encontra espaço para fazer reclamações na clínica de hemodiálise”. Para todas as perguntas deste bloco, as opções de resposta eram “sim” ou “não”.

Para análise dos dados de acesso foi utilizada matriz de julgamento adaptada de Wilkinson, Warmucci e Nouredine (1993) e Rose et al. (2001). Dessa forma, com exceção das variáveis relacionadas à distância e ao tempo, cada resposta, de acordo com o esperado do sistema de saúde, recebeu uma pontuação (Quadro 2), sendo totalizado os pontos de cada dimensão. Dessa forma, cada dimensão obteve uma medida resumida que variou entre 0 e 10 pontos para a dimensão de acessibilidade e 11 pontos para as dimensões de disponibilidade e aceitabilidade, conforme Quadro 1.

A partir de atribuição da pontuação inicial, as pontuações de cada dimensão foram somadas gerando um escore final. O resultado foi interpretado a partir da consideração de três níveis de categorias de acesso conforme tercil: 1º tercil de acesso representando o primeiro nível mais baixo de acesso; 2º tercil de acesso representando o segundo nível intermediário de acesso e o 3º tercil de acesso, representando o nível mais elevado de acesso.

Quadro 1 - Matriz de julgamento para as categorias de acesso

ACESSO (THIEDE et al, 2007)			
Disponibilidade (máx 11 pontos)			
3	Qual a distância média entre local onde você faz hemodiálise e sua residência?	[3 pontos] < 1 Km [2 pontos] 1 – 4 Km	[1 ponto] 5 – 14 Km [0 ponto] ≥ 15 Km
1	Necessita de algum transporte para ir ao serviço de hemodiálise?		[0] Não 1 ponto [1] Sim
2	Qual o tempo médio gasto por esse meio de transporte?		[2 pontos] < 30 minutos [1 ponto] 30 minutos [0 pontos] ≥ 60 minutos
			– 59
1	O sistema público oferece algum tipo de transporte para ir ao serviço de hemodiálise?	[0] Não [1] Sim. 1 ponto	
		Qual?	
1	O Sr (a) sabe se é fornecido transporte público, próximo a sua residência, os profissionais de saúde para atendê-lo a fim de realizar		[0] Não [1] Sim o agendamento do seu serviço de hemodiálise?
1	O horário de funcionamento do serviço de hemodiálise permite seu tratamento?		[0] Não [1] Sim 1 ponto
1	Você considera que o serviço de hemodiálise oferecido é de qualidade?		[0] Não [1] Sim 1 ponto
1	Você considera que os serviços de hemodiálise oferecidos são os que você necessita?		[0] Não [1] Sim 1 ponto
Capacidade de pagar (máx 10 pontos)			
<i>Considerando os últimos 6 meses...</i>			

1	Você precisou pagar por algum tipo de serviço de hemodiálise?	[0] Não 1 ponto [1] Sim
1	Você precisou comprar algum remédio complementar ao seu tratamento de hemodiálise?	[0] Não 1 ponto [1] Sim
1	Você precisou pagar transporte para ir ao serviço de hemodiálise?	[0] Não 1 ponto [1] Sim
1	Você precisou comprar comida quando foi ao serviço de hemodiálise?	[0] Não 1 ponto [1] Sim
1	Você perdeu dia de trabalho para ir ao serviço de hemodiálise?	[0] Não 1 ponto [1] Sim
1	Você deixou de ganhar dinheiro (exercício de atividade remunerada) para ir ao serviço de hemodiálise?	[0] Não 1 ponto [1] Sim
1	Você precisou pegar dinheiro emprestado com alguém de sua família / familiares para ir ao serviço de hemodiálise?	[0] Não 1 ponto [1] Sim
1	Você precisou pegar dinheiro emprestado com algum vizinho ou amigo para ir ao serviço de hemodiálise?	[0] Não 1 ponto [1] Sim
1	Você precisou pegar dinheiro emprestado com bancos ou financeiras para realizar algum serviço de hemodiálise?	[0] Não 1 ponto [1] Sim
1	Você precisou vender algum bem material para realizar hemodiálise?	[0] Não 1 ponto [1] Sim
Aceitabilidade (máx 11 pontos)		
1	Você confia nos profissionais que realizam a hemodiálise?	[0] Não [1] Sim 1 ponto
1	Você é tratado com respeito pelos profissionais durante a hemodiálise?	[0] Não [1] Sim 1 ponto
1	Você concorda com o tipo de tratamento que é realizado durante a hemodiálise?	[0] Não [1] Sim 1 ponto
1	Os profissionais de saúde ouvem atentamente suas queixas sobre sua condição física no momento da hemodiálise?	[0] Não [1] Sim 1 ponto
1	Os profissionais de saúde conversam com você sobre as alternativas de tratamento no momento da hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
1	Sua necessidade em saúde física foi / está sendo atendida por meio da hemodiálise?	[0] Não [1] Sim 1 ponto

1	Você sentiu que foi tratado(a) de modo diferente (preconceito / discriminação) pelos profissionais no momento da hemodiálise?	[0] Não 1 ponto [1] Sim
1	Você percebia / percebeu que os equipamentos / aparelhos especializados disponíveis foram / são suficientes para atender suas necessidades em saúde durante a hemodiálise?	[0] Não [1] Sim 1 ponto
1	Você considera que a equipe de saúde é / era capacitada para atender as necessidades em saúde física nos serviços de hemodiálise?	[0] Não [1] Sim 1 ponto
1	Você acredita que, se for necessário fazer algum acompanhamento por causa da hemodiálise, conseguirá atendimento com facilidade?	[0] Não [1] Sim 1 ponto
1	encontrou espaço aberto para reclamar sobre alguma coisa nos serviços de hemodiálise que não estivesse / está satisfeito(a)?	[0] Não Você [1] Sim 1 ponto

5.6.1.2 Capital Social

Para avaliação do capital social foi utilizado do Questionário Integrado para Medir Capital Social do Banco Mundial – QI-MCS – (ANEXO B), que apresenta seis dimensões que possibilitam a classificação de capital social em indicadores conforme Grootaert (2003): capital social cognitivo (confiança e solidariedade); capital social estrutural (grupos e redes); e capital social subjacente (ação coletiva, cooperação, informação, coesão social, empoderamento e ação política). As dimensões de capital social do QI-MCS estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Dimensões do QI-MCS

Dimensão I – Grupos e Redes
1. Densidade de associação
2. Diversidade de associações
3. Nível de funcionamento democrático
4. Extensão das conexões com outros grupos
Dimensão II – Confiança e Solidariedade

5. Nível de confiança na comunidade
6. Nível de solidariedade na comunidade
Dimensão III – Ação Coletiva e Cooperação
7. Grau de ação coletiva
8. Tipo de atividades desenvolvidas coletivamente
9. Percepção geral do grau de iniciativa para cooperar e participar de ações coletivas
Dimensão IV – Comunicação e Informação
10. Acesso a informações de mercado e serviços públicos
11. Acesso às infraestruturas de comunicação
Dimensão V – Coesão e Inclusão Social
12. Inclusão
13. Sociabilidade
14. Conflito e violência
Dimensão VI – Autoridade ou Capacitação (<i>Empowerment</i>) e Ação Política
16. Sentimento de felicidade
17. Eficácia pessoal
18. Capacidade de influência dos membros do agregado doméstico

Fonte: Adaptado de Grootaert (2003)

As variáveis de exposição foram agrupadas em blocos: características sociais contextuais (IDHm; Índice de Gini; Índice de Vulnerabilidade Social; cobertura de Atenção Primária à Saúde; cobertura de Estratégia de Saúde da Família; Índice de Mortalidade Geral; cidade de residência x cidade de tratamento); características sociais individuais (idade; sexo; raça/cor; status conjugal; tempo de doença renal

crônica; tempo de hemodiálise e auto avaliação do estado de saúde); e características sociais estratégicas (renda; escolaridade; atividade laboral; nível de acesso aos serviços de saúde).

A classificação de capital social em cada dimensão - estrutural, cognitivo e subjacente - seguiu a proposta de Reinsen et al (2021), que estabelece três níveis de capital social: baixo, intermediário e alto a partir de categorização das respostas aos itens constantes do instrumento. Foi estabelecido escore de 0 a 1 para cada um dos 33 itens do QI-MCS, que ao final são somados, dando origem a uma variável quantitativa discreta. Isso possibilita o cálculo de valores de medianas para o estabelecimento de pontos de corte em quartis (25% dos menores valores indicando baixo nível de capital social; de 25% a 75% indicando moderado capital social; e valores acima de 75% indicando alto nível de capital social). A categorização do capital social total seguiu os mesmos parâmetros.

5.6.1.3 Multimorbidade Complexa

A multimorbidade complexa foi caracterizada pela ocorrência de três ou mais condições/doenças crônicas que afetam três ou mais domínios ou sistemas corporais diferentes (HARRISON et al., 2014).

Para identificação dos domínios/sistemas orgânicos relacionados com cada condição/doença, foi utilizada a CID – 11 (WHO, 2013) com a classificação: Doenças Endócrinas; nutricionais ou metabólicas (dislipidemia, diabetes e alterações tireoidianas); Sistema Circulatório (arritmia cardíaca, hipertensão arterial, infarto e acidente vascular cerebral); Transtornos mentais, comportamentais ou de neurodesenvolvimento (depressão, mal de Alzheimer); Neoplasias (câncer); Sistema geniturinário (Doenças renais, infertilidade); Sistema digestivo (cirrose hepática); Sistema nervoso (mal de Parkinson); Sistema pulmonar (asma, bronquite, enfisema pulmonar); Sistema musculoesquelético ou tecido conjuntivo (Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, artrose, hérnia de disco).

Os dados sobre ocorrência das condições/doenças crônicas foram coletados dos prontuários, bem como a partir da pergunta “Alguma vez um médico ou outro profissional da saúde já lhe informou que você tinha alguma dessas doenças?”. As doenças/condições crônicas investigadas nesta pesquisa foram: arritmia; infarto; acidente vascular cerebral; diabetes mellitus; hérnia de disco; artrose; doença renal; mal de Parkinson; Alzheimer; cirrose hepática; infertilidade; câncer; doenças tireoidianas; asma; bronquite; enfisema pulmonar; hipertensão arterial; dislipidemia; alterações de tireoide e depressão.

5.6.2 Variáveis Independentes

5.6.2.1 Variáveis de características Contextuais

Variáveis coletadas a partir de indicadores dos municípios de residência dos indivíduos, disponíveis no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010)

Predisponentes

- IDHm – Índice de Desenvolvimento Humano Médio: Classificado como Baixo, Médio, Alto e Muito alto
- Índice de Gini²: classificado como Baixa concentração de renda, Média concentração de Renda e Alta concentração de Renda
- Índice de Vulnerabilidade Social – IVS: classificado como Muito baixa vulnerabilidade social, Baixa vulnerabilidade social, Média vulnerabilidade social, Alta vulnerabilidade social.

Capacitantes - Dados obtidos a partir de dados disponíveis no DATASUS (2019)

- Cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de residência do usuário do serviço de hemodiálise: classificada como alta cobertura de ESF, média cobertura de ESF e baixa cobertura de ESF

² Índice de Gini é a medida do grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de zero (perfeita igualdade) até um (a desigualdade máxima) (<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>).

- Cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de residência do usuário do serviço de hemodiálise: classificada como alta cobertura de APS, média cobertura de APS e baixa cobertura de APS

Índice de Mortalidade Geral do município de residência do usuário do serviço de hemodiálise, classificado como: até 5/1000 habitantes, de 5,1 a 10/1000 habitantes, acima de 10/1000 habitantes

5.6.2.2 Variáveis de características Individuais

Para tais variáveis foram considerados os dados coletados diretamente dos usuários do serviço por meio de perguntas constantes no questionário e/ou do prontuário.

Predisponentes:

- Faixa etária: quantos anos completos o indivíduo possui, e, posteriormente foi classificada a sua faixa etária
- Sexo: classificado em “feminino” e “masculino”.
- Raça/cor: determinada por autotclassificação em preta, parda, branca, amarela e indígena (TELLES, 2003)
- Tempo de hemodiálise: questionado ao indivíduo a data de início da diálise, sendo avaliado em meses e anos de duração de tratamento e, posteriormente, classificado em blocos de anos.
- Tratamento conservador anterior prévio: questionado ao indivíduo se ele havia feito tratamento conservador sem TRS para controle da doença renal crônica antes do início do tratamento com hemodiálise e, posteriormente, classificado em blocos de anos.
- Tempo de doença renal crônica: variável coletada do prontuário do usuário do serviço de Hemodiálise, sendo medido o tempo em meses e anos que o paciente apresentava diagnóstico de doença renal crônica e, posteriormente, classificado em blocos de anos.

Capacitantes

- Renda: variável coletada de acordo com número de salários mínimos recebidos pela família, sendo classificada em até 2 salários mínimos e acima de 2 salários mínimos

- Escolaridade: variável coletada a partir da pergunta ao indivíduo até que série/ano ele estudou e, posteriormente, categorizada em número de anos de estudo -
- Atividade laboral: variável coletada junto ao entrevistado, em pergunta aberta, e posteriormente, categorizada em: “com atividade laboral remunerada”, “sem atividade laboral remunerada”, “aposentado”, “afastado das atividades laborais recebendo benefício social”
- Tipo de acesso aos serviços de saúde: classificada em “público” e “privado” sendo analisado a priori pelos pesquisadores, indagando se utiliza o Sistema Público de Saúde (SUS), plano de saúde ou particular
- Residência no mesmo município em que realiza hemodiálise: coletada a partir da pergunta aberta de município de residência do indivíduo e, posteriormente, realizada a classificação comparativa do município de residência x município da clínica onde o indivíduo realizava a hemodiálise

5.6.2.3 Variáveis de características de comportamentos de saúde

Para tais variáveis foram considerados os dados coletados diretamente dos os usuários do serviço por meio de perguntas constantes no questionário e/ou do prontuário.

- Auto avaliação em saúde: A “auto avaliação do estado de saúde” foi analisada por meio da percepção do indivíduo sobre sua própria condição de saúde através da pergunta: “de um modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde? ”. As categorias de resposta eram: “muito bom”, “bom”, “regular” e “ruim”.

5.6.2.4 Hábitos de Vida

Foram considerados como variáveis do hábito de vida do usuário do serviço de Hemodiálise:

- a) Tabagismo e etilismo: para análise do consumo de álcool e tabaco dos pacientes em hemodiálise foi utilizado o instrumento CAGE, (acrônimo referente às suas quatro perguntas - *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*)

(Da PAZ FILHO *et al.* 2001). Ele é composto por quatro questões representadas pelas palavras-chave de cada letra: C - *Cut Down* (diminuir ingestão); A - *Annoyed* (irritado); G - *Guilty* (culpado); E - *Eye-Opener* (identificação de ressaca) (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014), validado para pacientes clínicos por Castells e Furnaletto (2005) e constituído por quatro perguntas com respostas diretas (sim e não). Para interpretação do questionário foi atribuído um ponto a cada resposta positiva (sim); em seguida foram somados os pontos das respostas. Para classificação dois pontos ou mais, ou seja, duas respostas afirmativas ou mais, indica grande possibilidade de dependência de álcool e tabaco.

- b) Nível de atividade física: Os hemodialíticos foram questionados se praticavam algum tipo de atividade física, qual seria esta atividade e qual a frequência realizada. Foram classificados como “fisicamente ativos” todo indivíduo que acumulou pelo menos 30 minutos de atividade física por dia, em pelo menos cinco dias da semana, de intensidade moderada, realizada de maneira contínua ou acumulada, e “fisicamente inativos” os que não se enquadravam nestas características, além de ser indagado o tempo gasto com lazer sedentário (WHO, 2005).

5.6.2.5 Características da Terapia Renal Substitutiva

Foram analisados os seguintes dados sobre as características da terapia renal substitutiva:

- a) Tempo de doença renal crônica: Essa variável foi coletada do prontuário do usuário do serviço de Hemodiálise, sendo medido o tempo - em meses e anos - que o paciente apresentava diagnóstico de doença renal crônica.
- b) Tempo de terapia renal substitutiva em hemodiálise: foi questionado ao indivíduo a data de início da diálise, sendo avaliada a duração do tratamento – em meses e anos.

5.6.2.6 Doenças Autorreferidas

Foi questionado se os indivíduos possuíam diagnóstico de doenças como: hipertensão, diabetes, câncer, cirrose, dislipidemia, entre outras. A variável presença de doenças crônicas autorreferidas foi classificada em “Nenhuma doença”, “1 a 3 doenças” e “Mais de 3 doenças autorreferidas”.

5.6.2.7 Acesso aos serviços de saúde

O acesso aos serviços de saúde foi classificado conforme apresentado no modelo de análise do artigo 1 a partir dos níveis: baixo acesso, acesso intermediário e alto acesso aos serviços de saúde.

5.6.2.8 Quadro resumo das variáveis utilizadas

Quadro 3 - Variáveis consideradas para fins da tese com suas respectivas características, categorizações e fonte de obtenção

Variáveis	Tipo	Categorização	Fonte
		o	
Sexo	Independente	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Autorrelato
Idade*	Independente	<input type="checkbox"/> Calculada a partir da data de nascimento	Autorrelato
Escolaridade	Independente	<input type="checkbox"/> Menor ou igual a 8 anos <input type="checkbox"/> De 8 a 11 anos <input type="checkbox"/> Acima de 11 anos	Autorrelato
Raça/cor	Independente	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Outros	Autorrelato
IDHm	Independente	<input type="checkbox"/> Muito alto <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Baixo	IBGE
Índice de Gini	Independente	<input type="checkbox"/> Baixa concentração de renda <input type="checkbox"/> Média concentração de renda <input type="checkbox"/> Alta concentração de renda	IBGE

Índice de Vulnerabilidade Social	Independente	<input type="checkbox"/> Muito baixo <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	IBGE
Cobertura de Atenção primária à saúde	Independente	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Baixa	DATASUS
Cobertura de Estratégia de Saúde da Família	Independente	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Baixa	DATASUS
Taxa de mortalidade geral	Independente	<input type="checkbox"/> Até 5/1000 habitantes <input type="checkbox"/> 5,1 a 10/1000 habitantes <input type="checkbox"/> Acima de 10 / 1000 habitantes	DATASUS
Tempo de doença renal crônica	Independente	<input type="checkbox"/> Menor que 5 anos <input type="checkbox"/> Igual ou maior que 5 anos	Autorrelato
Tempo de hemodiálise	Independente	<input type="checkbox"/> 0 a 2 anos <input type="checkbox"/> 3 a 5 anos <input type="checkbox"/> 6 a 10 anos <input type="checkbox"/> Acima de 10 anos	Autorrelato
Tratamento conservador anterior a hemodiálise	Independente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Autorrelato
Renda	Independente	<input type="checkbox"/> Menor ou igual a 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> Maior que 2 salários mínimos	Autorrelato
Rede de suporte social (capital social)	Independente (Artigo 3) Dependente (Artigo 2)	<input type="checkbox"/> Pontuação por dimensão (considerado 6 dimensões conforme recomendação de análise de Banco Mundial)	Autorrelato
Atividade laboral remunerada	Independente	<input type="checkbox"/> Com atividade <input type="checkbox"/> Sem atividade <input type="checkbox"/> Aposentado ou afastado	Autorrelato
Auto avaliação do estado de saúde*	Independente	<ul style="list-style-type: none"> • Muito bom • Bom • Ruim • Muito Ruim 	Autorrelato
Prática regular de atividade física	Independente	<ul style="list-style-type: none"> • Fisicamente ativos • Fisicamente inativos 	Autorrelato
Consumo de álcool	Independente	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	Autorrelato
Tabagismo	Independente	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca fumou • Fumante atual • Fumante pregresso 	Autorrelato
Acesso aos serviços de hemodiálise	Independente (Artigo 2) Independente (Artigo 3) Dependente (Artigo 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Primeiro tercil • Segundo tercil • Terceiro tercil 	Autorrelato

Doenças autorreferidas	Independente	Resposta aberta e posteriormente categorizada em: <ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma doença • 1 a 3 doenças • Mais de 3 doenças 	Autorrelato
Mora na mesma cidade em que realiza hemodiálise	Independente	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 	Autorrelato
Tipo de Acesso	Independente	<ul style="list-style-type: none"> • Público • Privado 	Autorrelato

5.7 TESTE PILOTO

Para avaliação da confiabilidade e reprodutibilidade do instrumento de coleta de dados, foi realizado teste piloto na Clínica de Hemodiálise do Hospital Santa Maria em Colatina (município não pertencente a região metropolitana da Grande Vitória), com 57 indivíduos portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise. A análise do instrumento de coleta de dados do estudo piloto foi realizada a partir da análise de confiabilidade por teste e reteste após 15 a 21 dias da coleta de dados do primeiro questionário. Foram avaliados pelo coeficiente Kappa geral, Kappa ajustado, teste de McNemar, frequências e seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%. A partir dos resultados da análise (APÊNDICE A), o instrumento foi considerado aplicável a população alvo.

5.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram organizados e analisados no programa SPSS® (*Statistical Package of Social Sciences for Windows 20.0*). Para descrever as variáveis de estudo foram utilizadas medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvios-padrão e intervalo intertercílico) para as variáveis contínuas, e percentuais para as variáveis categóricas. Para a análise das diferenças das proporções foi utilizado o teste do qui-quadrado (X^2). O nível de significância para todos os testes foi de 5%.

Para quantificação da participação das variáveis independentes em cada desfecho de interesse foi realizada análise multivariada, incluindo no modelo de regressão logística as variáveis independentes que apresentaram, a partir do teste do qui-quadrado, associação com o desfecho, com nível de significância de 10%.

5.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o número de parecer 4.023.221, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 68528817.4.0000.5060. Todas as unidades de hemodiálise autorizaram, formalmente, por meio de carta de anuência, a realização da pesquisa. Todos os participantes da pesquisa somente iniciaram a sua participação após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), (ANEXO A), onde tiveram ciência da realização do estudo, sigilo das informações obtidas, bem como o anonimato, de acordo com a Resolução Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

6 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em formato de artigos, sendo eles: “Determinants of access to hemodialysis services in a metropolitan region of Brazil” (artigo publicado na Revista BMC Public Health; “Capital social de portadores de doença crônica: estudo com usuários de serviços de hemodiálise em uma capital do sudeste brasileiro”; e “Multimorbidade complexa em usuários de serviços de hemodiálise”. A seguir, os artigos são expostos.

6.1 PRIMEIRO ARTIGO – DETERMINANTS OF ACCESS TO HEMODIALYSIS SERVICES IN A METROPOLITAN REGION OF BRAZIL

*Publicado em 07/10/2022: BMC Public Health
doi.org/10.1186/s12889-022-14258-7

Abstract

Introduction: The increasing prevalence of chronic kidney disease has made it a public health issue. Research on access to hemodialysis services is fundamental for appropriate and assertive approaches to the disease. This study analyzed the factors that influence access to hemodialysis services, from the dimensions of availability, accessibility, and acceptability. **Methods:** This was a cross-sectional census epidemiological study involving 1024 individuals in the Metropolitan Region of Brazil in 2019. Data were analyzed using multinomial logistic regression. **Results:** Factors that increase the chance of belonging to the lowest level of access were: age group from 30 to 59 years (OR 2.16, IC_{95%} 1.377–3.383), female (OR 1.74, IC_{95%} 1.11–2.72), and lower income or equal to two minimum wages (OR 1.80, IC_{95%} 1.17–2.76); the factors medium coverage of the family health strategy or the gateway to public health policy in Brazil (OR 0.54, 95%CI 0.29–0.99), no previous conservative treatment (OR 0.59, 95%CI 0.38–0.91), lack of paid work (OR 0.35, 95%CI 0.15–0.85), retirement/sick leave (OR 0.27, 95%CI 0.12–0.64), and self-assessment of health status as bad or very bad (OR 0.62, 95%CI 0.40–0.96) reduced the chance of belonging to the lowest access level. **Conclusion:** Access to hemodialysis services in a metropolis in the southeastern region of Brazil is influenced by contextual, predisposing, enabling, and

health needs characteristics. Those who are female, aged between 30 and 59 years, having an income less than or equal to 2 times minimum wage in Brazil, are at the lowest levels of access, which reinforces the role social determinants in health.

Keywords: Health Services Accessibility; Hemodialysis; Chronic Kidney Disease

Introduction

Chronic kidney disease (CKD) is a public health problem due to its increasing prevalence and its association with population aging, as well as untreated/controlled conditions of other non-communicable chronic diseases (NCDs), such as diabetes mellitus (DM) and systemic arterial hypertension (SAH) (MOGUEO et al., 2017; GARRITY et al., 2016). Social inequalities in health have also been reported as determinants for the development of CKD (GARRITY et al., 2016; CREWS et al., 2014). The estimated prevalence of CKD in developed countries ranges from 10% to 13% of the adult population, whereas in underdeveloped countries these data are still uncertain (CREWS et al, 2014; COLLINS et al., 2015). In Brazil, a systematic review on self-reported health status indicated that the prevalence of CKD is around 1.4% of the adult population, although according to the authors themselves, this number may be underestimated (MARINHO et al., 2017). Neves et al. (2020) noted that among individuals with CKD in Brazil in 2018, more than 133,000 underwent treatment with renal replacement therapy (RRT), representing an increase of 58% in the period from 2009 to 2018. In addition, more than 92% underwent hemodialysis treatment. Jesus et al. (2019) evaluated quality of life in individuals undergoing hemodialysis in Brazil and found that, compared with the control group, people who underwent hemodialysis on a regular basis have lower scores in the physical and psychological domains. It is noteworthy that RRT has a multidimensional approach and depends on conditions of access to health services (MOREIRA et al., 2016; CRUZ et al., 2016). According to estimates by the Global Burden of Disease (WANG et al., 2015), more than 2 million people with CKD worldwide died in 2010 due to lack of access to health services.

The approach to access to health services in the scientific literature has evolved over the years, adding a strong historical component (MCINTYRE; MOONEY, 2007;

THIEDE; MCINTYRE, 2008; ANDERSEN, 2008). More recently, investigations on the subject have covered the perspectives proposed by McIntyre and Mooney (2007) and Thiede and McIntyre (2008), which incorporate individual attributes that affect users' ability to access health services. These authors describe four dimensions that relate to the concept of access in the scope of health services: availability, acceptability, ability to pay (accessibility), and information. They also reinforce aspects of information asymmetry present among the actors involved in the process of access to health (THIEDE;MCINTYRE, 2008), while Andersen (2008) proposed that access to health services is affected by contextual, enabling, predisposing, and health needs characteristics that can be applied to CKD patients.

In Brazil, the topic has been studied based on international constructs, analyzing aspects of inequality within the context of the country's public policy (TRAVASSOS et al., 2000), which has guaranteed universal access to health since the constitution of 1988 (paim ET AL., 2011). However, despite this constitutional guarantee, there are still difficulties and barriers in the implementation of access (NUNES et al., 2016), especially for services of high complexity (NEVES et al., 2020; CRUZ et al., 2016; GOMES et al., 2014) such as hemodialysis. Although there has been a specific public policy in the country since 2004 for individuals with CKD (BRASIL, 2004), the implementation of this line of care only began in 2014, and data on access to hemodialysis services are still poorly known (CREWS et al., 2019; COUTINHO; TAVARES, 2011). Research on the topic has generally only addressed the costeffectiveness and/or bottlenecks in the supply of health services and/or information (TEERAWATTANANON et al., 2020; GOUVEIA et al., 2017; SILVA et al., 2016), even considering the growth in demand and the increase in costs of these services, especially in Brazil (GOUVEIA et al., 2017; SILVA et al., 2016; BRASIL, 2018).

This study thus presents an unprecedented and innovative proposal in the evaluation of the determining factors of the access of patients with CKD to hemodialysis services, by using the theoretical concepts about access proposed by Thiede et al. (2008), systematized within the Behavioral Model of Use of Andersen Health Services (ANDERSEN, 2008). In view of these considerations, this study analyzed the determinants of access to hemodialysis services in a metropolis in southeastern Brazil

to provide information to support planning, actions, and health policies to assist patients with CKD.

Methods

This was a cross-sectional epidemiological census that considered a total of 1351 users who underwent hemodialysis in the studied metropolis in 2019.

This study was carried out in all hemodialysis units that treated patients with chronic kidney disease at the metropolitan region in the Espírito Santo's, Brazil, at the time of data collection. Of the 1351 users of hemodialysis clinics, 304 were excluded because they met the exclusion criteria (137 were in contact precautions, 74 were hospitalized, 40 had mental confusion, 19 had severe communication impairments, and 34 were very debilitated or had serious physical difficulties). The remaining 1047 participants who met the inclusion criteria were invited to participate in the research. Of these, only 23 people (2.2%) refused to participate.

The inclusion criteria were being over 18 years of age, undergoing HD treatment at the metropolitan region in the Espírito Santo's capital (state located in the southeastern region of Brazil), being ambulatory, and having a diagnosis confirmed in the medical record of CKD according to the International Classification of Diseases, version 10 (ICD-10), namely, ICD 10: N18 (chronic renal failure); ICD 10: N180 (end-stage renal disease); ICD 10: N188 (other chronic renal failure); ICD 10: N189 (chronic renal failure unspecified); or ICD 10: N19 (renal failure unspecified).

As exclusion criteria included individuals in contact precautions, those who were hospitalized, those with speech and/or hearing impairment, individuals who were debilitated and/or with physical difficulties, and those transferred for hemodialysis to clinics located outside the metropolitan region of the metropolis, in addition to individuals who had ascites. Of the total number of individuals in the target population, 304 were within the exclusion criteria, so the number of eligible individuals for research was 1047. All eligible individuals were invited to participate in the study and of these, 23 (2.2%) refused; the final sample thus consisted of 1024 individuals.

Access was evaluated according to the theoretical propositions of Thiede et al. (2008), according to the availability of services, the ability to pay, and acceptability.

The availability dimension is related to the existence of health services that meet the demands of users at the time and place they are needed, reflecting the space-time adjustment between the health needs of individuals and the services offered by the health system. Thus, aspects such as physical and geographic distance between the individual's home and health services, opening hours of services, and the availability of transport for health professionals to meet emergency demands are included in this dimension.

The ability to pay (accessibility) dimension refers to the adjustment between the direct and indirect costs of the health services demanded and the individual's financial capacity to assume them, also involving the individual condition of mobilizing financial/economic resources, if necessary. Although in some contexts there is universal health coverage that reduces the asymmetry in the adjustment, expenses related to transportation, food, medication, and even absence from work activities due to a health condition must be analyzed, as they are included in this dimension.

The acceptability dimension, meanwhile, refers to more subjective aspects involved in the relationships between service users and the professionals who provide these services within the health system, highlighting ethical perceptions in these relationships, such as individual, cultural, social, ethnic, and individual respect as a possibility of dialogue in a health professional x service user relationship, based on the perception of mutual respect (THIEDE et al., 2008).

To analyze the access data, a judgment matrix adapted from Wilkinson, Warmucci, and Nouredine (1993) and Rose et al. (2001) was used to construct a score for each of the three access dimensions (availability, ability to pay, and acceptability).

The sum in each dimension was interpreted considering categories for three levels of access according to tertile: the 1st tertile represents the lowest level of access, the 2nd tertile represents the second (intermediate) level of access, and the 3rd tertile represents the highest level of access.

The independent variables were defined from the fifth phase of the Behavioral Model for the Use of Health Services by Andersen (2008), which proposes an explanatory model for the use of services based on contextual characteristics related to the sociogeographical environmental environment in which the individual is located, as well as aspects related to the degree of social economic development that affects the living condition (contextual characteristics of the individual's municipality of residence: Average Human Development Index [IDHm], 2010; GINI index, 2010; Social Vulnerability Index [IVS], 2013; Primary Health Care [PHC] coverage, 2018; Family Health Strategy Coverage [ESF; the gateway to public health policy in Brazil], 2018 [these last two, Brazilian policies, adopted as a gateway to the public health system]; and Mortality Index General, 2019).

The characteristics related to socioeconomic and cultural conditions in an individual dimension, which affect the individual's ability to access services (income in amount relative to current minimum wage, education in complete years of study, profession, type of access to health services in public or private, municipality of residence in relation to the municipality of hemodialysis).

Predisposing characteristics related to individual physical/physiological conditions that affect access to health services (age group, sex, race/color, time on CKD, time on hemodialysis, previous conservative treatment); and health need characteristics (individual's self-assessment of their own health condition as good/very good and bad/very bad), as shown in Figure 10.

Data collection was carried out using a previously developed and tested instrument and software developed specifically for this collection, to avoid possible failures in the transcription of forms and to optimize the time for collecting research data. The information for the study variables was based on data on the hemodialysis characteristics transcribed from the medical records and/or provided by the individuals; information for the individual variables was contained in the interview questionnaires and on the social indicators as disclosed by the IBGE (2010). Data were analyzed using IBM SPSS Statistics for Windows, version 22.0 (Armonk, NY: IBM Corp).

To assess the reproducibility of the data collection instrument, a pilot test was carried out between October and December 2018, with 57 individuals with renal failure undergoing hemodialysis in a municipality outside the metropolis to be analyzed (not included in the study sample). The instrument, composed of 51 questions divided into three blocks (availability, accessibility/payment capacity, and acceptability) according to Thiede et al. (2007), was tested using the software WinPepi for Windows® version 11.65 according to Kappa, adjusted Kappa and McNemar values, with their values (0.78 to 0.98 of agreement and non-significant disagreement) adequate for all variables in the instrument's dimensions.

Bivariate analyses between access tertiles and user characteristics (contextual, predisposing, enabling, and health needs) were performed using the chi-square test (χ^2). Multinomial logistic regression analysis was performed to estimate the association of independent variables with the outcome (level of access). For this, variables that presented p-values up to 0.1 in the association analyses were included. To build the final regression model, the variables were entered into a model considering the dimensions (contextual, predisposing, enabling, and health needs; see figure 1), and only the variables that remained associated with the outcome ($p < 0.1$) were included in the subsequent models.

In the final model (model 3), only the variables that presented p-values below 0.05 remained. The confidence interval was 95%. It is noteworthy that only hemodialysis users with responses to all variables were included in this analysis. Furthermore, multicollinearity tests were performed (tolerance > 0.1 and variance inflation factor < 10) and, when they existed (block of contextual variables), we opted to use the most frequently used in the literature. We also determined the minimum sample size for the number of model variables (> 20 individuals per model variable and > 5 cases in each category of variables), the absence of outliers (absence of standardized residues $> \pm 3$ standard deviations; up to 1% of standardized residues between ± 2.5 and 3 standard deviations; and up to 5% of standardized residues between ± 2.0 and 2.5 standard deviations, Cook's distance < 1 , and DFBeta < 1), and adjustment according to the Model Fitting Information (p-value < 0.05), Godness-of-Fit (p-value > 0.05) and the Nagelkerke test value (0.287).

This study followed all the ethical precepts of the Declaration of Helsinki and was approved by the Research Ethics Committee of the Health Sciences Center of the Federal University of Espírito Santo, under protocol number 4,023,221 (CAAE no. 68528817.4.0000.5060). All hemodialysis units formally authorized the research by signing the letter of consent, and all research participants signed the Informed Consent Term.

Results

Of the total of 1351 users who underwent hemodialysis during the study period, data were collected from 1024 individuals (75.8%). The mean age was 54.7+0.59 years and the predominant age group was between 30 and 59 years (n=528, 51.6%). Most individuals were male (n=581, 56.7%), with up to eight years of schooling (n=523, 51.6%), self-declared brown/black (n=737, 72%), income less than or equal to two times the minimum wage (n=555, 56.2%), retired or away from work, receiving social benefits (n=547, 54.2%), and residing in the same city where they were undergoing hemodialysis (n=642, 62.8%) (Table 1).

For the bivariate and multivariate analyses, only the results of individuals who had responses to all variables were considered, so data from 830 individuals were included. Regarding the level of access, 281 individuals (33.9%) were at the lowest level of access, 340 individuals (41%) at the intermediate level of access, and 209 individuals (25.1%) were at the highest level of access (Table 2).

There was no difference between the levels of access and PHC coverage; however, for the other contextual variables, residing in municipalities with MHDI classified as high and very high ($p<0.001$), low and very low regions social vulnerability ($p<0.001$), as well as in municipalities with a lower overall mortality rate ($p<0.001$), were associated with a higher level of access, while residing in municipalities with a higher concentration of income was associated with lower levels of access ($p<0.001$). In relation to ESF coverage, there was an association between lower ESF coverage in the municipality of residence and the lowest level of access ($p<0.001$) (Table 3).

Related to the predisposing characteristics, belonging to the age group of 60 years and over ($p<0.001$), being male ($p<0.001$), having less than five years of CKD ($p=0.041$), and having less than two years of hemodialysis treatment ($p=0.030$) were associated with a higher level of access (Table 3).

Evaluating the enabling characteristics, having an income equal to or less than two times the minimum wage ($p=0.002$), having eight years of schooling or less ($p=0.033$), and not residing in the same city where hemodialysis procedures are performed ($p<0.001$) were associated with the lowest level of access; while accessing hemodialysis services through the Unified Health System (SUS) ($p=0.046$), having paid work, and receiving social benefits ($p<0.001$) were associated with a higher level of access. Related to health needs, self-assessment of the health condition as good/very good ($p=0.032$) was associated with the highest level of access (Table 3).

The results of the multinomial logistic regression analysis (Table 4) demonstrated that the factors that increased the chances of belonging to the lowest level of access compared to the highest level of access were: being in the age group between 30 and 59 years (95%CI 1.377–3.383; OR 2.16), being female (95%CI 1.11–2.72; OR 1.74), and belonging to an income range less than or equal to two times the minimum wage (95%CI 1.17–2.76; OR 1.80). Having average ESF coverage (95%CI 0.29–0.99; OR 0.54), not undergoing previous conservative treatment (95%CI 0.38–0.91; OR 0.59), not residing in the same city as hemodialysis treatment (95%CI, 0.08–0.22; OR 0.13), not having a paid job (95%CI 0.15–0.85; OR 0.35), being retired or away from work receiving social benefits (95%CI 0.08–0.22; OR 0.13), and self-assessing the health condition as poor/very poor reduced the chances of belonging to the lowest level of access.

Discussion

The results demonstrate that access to hemodialysis services is multidimensional and involves complex factors related to the contextual, predisposing, enabling, and health need aspects of users of these services. The determining factors for patients with CKD on hemodialysis belonging to the lowest level of access were being in the age group of 30 to 59 years, being female, and having an income of less than or equal to two

times the minimum wage. These data reinforce the sense of integrality involved in the issue, as well as portraying the panorama of access to hemodialysis services in the Brazilian metropolis studied.

When evaluating the context in which hemodialysis users are inserted, the findings indicate an association between average ESF coverage and lower chances of belonging to the lowest level of health service access. These data can be interpreted from the logic of the organization of the ESF with population coverage in regions with greater demand for services, combined with lower socioeconomic status, and the establishment of a bond with citizens, thus reducing the distances between the service user and the organized health system. This results in the effectiveness/assertiveness of the care approach, regardless of the level of complexity required (MACHADO; GUIM, 2017). This strategy, when working on health education actions, dissemination of information on sustained self-care, and monitoring of health conditions, becomes fundamental for the establishment of the referral and counter-referral processes within the scope of the SUS in situations that demand high and medium levels of service complexity (MENDES, 2012), such as hemodialysis. This fact confirms the propositions of Mendes et al. [29] who highlighted the role of problem-solving services based on the SUS organization logic in health care networks (BOUSQUET-SANTOS et al., 2019)].

Most individuals undergoing hemodialysis were male, a result similar to those of other studies (NEVES et al., 2020; COUTINHO; TAVARES, 2011; ARRUDA et al., 2018). However, the results suggest inequality of access between genders, because women were at the lowest level of access compared to men. Although studies have shown that women tend to seek health services more than men do, such data involve low-complexity services with a focus on prevention (COUTO et al., 2010), while in the present study, the approach was among individuals accessing high-complexity services. This fact is strongly influenced by enabling characteristics and affected by social and gender inequalities. This contrasts with inclusive policies in Brazil, where women still face different more barriers to accessing health services compared to men (PINHEIRO et al., 2002).

The absence of previous conservative treatment for CKD was associated with lower chances of belonging to the lowest level of access. These data can be interpreted

based on the severity of the health condition of individuals diagnosed with chronic renal failure already in the RRT indication phase, who are therefore promptly referred to high-complexity health services, which does not necessarily occur with people following up on an outpatient basis in routine elective consultations (CREWS et al., 2014; GOMES et al., 2014).

It is also noteworthy that the age group between 30 and 59 years was at the lowest level of access, despite the average age of users of hemodialysis services being within this range. This result can be analyzed from the perspective of the logic of economic productivity, because it includes the age group with greater insertion in the country's labor market (IBGE [34], reflecting greater difficulty for individuals in this age group to leave work to access health services that demand a weekly routine without the consequences of unemployment; this is an important social concern in underdeveloped and unequal countries such as Brazil.

These data may also be related to the fact that older individuals have a longer period of illness and, consequently, greater acceptance of their health condition, reflecting a higher score in the acceptability dimension and more free time due to not having a job. A similar result was found in other studies, which, although not working with a group of renal patients undergoing hemodialysis, showed the same relationship (BOUSQUET-SANTOS et al., 2019; COUTO et al., 2010). The same analysis can be made for data that indicate that not having a paid job and being retired or away from work receiving social benefits reduce the chances of belonging to the lowest level of access to health services. Although the health condition of the population groups were approached in an isolated way, health is an intangible economic asset, as sick individuals in the productive age group, without access to health services, evolve to aggravation of the disease, so they may need early social assistance/benefits, contributing to economic retraction and social poverty, which in turn, negatively affect the health conditions of individuals and the community (PITOMBEIRA et al., 2020).

The association between low income and the lowest level of access also reinforced the concept of social determinants in health (BUSS; PELLEGRINI, 2007; WHITEHEAD, 1990; ZAMBONATO et al., 2008). Studies have shown that poorer social groups and, therefore, more socially vulnerable groups, have greater barriers to accessing goods

and services, including health services (COUTO et al., 2010; BUSS; PELLEGRINI, 2007). These findings are similar to those found by other authors (COUTINHO; TAVARES, 2011; ARRUDA et al., 2018; MARMOT, 2020), and can be analyzed from Marmot (2020), who explains the relationship between income and health: this relationship can occur both in the sense that low income leads to worse health conditions, and in the sense that poor health conditions make it difficult for the individual to earn income, which reinforces the role of the social context in determining the health–disease process.

Inequalities can also be evaluated from the perspective of the location of the services offered and the physical/geographical distance from the location of the individuals who demand the services. The result of this study demonstrated, however, that residing in a different municipality from where the hemodialysis center would reduce the chances of belonging to the lowest level of access. This can be interpreted from the resoluteness of the regionalization in health adopted in Brazil's health policy, with the guarantee of sanitary transport for patients who need to move to other cities, in addition to the commitment to the scheduling of transport by the user, which may not occur with individuals who perform the procedure in the municipality of residence, as well as reflecting the economic difficulty of bearing the cost of public transport, which would not occur in the case of intercity sanitary transport (MENDES, 2019; BUSS; PELEGRINI, 2007; DESALVO; MUNTNER, 2011). This result may also reflect the small territorial extension of the studied metropolitan region.

Self-assessment of health status, although a subjective measure, has been reported as a reliable marker of the use of health services, along with mortality and functional disability (THEME-FILHA et al., 2008), that is strongly affected by physical health conditions and sociodemographic aspects. A previous study, which, although it did not assess CKD patients undergoing hemodialysis, found that, despite this assessment including subjective aspects, positive self-perception was associated with better effective health conditions, which reinforced the integral dimension of the health concept far beyond the physical condition (SONDERGAARD; JUUL, 2010). In this sense, there is already evidence that patients with chronic diseases, especially those with more than one chronic health condition, tend to assess their own health status

more negatively (SONDERGAARD; JUUL, 2010; BRASIL, 2014) [46,47]. The results indicating that individuals who self-assess their health condition as bad and very bad compared to those who assess it as good and very good are less likely to be at the lowest level of access, can be explained by the fact that they are carriers of chronic health condition with priority and continuous care and that, in this way, they feel closer to the health system (NEVES et al., 2020).

Based on the findings of the present study, it is possible to contribute to the monitoring of the actions provided for the care line for persons with CKD (MOURA et al., 2020), because, based on the methodology adopted, the data reliably portray the reality of access to hemodialysis services in a capital city in southeastern Brazil. Despite this approach, one of the limitations of this study is its cross-sectional nature, which requires greater caution in interpreting the results, due to the possibility of reverse causality. In addition, this study was carried out in a single state in Brazil. However, the methodological designs adopted to circumvent this limitation included evaluating individuals in all hemodialysis clinics in the metropolitan region surveyed, which concentrates the largest number of individuals undergoing hemodialysis in the state and conducting a pilot test to analyze the robustness of the data collection instrument.

Conclusion

Access to hemodialysis services in a metropolis in the southeastern region of Brazil is influenced by contextual, predisposing, enabling, and health need characteristics. Female health service users, aged between 30 and 59 years, with an income less than or equal to two times the minimum wage in force in Brazil, are at the lowest levels of access.

These data show aspects of inequality in access to hemodialysis services, which reinforces the importance of developing public policies to organize the distribution and supply of services to reduce social inequities, as well as ensure that the SUS is strengthened as a public health system policy, because, although the health policy in Brazil is universal, the data from this study show that there are still inequalities in access to hemodialysis services.

Based on the results presented, PHC as Brazilian public policy seems to be a viable way to expand access and reduce health inequalities by bringing the individual closer to the established health system.

List of abbreviations:

APS, Primary Health Care (Public health police in Brazil); CKD, Chronic kidney disease; DM, Diabetes Mellitus; ESF, Family Health Strategy Coverage (the gateway to public health police in Brazil); IBGE, Brazilian Institute of Geography and Statistics; IDHm, Average Human Development Index; IVS, Social Vulnerability Index; NCDs, Non-Communicable Chronic Diseases; RRT, Renal replacement therapy; SAH, Systemic Arterial Hypertension.

Declarations**Ethics approval and consent to participate**

This study followed all the ethical precepts of the Declaration of Helsinki and was approved by the Research Ethics Committee of the Health Sciences Center of the Federal University of Espírito Santo, under protocol number 4,023,221 (CAAE no. 68528817.4.0000.5060). All hemodialysis units formally authorized the research by signing the letter of consent, and all research participants signed the Informed Consent Term.

Consent for publication

Not applicable.

Availability of data and materials

Dataset used and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author upon reasonable request.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Funding

This work was supported by the Research and Innovation Support Foundation of Espírito Santo (FAPES) [grant number FAPES/CNPq/Decit–SCTIE-MS/SESA nº 03/2018 (Research Program for Brazilian Health Unic System)].

Authors' contributions

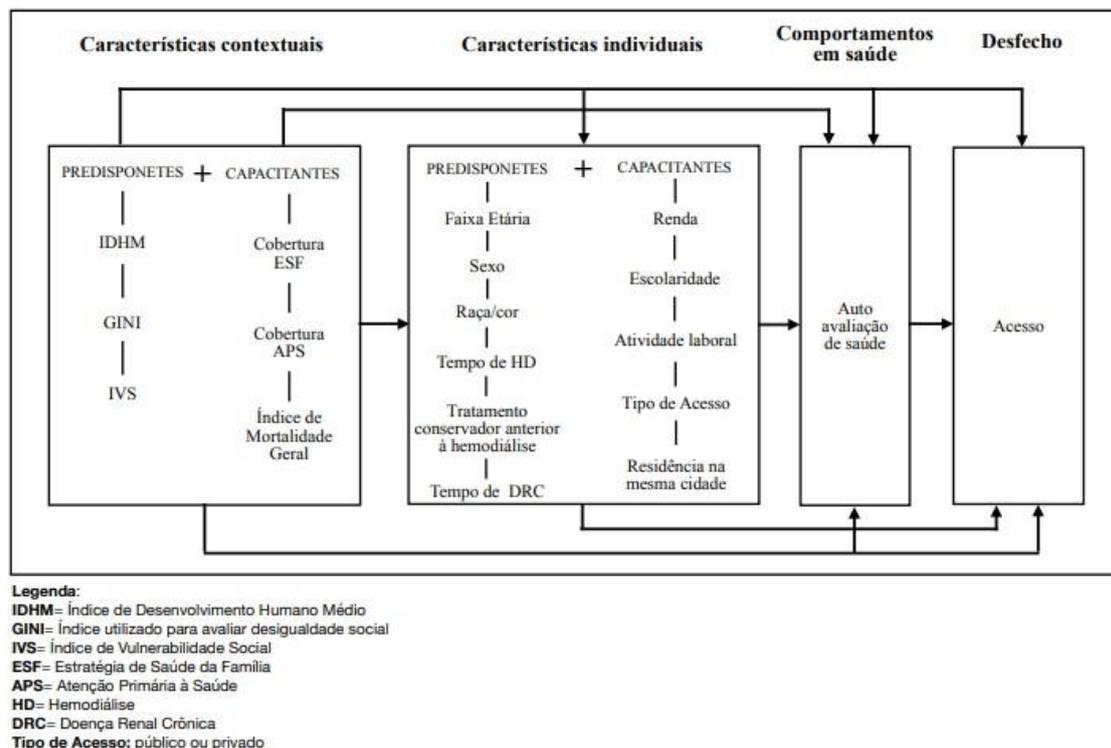
ACOS: conception, design, analysis and interpretation of data, article writing and relevant critic review of the intellectual content, approval of the article final version. Responsible for all aspects of the research in ensuring the accuracy and integrity of the study. MC: conception, and design of data, relevant critic review of the intellectual content, approval of the article final version. Responsible for all aspects of the research in ensuring the accuracy and integrity of the study. MPCPP: Conception, and design of data, relevant critic review of the intellectual content, approval of the article final version. Responsible for all aspects of the research in ensuring the accuracy and integrity of the study. ETSN: Conception, design, analysis and interpretation of data, article writing and relevant critic review of the intellectual content, approval of the article final version. Responsible for all aspects of the research in ensuring the accuracy and integrity of the study. LBS: Conception, design, analysis and interpretation of data, article writing and relevant critic review of the intellectual content, approval of the article final version. Responsible for all aspects of the research in ensuring the accuracy and integrity of the study.

Acknowledgements

To the Research and Innovation Support Foundation of Espírito Santo (FAPES) and the Research Program for SUS (PPSUS) for the financial support.

Apêndices

Figura 10 - Analysis Model



Legend: IDHm, Average Human Development Index; GINI, Index used to measure social inequality; IVS, Social vulnerability index; ESF, Family Health Strategy coverage (the gateway to public health police in Brazil); APS, Primary Health Care (Public health police in Brazil); HD, Hemodialysis.

Tabela 1 - Descriptive analysis of sociodemographic variables of hemodialysis service users

Variable	n	%
Age group (n=1024)		
20 - 29 years	59	5.7
30 - 59 years	528	51.6
60 years and more	437	42.7
Sex (n=1024)		
Female	443	43.3
Male	581	56.7
Schooling (n=1022)		
≤ 8 years of study	523	51.6

> 8 ≤ 11 years of study	332	32.8
> 11 years of study	158	15.6
Race/color (n=1016)		
White	274	26.8
Black/Brown	737	72.0
Others	12	1.2
Income (n=988)		
≤ 2 minimum wage	555	56.2
> 2 minimum wage	433	43.8
Profession (n=1009)		
With paid work activity	348	34.5
Retired due to illness	547	54.2
Without paid work activity	114	11.3
City of residence and treatment (n=1023)		
Live in the same city where he/she undergoes treatment	642	62.8
Don't live in the same city where he/she undergoes treatment	381	37.2
Acess level (n=830)		
Lowest level of acess (1 ^o tercile)	281	33.9
Intermediate level of acess (2 ^o tercile)	340	41.0
Highest level of acess (3 ^o tercile)	209	25.1

Tabela 2 - Descriptive Analysis of Access Dimensions variables (availability, accessibility and acceptability) of hemodialysis service users

Variable	N	%
----------	---	---

Availability

Distance from the home hemodialysis center (n=1018)		
Less de 1 km	44	4.3
In between 1 a 4 km	226	22.2
In between 5 a 14 km	432	42.4
Over of 15 km	316	31
Need transport to go to hemodialysis service (n=1024)		
Yes	946	92.4
Not	78	7.6
Transport used to go to the hemodialysis service (n=1021)		
Motorized	992	97.2
Outros (bike for example)	11	1.1
On foot	18	1.8
Time in transport (n=1011)		
Equal to or greater than 60 minutes	195	19.3
Between 30 and 59 minutes	296	29.3
Less than 30 minutes	520	51.4
Public system provides transportation (n=983)		
Not	204	19.9
Yes	779	76.1
There is transport for healthcare professionals (n=896)		
Not	826	92.2
Yes	70	7.8

Considers the quality hemodialysis service (n=1023)		
Not	81	7.9
Yes	942	92.1
Hemodialysis services are what you need (n=1020)		
Not	48	4.7
Yes	972	95.3
Accessibility (payment ability)		
paid for hemodialysis services (n=1023)		
Yes	116	11.3
Not	907	88.7
Needed to buy medicine (n=1024)		
Yes	689	67.3
Not	335	32.7
Paid transportation to go to hemodialysis (n=1018)		
Yes	471	46.3
Not	547	53.7
Paid for food on hemodialysis (n=1023)		
Yes	326	31.8
Not	697	68.1
Missed a day of work to undergo hemodialysis (n=921)		
Yes	69	7.5
Not	852	92.5
Lost of financial gains due to hemodialysis (n=979)		

Yes	248	25.3
Not	731	74.7
Needed a financial loan with family members (n=1020)		
Yes	149	14.6
Not	871	85.4
Needed financial loan with neighbors/friends (n=1023)		
Yes	75	7.3
Not	948	92.7
Needed a financial loan with banks (n=1023)		
Yes	978	95.6
Not	45	4.4
Needed to sell assets to undergo hemodialysis (n=1024)		
Yes	30	2.9
Not	994	97.1
Acceptability		
Trust the service professionals (n=1022)		
Not	69	6.8
Yes	953	93.2
Receives respectful treatment by professionals (n=1023)		
Not	24	2.3
Yes	999	97.7
Agrees with the treatment given (n=1021)		
Not	49	4.8

Yes	972	94.9
Your complaints are heard by professionals (n=1020)		
Not	96	9.4
Yes	924	90.6
Receive information about alternative treatments (n=1021)		
Not	341	33.4
Yes	680	66.6
The service meets your physical needs (n=1023)		
Not	74	7.2
Yes	949	92.8
Do you feel some kind of prejudice on the part of professionals (n=1021)		
Not	933	91.4
Yes	88	8.6
The service has equipment/devices available to serve you (n=1019)		
Not	127	12.5
Yes	892	87.4
The team is trained to serve you (n=1020)		
Not	50	4.9
Yes	970	95.1
Believes that it is easy to follow up on health in the public network outside of hemodialysis (n=1008)		
Not	302	30
Yes	706	70

Feel free to make any kind of complaint (n=1006)		
Not	303	30.1
Yes	703	69.9
Availability		
Distance from the home hemodialysis center (n=1018)		
Less de 1 km	44	4.3
In between 1 a 4 km	226	22.2
In between 5 a 14 km	432	42.4
Over of 15 km	316	31
Need transport to go to hemodialysis service (n=1024)		
Yes	946	92.4
Not	78	7.6
Transport used to go to the hemodialysis service (n=1021)		
Motorized	992	97.2
Outros (bike for example)	11	1.1
On foot	18	1.8
Time in transport (n=1011)		
Equal to or greater than 60 minutes	195	19.3
Between 30 and 59 minutes	296	29.3
Less than 30 minutes	520	51.4
Public system provides transportation (n=983)		
Not	204	19.9
Yes	779	76.1

There is transport for healthcare professionals (n=896)

Not	826	92.2
Yes	70	7.8

Considers the quality hemodialysis service (n=1023)

Not	81	7.9
Yes	942	92.1

Hemodialysis services are what you need (n=1020)

Not	48	4.7
Yes	972	95.3

Accessibility (payment ability)

paid for hemodialysis services (n=1023)

Yes	116	11.3
Not	907	88.7

Needed to buy medicine (n=1024)

Yes	689	67.3
Not	335	32.7

Paid transportation to go to hemodialysis (n=1018)

Yes	471	46.3
Not	547	53.7

Paid for food on hemodialysis (n=1023)

Yes	326	31.8
Not	697	68.1

Missed a day of work to undergo hemodialysis (n=921)		
Yes	69	7.5
Not	852	92.5
Lost of financial gains due to hemodialysis (n=979)		
Yes	248	25.3
Not	731	74.7
Needed a financial loan with family members (n=1020)		
Yes	149	14.6
Not	871	85.4
Needed financial loan with neighbors/friends (n=1023)		
Yes	75	7.3
Not	948	92.7
Needed a financial loan with banks (n=1023)		
Yes	978	95.6
Not	45	4.4
Needed to sell assets to undergo hemodialysis (n=1024)		
Yes	30	2.9
Not	994	97.1
Acceptability		
Trust the service professionals (n=1022)		
Not	69	6.8
Yes	953	93.2
Receives respectful treatment by professionals (n=1023)		
Not	24	2.3

Yes	999	97.7
-----	-----	------

Agrees with the treatment given (n=1021)

Not	49	4.8
Yes	972	94.9

Your complaints are heard by professionals (n=1020)

Not	96	9.4
Yes	924	90.6

Receive information about alternative treatments (n=1021)

Not	341	33.4
Yes	680	66.6

The service meets your physical needs (n=1023)

Not	74	7.2
Yes	949	92.8

Do you feel some kind of prejudice on the part of professionals (n=1021)

Not	933	91.4
Yes	88	8.6

The service has equipment/devices available to serve you (n=1019)

Not	127	12.5
Yes	892	87.4

The team is trained to serve you (n=1020)

Not	50	4.9
Yes	970	95.1

Believes that it is easy to follow up on health in the public network outside of hemodialysis (n=1008)

Not	302	30
Yes	706	70
<hr/> Feel free to make any kind of complaint (n=1006) <hr/>		
Not	303	30.1
Yes	703	69.9

Tabela 3 - Distribution of access levels, according to contextual, predisposing, enabling and health needs of hemodialysis service users

Variables	Access levels								
	Total		Low (n=281)		Intermediate (n=340)		High (n=209)		P value*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Contextual									
IDHm (n=830)									<0.001
Medium	42	5.1	23	8.2	17	5.0	2	1.0	
High	494	59.5	175	62.3	212	62.4	107	51.2	
Very High	294	35.4	83	29.5	111	32.6	100	47.8	
Gini Index (n=830)									<0.001
Average income concentration	437	52.7	169	60.1	189	55.6	79	37.8	
High concentration of income	236	28.4	75	26.7	94	27.6	67	32.1	

Very high concentration of income	157	18.9	37	13.2	57	16.8	63	30.1	
IVS (n=830)									<0.001
Very low	163	19.6	41	14.6	59	17.4	63	30.1	
Low	259	31.2	85	30.2	107	31.5	67	32.1	
Average	408	49.2	155	55.2	174	51.1	79	37.8	
Primary health care coverage									0.603
(n=830)									
High	376	45.3	124	44.2	150	44.1	102	48.8	
Medium	284	34.2	101	35.9	113	33.2	70	33.5	
Low	170	20.5	56	19.9	77	22.7	37	17.7	
Family health strategy coverage (n=830)									<0.001
High	213	25.7	83	29.5	91	26.8	39	18.7	
Medium	228	27.5	52	18.5	83	24.4	93	44.5	
Low	389	46.8	146	52.0	166	48.8	77	36.8	
General Mortality Index (n=830)									<0.001

Up to 5/1000 inhabitants	314	37.8	107	38.1	138	40.6	69	33.0
From 5.1 to 10/1000 inhabitants	359	43.3	137	48.8	145	42.6	77	36.9
Above 10/1000 inhabitants	157	18.9	37	13.1	57	16.8	63	30.1
Predisposing								
Age group (n=830)								<0.001
20 to 29 years	47	4.6	18	6.4	19	5.6	10	4.8
30 to 59 years	446	53.7	185	65.8	165	48.5	96	45.9
60 and over	337	41.7	78	27.8	156	45.9	103	49.3
Race/color (n=820)								0.108
White	227	27.7	67	24.2	102	30.3	58	28.2
Black	202	24.6	61	22.0	82	24.3	59	28.6
Brown	391	47.7	149	53.8	153	45.4	89	43.2
Sex (n=830)								<0.001

Female	354	42.7	142	50.5	142	41.8	70	33.5
Male	476	57.3	139	49.5	198	58.2	139	66.5
Chronic kidney disease time								
								0.041
(n=825)								
< 5 years	426	51.6	127	45.5	187	112	54.1	
≥ 5 years	399	48.4	152	54.5	152	44.8	95	45.9
Previous conservative treatment (n=826)								
								0.191
Not	553	66.9	176	63.1	230	67.8	147	70.7
Yes	273	33.1	103	36.9	109	32.2	61	29.3
Hemodialysis treatment time								
								0.033
(n=777)								
0 to 2 years	297	38.2	97	36.9	128	40.6	69	34.7
3 to 5 years	200	25.7	52	19.8	88	27.9	60	30.2
6 to 10 years	156	20.0	60	22.8	54	17.1	42	21.1

Above to 10 years	127	16.1	54	20.5	45	14.4	28	14.0
-------------------	-----	------	----	------	----	------	----	------

Capacitors

Income (n=806)									0.002
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------

≤ 2 minimum wage	461	57.2	173	62.9	192	58.7	96	47.1
------------------	-----	------	-----	------	-----	------	----	------

> 2 minimum wage	345	42.8	102	37.1	135	41.3	108	52.9
------------------	-----	------	-----	------	-----	------	-----	------

Access modality to hemodialysis services									0.046
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------

(n=829)

Health Unic System (Public police)	638	77.0	219	78.2	271	79.8	148	70.8
------------------------------------	-----	------	-----	------	-----	------	-----	------

Others	191	23.0	61	21.8	69	20.2	61	29.2
--------	-----	------	----	------	----	------	----	------

Schooling (n=820)									0.033
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------

≤ 8 years of study	418	51	151	18.4	181	86	10.5	
--------------------	-----	----	-----	------	-----	----	------	--

> 8 ≤ 11 years of study	281	34.3	85	10.4	108	13.2	88	10.7
-------------------------	-----	------	----	------	-----	------	----	------

> 11 years of study	121	14.8	41	5	50	6.1	30	3.7
---------------------	-----	------	----	---	----	-----	----	-----

Profession (n=819)									<0.001
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------

With paid work activity	297	36.3	107	38.8	110	32.8	80	38.5
-------------------------	-----	------	-----	------	-----	------	----	------

Retired due to illness	427	52.1	123	44.6	186	55.5	118	56.7
Without paid work activity	95	11.6	46	16.7	39	11.6	10	4.8

City of residence x hemodialysis treatment city **<0.001**

(n=830)

Lives in the same city where he/she undergoes hemodialysis	510	61.4	129	45.9	206	60.6	175	83.7
Doesn't live in the same city where he/she undergoes hemodialysis	320	38.6	152	54.1	134	39.4	34	16.3

Health needs

Self-assessment of health status (n=8) **0.032**

Good /very good	525	63.4	161	57.7	220	64.7	144	68.9
Bad / Very bad	303	36.6	118	42.3	120	35.3	65	31.1

Chi-square test. In the descriptive analysis, all individuals with information on each of the variables were included, while in the regression analysis, only those with information available for the set of variables were included. Caption: IDHm: Brazilian Municipal Human Development Index; IVS: Social Vulnerability Index; Primary Health Care; Family Health Strategy; CKD: Chronic Kidney Disease; HD: hemodialysis; SUS: Unified Health System.

Tabela 4 - Final model of the odds ratio of the access level of the first and second tertiles of hemodialysis service users

	Variables	Model 1	Model 2	Model 3
		OR (IC _{95%})	OR (IC _{95%})	OR (IC _{95%})
		First tertile	First tertile	First tertile
		(lowest access level)	(lowest access level)	(lowest access level)
Contextual	IDHm			
	Medium	26.14 (3.61-189.12)	5.61 (0.85-36.94)	
	High	10.25 (1.87-56021)	6.78 (1.00-44.5)	
	Very High	1	1	
	General Mortality Index			
Up to 5/1000 inhabitants	1	1		

5,1 to 10/1000 inhabitants	0.11 (0.19-0.66)	0.28 (0.39-1.94)	
Above to 10/1000 inhabitants	0.09 (0.15-0.58)	0.18 (0.24-1.36)	

Family health strategy coverage

Low Coverage	0.16 (0.03-0.79)	0.40 (0.07-2.44)	1.43 (0.63-3.26)
Medium Coverage	0.05 (0.01-0.26)	0.16 (0.03-0.98)	0.54 (0.29-0.99)
High Coverage	1	1	1

Age groups

Up to 29 years	2.44 (0.93-6.35)	1.78 (0.62-5.14)	1.73 (0.62-4.83)
30 to 59 years	2.25 (1.47-3.48)	2.08 (1.30-3.32)	2.16 (1.38-3.39)
≥ 60 years	1	1	1

Sex

Female	2.10 (1.40-3.17)	1.77 (1.13-2.80)	1.74 (1.11-2.72)
Male	1	1	1

Race/color

Predisposing

Black	0.98 (0.60-1.63)
Brown	0.75 (0.46-1.22)
White	1

Hemodialysis treatment time

0 to 2 years	1.05 (0.47-2.34)
3 to 5 years	0.57 (0.27-1.20)
6 to 10 years	0.77 (0.40-1.48)
Above to 10 years	1

Chronic kidney disease time

< 5 years	0.85 (0.46-1.59)	0.78 (0.51-1.20)
> 5 years	1	1

Previous conservative treatment

Not	0.68 (0.44-1.06)	0.62 (0.39-0.99)	0.59 (0.38-0.91)
Yes	1	1	1

Income

≤ 2 minimum wage	1.75 (1.07-2.84)	1.80 (1.17-2.78)
> 2 minimum wage	1	1
Schooling		
≤ 8 years of study	1.08 (0.52-2.27)	
> 8 ≤ 11 years of study	0.75 (0.38-1.50)	
> 11 years of study	1	
Access modality to hemodialysis services		
Health Unic System (Public police)	1.14 (0.66-2.00)	
Others	1	
Profession		
Without paid work activity	0.44 (0.18-1.07)	0.35 (0.15-0.85)
Retired due to illness	0.33 (0.14-0.78)	0.27 (0.12-0.64)
With paid work activity	1	1
City of residence x hemodialysis treatment city		
Doesn't live in the same city where he/she undergoes hemodialysis	0.14 (0.08-0.24)	0.13 (0.08-0.22)
Lives in the same city where he/she undergoes hemodialysis	1	1

Health needs	Self-assessment of health status	
	Bad/very bad	
Good /Very good		1

The First tertile (lowest level of access) was compared to the last tertile (highest level of access). The highest level of access is referral.

* Values related to the second tertile are not shown in Table 4, as they did not remain significant in any of the regression models.

Variables that presented p-values up to 0.1 in the association analyses were included. The variables were entered into a model considering the dimensions (contextual, predisposing, enabling, and health needs; see figure 1). To build the final regression model, only the variables that were remained associated with the outcome in the previous blocks were included in the subsequent models.

6.2 SEGUNDO ARTIGO - CAPITAL SOCIAL DE PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA: ESTUDO EM USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE EM UMA CAPITAL DO SUDESTE BRASILEIRO

*Artigo organizado conforme periódico Ciência & Saúde Coletiva

RESUMO

O objetivo deste artigo é analisar os fatores associados ao capital social de portadores de Doença Renal Crônica em hemodiálise na Região Metropolitana da Grande Vitória – ES. Para tanto, foi desenvolvida, no ano de 2019, uma pesquisa epidemiológica transversal populacional com 1.024 indivíduos. Para coleta de dados foi utilizado o Questionário Integrado para Medir Capital Social do Banco Mundial, sendo realizado teste piloto e instrumento de mensuração do capital social, apresentando coeficiente de Kappa entre 0,78 a 0,98. Para estimar as razões de chance (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC95%) entre as variáveis independentes e o desfecho, foi utilizado modelo de regressão logística multinomial. Os resultados indicam que nessa população, a baixa renda esteve associada a maiores chances de possuir menor capital social total (OR=1,62; IC_{95%}=1,03–2,54) e cognitivo (OR=1,71; IC_{95%}=1,14–2,56), enquanto o baixo nível de acesso aos serviços de saúde foi associado a maiores chances de menor capital social em todas as dimensões: total (OR=2,30, IC_{95%}=1,32–4,01), cognitivo (OR=1,78; IC_{95%}=1,04–3,04), estruturante (OR=1,86; IC_{95%}=1,08–3,21) e subjacente (OR=2,17; IC_{95%}=1,25–3,76). Os achados demonstram associação entre capital social e acesso aos serviços de saúde / renda em portadores de doença renal crônica em hemodiálise, sinalizando como o capital social de portadores de doenças crônicas pode se configurar como fator potencializador de desigualdades sociais para esses indivíduos.

Palavras-chave: Capital Social, Hemodiálise, Doença Renal Crônica

ABSTRACT

The objective was to analyze the factors associated with the social capital of patients with Chronic Kidney Disease on hemodialysis in the Metropolitan Region of Vitória - ES. A cross-sectional population-based epidemiological survey was carried out with 1024 individuals in 2019. For data collection, the World Bank's Integrated Questionnaire to Measure Social Capital was used. The pilot test was carried out and the instrument for measuring social capital presented a Kappa coefficient between 0.78

and 0.98. The multinomial logistic regression model was used to estimate the odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95%CI) between the independent variables and the outcome. The results indicate that in this population, low income was associated with greater chances of having lower total social capital (OR=1.62;CI95%=1.03–2.54) and cognitive (OR=1.71;CI95% =1.14–2.56), while the low level of access to health services was associated with greater chances of lower social capital in all dimensions: total (OR=2.30, 95%CI=1.32–4.01), cognitive (OR=1.78;CI95%=1.04–3.04) , structuring (OR=1.86;CI95%=1.08–3.21) and underlying (OR=2, 17;95%CI=1.25–3.76). The findings demonstrate an association between social capital and access to health services/income in patients with chronic kidney disease on hemodialysis, signaling how the social capital of patients with chronic diseases can be configured as a potentiating factor of social inequalities for these individuals.

Keyword: Social Capital, Hemodialysis, Chronic Kidney Disease

INTRODUÇÃO

A definição e o estudo de capital social não se configuram como tarefa simples, dada a complexidade envolvida na expressão. Conceitualmente, Hanifan (1916) o introduz atribuindo um conjunto de fatores, tais como: colaboração entre indivíduos, redes de relacionamentos e valor financeiro/econômico que, operando em conjunto, têm a capacidade de influenciar a vida de indivíduos. A partir de Hanifan (1916), o construto passou a se configurar como um dos protagonistas nos estudos relacionados às ciências sociais (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

Putnan (1993) propõe que capital social se relacionaria a uma perspectiva de relações entre pequenos grupos, em um universo mais restrito, no qual aspectos de organizações sociais teriam o papel de facilitar a articulação de ações coletivas. Isso ocorreria a partir de uma abordagem colaborativa entre redes de relacionamentos, baseadas em normas de confiança, participação, bem comum e coesão social. Já Coleman (1994) definiu o capital social a partir de sua própria função, com base em um conjunto complexo de aspectos que teriam o real objetivo de facilitar o deslocamento dos indivíduos dentro de grupos, em uma dimensão inter-relacional em direção ao alcance de suas necessidades.

Bourdieu (1984, p. 249), considerado um dos autores mais estudados no campo do capital social nas sociedades ocidentais, traz como definição a “soma de recursos que os indivíduos adquirem pelo fato de possuírem redes duráveis de relacionamentos sociais mais ou menos institucionalizados de reconhecimento mútuo”. Já Grootaert e autores (2003) classificaram o capital social em três indicadores: o capital social estrutural, o capital social cognitivo - sendo esses dois a base do construto capital social - além do capital social subjacente, relacionado aos meios e formas de como o capital social opera em função do grupo.

Ainda há o destaque de Portes e Landolt (2000) e Ostrom (2000), que reforçaram que as redes de relacionamentos construídas como capital social, em algumas situações, podem ser configuradas como excludentes para determinados grupos e atores sociais.

Convergindo a posição desses autores para o estudo do capital social de portadores de doenças crônicas, depreende-se que a rede real de relacionamentos dos cidadãos estaria relacionada à capacidade do acesso aos serviços de forma rápida e resolutiva. Ademais, haveria aspectos determinantes, como renda e educação, para a condição do indivíduo prover, manter e/ou recuperar seus níveis de saúde. A partir desta interpretação, pode-se refletir as bases legais do Sistema Único de Saúde (SUS) no cenário brasileiro, uma vez que, para as leis brasileiras, o acesso à saúde seria garantido, independentemente de quaisquer circunstâncias.

Quanto aos portadores de Doença Renal Crônica em tratamento de hemodiálise nos serviços de saúde e que necessitam de assistência fora do domicílio, por vezes é verificada a redução da capacidade produtiva e, conseqüentemente, perda do ganho real de renda (GROOTAERT; BASTELAER, 2001). Assim, a existência de capital social passa a ser fator crucial para a manutenção da qualidade de vida. Neste cenário, o capital social estaria configurado não só como os relacionamentos interpessoais entre membros da família e amigos, mas também entre indivíduos e instituições públicas, tanto para acesso aos serviços de saúde, como para recebimento de benefícios previdenciários, quando for o caso (GROOTAERT; BASTELAER, 2001), dentre outros.

Dessa forma, o estudo do capital social nos indivíduos que estão nesse quadro pode agregar conhecimento na condução de políticas públicas direcionadas. Isso se dá pelo

fato de que a condição de saúde destes indivíduos é também afetada pela rede social de suporte e de serviços de saúde que envolve a assistência qualificada. Assim, o objetivo deste estudo é analisar os fatores associados ao capital social nos portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico na Região Metropolitana da Grande Vitória - Espírito Santo (RMGV-ES).

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, que levou em consideração o total de usuários que realizavam hemodiálise na Região Metropolitana da Grande Vitória - ES durante o ano de 2019. A RMGV-ES agrega o maior número de indivíduos que realizam procedimentos desse tipo no estado do Espírito Santo.

Como critérios de inclusão foram considerados: ter 19 anos de idade ou mais; diagnóstico confirmado em prontuário de doença renal crônica pela Classificação Internacional das Doenças, versão 10 (CID-10), sendo elas CID 10: N18 (insuficiência renal crônica), CID 10: N180 (doença renal em estágio final), CID 10: N188 (outra insuficiência renal crônica), CID 10: N189 (insuficiência renal crônica não especificada) e CID 10: N19 (insuficiência renal não especificada); estar em tratamento de hemodiálise na RMGV-ES e que estavam deambulando pelas clínicas.

Como critérios de exclusão foram definidos: indivíduos em precaução de contato; que estavam sob internação hospitalar; que possuíam comprometimento na fala e/ou audição; indivíduos debilitados e/ou com dificuldades físicas que impediam a coleta de dados; e os transferidos para realização de hemodiálise em clínicas localizadas fora da RMGV-ES.

Do total de indivíduos na população-alvo (1.351), 304 atendiam aos critérios de exclusão e, desta forma, o número de elegíveis para a pesquisa foi de 1.047 indivíduos. Destes, 23 (2,2%) se recusaram a participar, sendo a amostra final composta por 1.024 pessoas.

A variável dependente foi analisada a partir do Questionário Integrado para Medir Capital Social do Banco Mundial (QI-MCS) que apresenta seis dimensões, que possibilitam a classificação de capital social em indicadores conforme Grotaert e Bastelaer (2001): capital social cognitivo (CSC) - confiança e solidariedade; capital

social estrutural (CSE) - grupos e redes; e capital social subjacente (CSS) - ação coletiva, cooperação, informação, coesão social, empoderamento e ação política.

Para a dimensão de capital social subjacente, foi adotada a proposta de Reisen et al. (2021).

As variáveis independentes foram agrupadas em blocos: características sociais contextuais (Índice de Desenvolvimento Humano médio; Índice de Gini; Índice de Vulnerabilidade Social; cobertura da Atenção Primária à Saúde; cobertura da Estratégia de Saúde da Família; Índice de mortalidade geral do município de residência; cidade de residência versus cidade de realização de hemodiálise); características sociais individuais (idade; sexo; raça/cor; status conjugal; tempo de doença renal crônica; tempo de hemodiálise; auto avaliação do estado de saúde) e características sociais estratégicas (renda; escolaridade; modalidade de assistência em saúde; atividade laboral; nível de acesso aos serviços de saúde).

A classificação de capital social em cada dimensão: estrutural, cognitivo e subjacente, seguiu a proposta de Reinsen et al. (2021) que estabelece três níveis de capital social: baixo, intermediário e alto. A partir da categorização das respostas aos itens constantes do instrumento, com estabelecimento de escore de 0 a 1 para cada um dos 33 itens do QI-MCS, que ao final são somados, dá-se origem a uma variável quantitativa discreta. Isso possibilita o cálculo de valores para o estabelecimento de pontos de corte em quartis (25% dos menores valores indicando baixo nível de capital social, de 25% a 75%, indicando moderado capital social e valores acima de 75%, indicando alto nível de capital social). A categorização do capital social total (CST) seguiu os mesmos parâmetros.

A coleta de dados foi realizada a partir de instrumento elaborado e testado previamente em *software*, desenvolvido especificamente para esta coleta, a fim de evitar possíveis falhas na transcrição de formulários e otimizar o tempo de coleta de dados da pesquisa. As informações das variáveis independentes do estudo foram baseadas em dados sobre as características da hemodiálise, transcritas dos prontuários e/ou informadas pelos indivíduos, nas variáveis individuais constantes nos questionários de entrevista e nos indicadores sociais conforme divulgação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Os dados foram digitados no *software* IBM SPSS® versão 20.0 (SPSS, Inc, Chicago, Estados Unidos da América).

As análises sobre nível de acesso aos serviços de saúde, seguiram o modelo de De Oliveira Soares e autores (2022).

Para avaliação da reprodutibilidade do instrumento de coleta de dados, foi realizado um teste piloto entre os meses de outubro e dezembro de 2018, com 57 indivíduos portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise em um município fora da região metropolitana estudada. Foram realizados os testes de Kappa e McNemar no instrumento. Os valores de Kappa ajustado variaram entre 0,78 a 0,98, os Intervalos de Confiança de 95% (IC95%) e os valores de McNemar se apresentaram como adequados em todas as dimensões do instrumento.

A análise dos resultados da pesquisa foi realizada a partir da estatística de associação bivariada entre os quartis de capital social e as características dos usuários (sociais contextuais, sociais individuais e sociais estratégicas) por meio dos testes Qui quadrado e/ou Teste Exato de Fisher.

Foi realizada análise de regressão multinomial para estimação das associações das variáveis independentes com cada desfecho. Foi elaborado um modelo multivariado com as variáveis que apresentaram nível de significância estatística de $\alpha < 0,10$ nos resultados das análises bivariadas. No modelo final foram mantidas somente as variáveis que apresentaram nível de significância $\alpha < 0,05$. Ressalta-se que apenas os usuários em hemodiálise com respostas em todas as variáveis foram incluídos nesta análise.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o número de parecer 4.023.221, CAAE número 68528817.4.0000.5060. Todas as unidades de hemodiálise autorizaram a realização da pesquisa formalmente por meio de carta de anuência, bem como todos os participantes da pesquisa, que somente iniciaram a participação após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A média de idade dos pesquisados foi de $54,7 \pm 0,59$ anos, com faixa etária predominante compreendida entre 30 e 59 anos ($n=528$, 51,6%), sendo a maioria do sexo masculino ($n=581$, 56,7%), autodeclarados pretos e pardos ($n=737$, 72%) e vivendo com companheiros ($n=570$, 55,7%). Em relação à doença renal crônica, 525

(51,3%) tinham menos de 5 anos de doença, enquanto 494 (48,2%) apresentavam a doença por 5 anos ou mais. Já referente à hemodiálise, 368 indivíduos (35,9%) realizavam o procedimento há menos de 3 anos e a maioria dos indivíduos auto avaliou o estado de saúde como bom/muito bom (n=633, 61,8%). Em relação à faixa de renda, os dados indicaram que 555 (56,2%) dos usuários dos serviços de hemodiálise possuíam renda menor ou igual a 2 salários mínimos, enquanto 433 (43,8%) apresentavam rendimentos acima de 2 salários mínimos. Acerca do nível de escolaridade, 533 possuíam até oito anos de escolarização (n=523, 51,6%). A maior parte dos entrevistados acessava os serviços de hemodiálise pelo SUS (n=774, 75,7%), eram aposentados ou afastados das atividades laborais, recebendo benefício social (n=547, 54,2%), enquanto apenas 209 (25,2%) estavam no nível mais alto de acesso aos serviços de saúde.

Em relação ao capital social total, 258 indivíduos (25,2%) foram classificados com baixo capital social; 512 (49,7%) com moderado capital social; e 254 (24,9%) classificados com alto capital social total (Tabela 5). Em relação ao capital social cognitivo, 260 (25,4%) portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise apresentavam baixo capital social, 509 (49,7%) moderado, enquanto 255 (25%) apresentaram alto capital social cognitivo (Tabela 6). Referente à dimensão estrutural, 256 (25%) possuíam baixo capital social, 512 (50%) moderado e 256 (25%) alto capital social estrutural (Tabela 6). Ao se analisar a dimensão subjacente, 259 (25,3%) foram classificados com capital baixo, 510 (49,8%) com capital moderado e apenas 255 (24,9%) com capital social alto (Tabela 6). Para todas as dimensões de capital social, a minoria dos indivíduos em procedimento de hemodiálise foi classificada no nível mais alto. Os valores de média, mediana, máximo e mínimo referente ao CST, CSC, CSE e CSS estão apresentados na Figura 11.

Os resultados das análises de associação demonstraram que as variáveis status conjugal ($p=0,025$), auto avaliação do estado de saúde ($p<0,001$), renda ($p<0,001$), modalidade de acesso ($p=0,03$) e nível de acesso ($p<0,001$) apresentaram associação significativa com CST (Tabela 1). Entretanto, após realização de técnica de regressão logística multinomial com essas variáveis, a variável modalidade de acesso não permaneceu associada ao CST, enquanto viver conjugalmente com companheiro (a) ($p=0,029$; OR = 0,631; IC_{95%}= 0,42 – 0,95) e auto avaliar a condição de saúde como

boa/muito boa ($p < 0,001$; OR = 0,404; IC_{95%} = 0,26 – 0,62) indicam reduzir as chances de possuir CST baixo quando comparado com quem vive sem cônjuge e auto avalia a condição de saúde em ruim/muito ruim. Estar no nível mais baixo de acesso aos serviços de saúde, quando comparado ao nível mais elevado de acesso ($p = 0,003$; OR = 2,30, IC_{95%} = 1,32 – 4,01), e possuir renda menor do que dois salários mínimos, comparados a renda superior a dois salários mínimos ($p = 0,035$; OR = 1,62; IC_{95%} = 1,03 – 2,54), aumentam as chances de possuir baixo CST (Tabela 7).

Ao analisar o CSC, observa-se que o Índice de Desenvolvimento Humano médio (IDHm) do município de residência ($p = 0,012$), a auto avaliação do estado de saúde ($p = 0,003$), a renda ($p = 0,010$) e o nível de acesso ($p = 0,027$) demonstraram associação significativa. Essas variáveis também se mantiveram associadas ao CSC após a análise de regressão logística multinomial, indicando que residir em cidades de IDHm médio comparado com alto ($p = 0,011$; OR = 0,262; IC_{95%} = 0,09 – 0,736), e se auto avaliar com saúde boa/muito boa comparado a ruim/muito ruim ($p = 0,006$; OR = 0,059; IC_{95%} = 0,369 – 0,847) reduzem a chance de possuir baixo CSC. Por sua vez, ter uma renda mais baixa ($p = 0,009$; OR = 1,713; IC_{95%} = 1,143 – 2,567) e baixo nível de acesso aos serviços de saúde ($p = 0,034$; OR = 1,781; IC_{95%} = 1,044 – 3,040) aumentam as chances de possuir baixo CSC (Tabela 7)

Os resultados das análises da dimensão de CSE evidenciaram associação significativa com as variáveis Índice de Gini ($p = 0,031$); Índice de Vulnerabilidade Social ($p = 0,002$); raça/cor ($p < 0,0001$); tempo de doença renal crônica ($p = 0,015$); atividade laboral ($p = 0,029$) e nível de acesso aos serviços de saúde ($p = 0,049$). Entretanto, após ajuste do modelo com regressão logística multinomial, apenas a variável nível de acesso se manteve associada ao CSE ($p = 0,025$; OR = 1,865; IC_{95%} = 1,082 – 3,215), indicando que o menor nível de acesso aos serviços de saúde aumenta em 86% as chances de possuir menor CSE (Tabela 8).

Para a dimensão CSS, os resultados indicaram associação à situação conjugal ($p = 0,05$), auto avaliação do estado de saúde ($p < 0,001$), renda ($p = 0,002$), escolaridade ($p < 0,001$), modalidade de acesso ($p = 0,040$) e nível de acesso aos serviços de saúde ($p = 0,049$). No entanto, após análise de regressão logística multinomial, as variáveis renda, escolaridade e modalidade de acesso não se mantiveram associadas. Já as variáveis situação conjugal (viver conjugalmente) ($p = 0,018$; OR = 0,607; IC_{95%} = 0,402

– 0,918) e auto avaliação do estado de saúde em bom/muito bom ($p= 0,001$; $OR = 0,496$; $IC_{95\%} = 0,326 - 0,755$) demonstram reduzir as chances de CSS mais baixo, enquanto estar no nível mais baixo de acesso à saúde ($p=0,006$; $OR = 2,173$; $IC_{95\%} = 1,253 - 3,767$) aumentam as chances de possuir capital social mais baixo (Tabela 8).

DISCUSSÃO

As pesquisas sobre capital social entre portadores de doenças crônicas, que por sua vez demandam tratamento contínuo, são escassas (GROOTAERT; BASTELAR, 2001). Assim, este estudo apresenta aspectos importantes, mas ainda pouco abordados, principalmente em países com marcada desigualdade social, como é o caso do Brasil (SANTOS, 2018). Os achados demonstraram que a minoria dos indivíduos que realizam hemodiálise na RMGV-ES possuía altos níveis de capital social em todas as dimensões (cognitivo, estrutural, subjacente e total). Isso pode ser analisado a partir da realidade imposta pelo tratamento hemodialítico, que prevê sessões com duração média de 4 horas, 3 vezes por semana. Esse fator pode afastar os indivíduos do convívio social e, por consequência, das relações interpessoais que caracterizam o capital social (BORTOLUZZI et al., 2017; JESUS et al., 2019).

Ao analisar os resultados do CST, identificou-se que viver com companheiro(a) e se auto avaliar com uma condição de saúde como boa/muito boa, reduzem as chances de possuir baixo CST em 37% e 60%, respectivamente. Esses resultados reforçam os achados de Alves-Silva et al. (2016) e Féres-Carneiro e Diniz-Neto (2010), que evidenciaram o papel dos relacionamentos conjugais para além de relações afetivas, constituindo-se também como ferramenta na construção de redes, o que pode aumentar o CST.

Em relação a auto avaliação do estado de saúde, embora seja uma medida de caráter mais subjetivo, estudos têm demonstrado que esse é um marcador fidedigno de incapacidade funcional, afetado por condições físicas e aspectos sociodemográficos (DESALVO; MUNTNER, 2011). Em um estudo anterior, Theme-Filha et al. (2008), embora não tenha avaliado portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise, encontrou resultados que sugerem que a auto percepção positiva está associada às melhores condições efetivas de saúde, reforçando a dimensão de integralidade no conceito de saúde, repercutindo em escore mais elevado de CST

quando comparado aos indivíduos que se auto avaliam com uma condição de saúde ruim/muito ruim.

Também foi identificado que possuir baixo nível de acesso aos serviços de saúde e renda mais baixa aumentam significativamente as chances de possuir CST mais baixo. Esses resultados corroboram os achados de outros estudos, ao evidenciar associação entre baixo acesso aos serviços de saúde e baixa renda com redes de relacionamentos mais frágeis e menos articuladas em prol de objetivos comuns (PORTUGAL, 2006; AIDA et al., 2011; TOMIOKA et al., 2015; ARRUDA et al., 2018); PINHEIRO et al., 2022). Esse fator, portanto, reflete os postulados de Coleman (1994) sobre a própria definição de capital social.

Da mesma forma, a baixa renda e o menor acesso aos serviços de saúde permaneceram associados ao menor CSC. Considerando que CSC envolve aspectos de solidariedade e confiança, isso pode ser analisado a partir da perspectiva de que indivíduos com menor nível de renda no Brasil apresentam maior percepção de exclusão social, refletindo menor grau de confiança, especialmente no poder público (JOHANNES 2009; TENZIN; NATSUDA, 2013; MORRIS, 1998). No entanto, para essa mesma dimensão, se auto avaliar com condição de saúde boa/muito boa e residir em cidades classificadas com IDHm médio reduzem as chances de possuir CSC baixo. Em relação ao IDHm, esse resultado pode ser interpretado a partir da relação entre maior nível de renda e grupos sociais mais restritos, portanto, mais isolados dentro da própria camada social (GALVÃO et al., 2021; MARTÍNEZ-VALLE et al., 2014; PADILHA, 2011). Já a auto avaliação positiva do estado de saúde reflete a confiança no atendimento e tratamento, além da percepção de solidariedade dentro da rede de saúde (ANDRADE et al., 2019).

Para o CSE, o baixo acesso aos serviços de saúde também foi associado. Ao se considerar que o CSE junto ao CSC formam a base do Capital Social (PUTNAM, 1993; 2000), e que o acesso aos serviços de saúde é fundamental na garantia da qualidade de vida e saúde de indivíduos que necessitam de hemodiálise (MOREIRA et al., 2016), este resultado pode refletir uma possível redução da capacidade funcional em função do baixo acesso aos serviços de saúde, o que implicaria em menor convívio social e, portanto, CSE mais baixo. Assim posto, a reflexão consequente desta situação aponta para uma realidade cíclica, em que baixo CSE leva a fragilidade na representação

política/social desses indivíduos, que, por sua vez, implicaria em baixo acesso aos serviços de saúde. A partir dessa perspectiva, o entendimento da relação entre capital social e acesso aos serviços de saúde nessa população é fundamental para implementação/efetivação de políticas públicas de saúde assertivas.

Por fim, para o CSS, viver com companheiro(a) e se auto avaliar com condição de saúde como muito boa/boa, reduziram as chances de possuir CSS mais baixo. Ainda foi verificada a convergência entre acesso aos serviços de saúde e CSS, visto que estar no nível mais baixo de acesso aos serviços de saúde também aumentou as chances de possuir CSS mais baixo. Esses resultados sinalizam a necessidade do fortalecimento de políticas públicas que reforcem na população o conceito de cidadania, com garantia de direitos e o efetivo acesso aos serviços de saúde. Isso refletiria em engajamento, capacidade de articulação, solidariedade e confiança, ou seja, no próprio capital social (CARVALHO, 2013; OLIVEIRA SOARES et al., 2022; MACHADO; GUIM, 2017).

A partir dos achados deste estudo, evidencia-se a relação direta entre todas as dimensões do capital social com nível de acesso aos serviços e a auto avaliação do estado de saúde. Este resultado pode ser analisado sob a ótica de Bourdieu (1984), uma vez que baixo acesso aos serviços de saúde comprometeria a qualidade de vida dos portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise, levando à auto avaliação negativa de saúde. Esta, por sua vez, reduziria o convívio social, dificultando a articulação de ações com foco no atendimento de necessidades coletivas, podendo gerar um ciclo, ratificando as proposições de Portes e Landolt (2000) e Ostrom (2000).

Essa evidência ressalta que, embora no Brasil haja um sistema público de saúde considerado referência internacional, ainda persistem aspectos de iniquidade em saúde (CARVALHO, 2013) entre os portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico na RMGV-ES. Esse fato salienta a urgência de uma profunda reflexão sobre as políticas públicas em vigor no país, visando um caminho possível para a assistência. Neste sentido, a proposição da retomada do Movimento de Reforma Sanitária com Repolitização da Saúde no Brasil pode se configurar como uma alternativa plausível na garantia do acesso, com conseqüente aumento do capital social dos portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise.

Os achados do presente trabalho, podem contribuir com o monitoramento das ações previstas na Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (BRASIL, 2004), uma vez que os resultados retratam as relações entre capital social, acesso aos serviços de saúde, e auto avaliação de saúde de portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise. A partir do entendimento dessas relações, as estratégias adotadas podem ser mais assertivas na garantia de direitos com base nas articulações sociais previstas no construto de capital social

Uma das limitações que deve ser considerada no estudo, é causalidade reversa, entretanto, o modelo de análise e o delineamento metodológico utilizados foram cuidadosamente adotados pelos autores para contornar esta limitação.

CONCLUSÃO

Os achados revelam que indivíduos portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise e que apresentam menores índices de CST, estão no nível mais baixo de acesso aos serviços de saúde. Esse padrão de associação também se refletiu nas dimensões do CSC, CSE e CSS, o que reforça a importância da efetivação de políticas públicas que garantam o acesso aos serviços de saúde para esses indivíduos.

Ainda há o destaque da associação entre menores níveis de CST e CSC com baixa renda, evidenciando a determinação social em saúde de doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise, além de reforçar os aspectos de iniquidades inerentes à formação da sociedade brasileira. Quanto à associação entre melhores níveis nas dimensões de CST, CSC e CSS e auto avaliação positiva da saúde, pode ser interpretado como repercussão do conceito de integralidade em saúde, que deve estar incorporado na assistência, especialmente de indivíduos que necessitam atendimento rotineiro e contínuo, como os portadores de doenças renais em tratamento hemodialítico.

Apêndices

Figura 11 - Medidas de posição do capital social dos usuários em hemodiálise

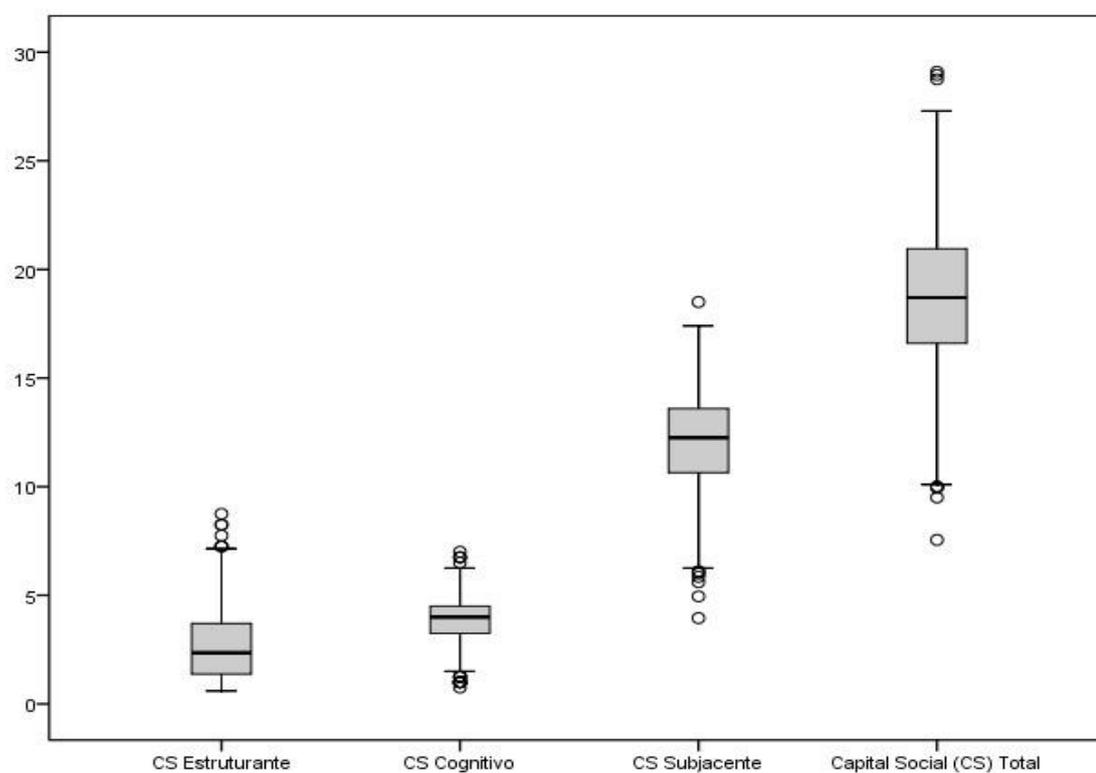


Tabela 5 - Distribuição do capital social total segundo características gerais dos usuários em hemodiálise. RMGV – ES, 2019.

	Capital Social Total								p - valor
	Baixo		Moderado		Alto		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
IDHm									0,090
Médio	5	0,48	30	2,93	18	1,76	53	5,17	
Alto	152	14,85	296	28,91	145	14,16	593	57,92	
Muito alto	101	9,86	186	18,16	91	8,89	378	36,91	
Índice de Gini									0,421
Média concentração de renda	125	12,21	265	25,88	138	13,48	528	51,56	
Alta concentração de renda	84	8,20	141	13,77	74	7,22	299	29,20	
Muito alta concentração de renda	49	4,78	106	10,35	42	4,11	197	19,24	
Índice de Vulnerabilidade									0,393
Muito baixo	51	4,98	110	10,74	43	4,20	204	19,92	
Baixo	90	8,79	152	14,85	82	8,01	324	31,64	
Médio	117	11,42	250	24,41	129	12,60	496	48,44	
Cobertura APS									0,824
Alta	122	11,91	236	23,04	119	11,62	477	46,58	
Média	77	7,52	166	16,21	86	8,40	329	32,13	
Baixa	59	5,76	110	10,74	49	4,78	218	21,29	
Cobertura Saúde da Família									0,398
Baixa	118	11,52	235	22,95	120	11,72	473	46,19	
Média	67	6,54	151	14,75	60	5,86	278	27,15	
Alta	73	7,13	126	12,30	74	7,23	273	26,66	
Taxa mortalidade geral									0,405
Até 5 por 1000 habitantes	98	9,57	199	19,43	91	8,89	388	37,89	
5,1 a 10 por 1000 habitantes	110	10,74	207	20,21	121	11,82	438	42,77	
Acima de 10 por 1000 habitantes	50	4,89	106	10,35	42	4,10	198	19,34	
Cidade de residência e tratamento									0,403
Mora na mesma cidade que realiza hemodiálise	170	16,60	319	31,15	153	14,94	642	62,70	
Não mora na mesma cidade que realiza hemodiálise	88	8,59	193	18,85	101	9,86	382	37,30	
Faixa etária									0,208
19 a 29 anos	15	1,46	23	2,25	21	2,05	59	5,76	
30 a 59 anos	125	12,21	272	26,56	131	12,79	528	51,56	
60 anos ou mais	118	11,52	217	21,19	102	9,96	437	42,67	
Sexo									0,257

Com companheiro	125	12,21	295	28,80	150	14,65	570	55,67
Sem companheiro	133	12,99	217	21,20	104	10,15	454	44,33
Tempo de doença renal crônica	0,296							
< 5 anos	122	11,91	264	25,78	139	13,57	525	51,27
≥ 5 anos	133	12,99	246	24,02	115	11,23	494	48,24
Tempo de hemodiálise (n = 967)*	0,487							
<hr/>								
	136	13,32	315	30,85	182	17,83	633	62,00
	121	11,85	196	19,20	71	6,95	388	38,00
	<0,001							
≤ 2 salários mínimos	159	16,09	283	28,64	113	11,44	555	56,17
		8,70	217	21,96	130	13,16	433	43,82
	0,492							
≤ 8 anos	136	13,42			120	11,85	523	51,63
> 8 a ≤ 11 anos	86	8,49			87	8,59	332	32,77
					44	4,34	158	15,60
	0,030							
	204	19,95	393	38,42	177	17,30	774	75,66
	54	5,28	118	11,53	77	7,52	249	24,34
	0,068							
Feminino	108	10,55	234	22,85	101	9,86	443	43,26
Masculino	150	14,65	278	27,15	153	14,94	581	56,74
Raça/cor (n = 1011)*	0,558							
Branca	69	6,82	144	14,25	61	6,03	274	27,10
Preta/Parda	188	18,60	363	35,90	186	18,40	737	72,90
Status conjugal	0,025							
0 a 2 anos	86	8,90	180	18,61	102	10,55	368	38,05
3 a 5 anos	59	6,10	136	14,06	57	5,90	252	26,06
6 a 10 anos	50	5,18	101	10,44	47	4,86	198	20,48
> 10 anos	44	4,55	74	7,65	31	3,20	149 ()	15,41
Avaliação do estado de saúde (n = 1021)*	<0,001							
Bom/muito bom								
Ruim/muito ruim								
Renda (n = 988)*								
> 2 salários mínimos	86							
Escolaridade (n = 1013)*								
			267	26,35				
			159	15,70				
> 11 anos	33	3,26	81	8,00				
Modalidade de assistência (n = 1023)*								
Sistema Único de Saúde								
Outros								

Alta concentração de renda	73	7,13	166	16,21	60	5,86	299	29,20
Muito alta concentração de renda	59	5,76	92	8,98	46	4,49	197	19,24
Índice de Vulnerabilidade								0,002
Muito baixo	62		94	9,18	48	4,69	204	19,92
Baixo	72		188	18,36	64	6,25	324	31,64
Médio	122		230	22,46	144	14,06	496	48,44
Cobertura Saúde da Família								0,070
Baixa	118		220	21,48	135	13,18	473	46,19
Média	77		142	13,87	59	5,76	278	27,15
Alta	61		150	14,65	62	6,05	273	26,66
Raça/cor (n = 1011)*								<0,001
Branca	56		165	16,32	53	5,24	274	27,10
Preta/Parda	199		340	33,63	198	19,58	737	72,90
Tempo de doença renal crônica								0,015
< 5 anos	112		270	26,37	143	13,96	525	51,27
≥ 5 anos	143		238	23,24	113	11,03	494	48,24
Tempo de hemodiálise (n = 967)*								0,095
			191	19,75	94	9,72	368	30,05
			137	14,17	61	6,31	252	26,06
			94	9,72	46	4,76	198	20,47
			63	6,51	37	3,83	149	15,41
Profissão (n = 1009)*								0,029
Com atividade laboral	68		179	17,74	101	10,00	348	34,49
Aposentado ou afastado por doença	156	15,46	267	26,46	124	12,29	547	54,21
Sem atividade laboral	28	2,77	59	5,85	27	2,67	114	11,30
		6,05						
		7,03						
		11,91						
		11,52						
		7,52						
		5,96						
		5,54						
		19,68						
		10,94						
		13,96						
0 a 2 anos	83	8,58						
3 a 5 anos	54	5,58						
6 a 10 anos	58	6,00						
> 10 anos	49	5,07						
		6,74						

remunerada

	Baixo		Moderado		Alto		Total		p-valor	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Status conjugal										0,050
Com companheiro	129	12,60	287	28,03	154	15,04	570	55,66		
Sem companheiro	130	12,70	223	21,77	101	9,86	454	44,33		
Avaliação do estado de saúde (n = 1021)*										<0,001
Bom/muito bom	127	12,44	333	32,61	173	16,94	633	62,00		
Ruim/muito ruim	131	12,83	176	17,24	81	7,93	388	38,00		
Renda (n = 988)*										0,002
≤ 2 salários mínimos	156	15,79	284	28,74	115	11,64	555	56,17		
> 2 salários mínimos										
Modalidade de assistência (n = 1023)*										0,040
Sistema Único de Saúde	203	19,84	393	38,41	178	17,40	774	75,66		
Outros	56	5,47	116	11,34	77	7,52	249	24,34		
Profissão (n = 1009) *										0,069
Com atividade laboral	87	8,62	157	15,55	104	10,31	348	34,49		
Aposentado ou afastado	141	13,97	287	28,44	119	11,79	547	54,21		
92 por doença										43,82
Sem atividade laboral remunerada	25	2,47	60	5,94	29	2,87	114	11,30		
Acesso (n = 830)*										0,049
Baixo	84	10,12	141	16,98	56	6,74	281	33,85		
Intermediário	91	10,96	160	19,27	89	10,72	340	40,96		
Alto	42	5,06	106	12,77	61	7,35	209	25,18		

* As variáveis que não totalizaram n = 1.024 referem-se à ausência de informação na variável. hemodiálise; doença renal crônica. IDM: Índice de desenvolvimento humano municipal. APS: atenção primária em saúde

Tabela 7 - Regressão Logística Multinomial com os desfechos associados dos usuários em hemodiálise. RMGV – ES, 2019.

Variáveis	Capital Social Total				Capital Social Cognitivo			
	pvalor	OR	IC _{95%} Superior	IC _{95%} Inferior	p-valor	OR	IC _{95%} Superior	IC _{95%} Inferior
IDHm								
Médio					0,011	0,262	0,094	0,736
Alto					0,223	0,768	0,503	1,174
Muito alto						1		
Status conjugal								
Com companheiro	0,029	0,631	0,418	0,954				
Sem companheiro					1			
Avaliação do estado de saúde								
Bom/muito bom	<0,001	0,404	0,262	0,623	0,006	0,559	0,369	0,847

Ruim/muito ruim	1				1				
Renda									
≤ 2 salários mínimos	0,035	1,620	1,034	2,538	0,009	1,713	1,143	2,567	
Variáveis									
	Capital Social Estrutural				Capital Social Subjacente				
				IC_{95%} Inferior	p-valor			IC_{95%} Superior	
	p-valor	OR		Superior		OR			
Índice de Gini									
Média concentração de renda	0,966	1,054	0,094	11,865					
Alta concentração de renda	0,499	2,317	0,202	26,548					
Muito alta concentração de renda		1							
Índice de Vulnerabilidade									
Muito baixo	0,634	1,783	0,165	19,315					
Baixo	0,546	0,705	0,226	2,195					
Médio		1							
Raça/cor									
Branca	0,901	0,969	0,591	1,590					
Preta/Parda		1							
Tempo de doença renal crônica									
> 2 salários mínimos	1				1				
Modalidade de assistência									
Sistema Único de Saúde	0,890	1,037	0,618	1,740					
Outros		1							
Acesso									
Baixo	0,003	2,300	1,319	4,011	0,034	1,781	1,044	3,040	Intermediário
	2,032	1,215	3,398	0,245	1,354	0,813	2,256		0,007
Alto		1						1	

Capital social total R² Nagelkerke: 0,071; Capital social cognitivo R² Nagelkerke: 0,045; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança; IDHm: Índice de desenvolvimento humano municipal.

Tabela 8 - Regressão Logística Multinomial com os desfechos associados dos usuários em hemodiálise. RMGV – ES, 2019.

< 5 anos	0,086	0,699	0,464						
≥ 5 anos		1							
Status conjugal									
Com companheiro					0,018	0,607	0,402	0,918	

Sem companheiro					1
Avaliação do estado de saúde					
Bom/muito bom		0,001	0,496	0,326	0,755
Ruim/muito ruim					1
Renda					
salários mínimos		0,165	1,397	0,872	2,237 ≤ 2
> 2 salários mínimos					1
Escolaridade					
≤ 8 anos		1,067	0,559	2,036	
> 8 a ≤ 11 anos		1,016	0,541	1,908	
> 11 anos					1
Modalidade de assistência					
Sistema Único de Saúde		0,450	1,226	0,723	2,078
Outros					1
Profissão					
Com atividade laboral	0,396	0,745	0,378		
Aposentado ou afastado por doença	0,417	1,312	0,680		
Sem atividade laboral remunerada					1
Acesso					
Baixo	0,025	1,865	1,082	0,006	2,173
Intermediário	0,054	1,672	0,991	0,078	1,597
Alto					1

Capital social estrutural R² Nagelkerke: 0,073; Capital social subjacente R² Nagelkerke: 0,064; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança; doença renal crônica.

6.3 TERCEIRO ARTIGO – MULTIMORBIDADE COMPLEXA EM USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE

* Artigo organizado conforme periódico Ciência & Saúde Coletiva

RESUMO

O objetivo deste artigo foi analisar os fatores associados à multimorbidade complexa (MMC) de usuários de serviço de hemodiálise na Região Metropolitana da Grande Vitória – ES. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa epidemiológica transversal, com a presença de 1.024 indivíduos no ano de 2019. Os dados de MMC foram coletados por meio de aplicação de questionário aos usuários de serviços de hemodiálise. O modelo de regressão logística binária foi utilizado para estimar as razões de chance (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC95%) entre as variáveis independentes e o desfecho. A prevalência de MMC foi de 81% e os resultados indicaram que: residir em municípios com baixo índice de Mortalidade Geral (OR = 0,395, IC_{95%} = 0,179 – 0,870); estar na faixa etária entre 18 e 29 anos (OR=0,402, IC_{95%} = 0,196 – 0,825); possuir 8 anos ou mais de escolarização (OR =0,536, IC_{95%} = 0,29 – 0,966); e a avaliação da saúde como boa/muito boa (OR = 0,446, IC_{95%} = 0,301 – 0,661) são fatores de proteção para MMC. Ao mesmo passo, maior tempo de realização de hemodiálise (OR = 1,779 e IC_{95%} = 1,057 – 2,997) é fator de risco para MMC. Características contextuais e individuais estão associadas à MMC em usuários de serviços de hemodiálise.

Palavras-chave: Multimorbidade Complexa, Hemodiálise, Doença Renal Crônica

ABSTRACT

The objective was to analyze the factors associated with complex multimorbidity (MMC) in hemodialysis service users in the Vitória Metropolitan Region - ES. A cross-sectional population epidemiological research was carried out with 1024 individuals in the year 2019. MMC data were collected through the application of a questionnaire to users of hemodialysis services. A binary logistic regression model was used to estimate the odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (IC_{95%}) between the independent variables and the outcome. The prevalence of MMC was 81% and the results indicated that: living in cities with a low General Mortality Rate (OR = 0.395, IC_{95%} = 0.179 – 0.870), being in the age group between 18 and 29 years

(OR=0.402, IC_{95%} = 0.196 - 0.825), having 8 years or more of schooling (OR =0.536, IC_{95%} = 0.29 - 0.966) and self-rated health as good/very good (OR = 0.446, IC_{95%} = 0.301 - 0.661) are protective factors for MMC. While the longer duration of hemodialysis (OR = 1.779 and IC_{95%} = 1.057 – 2.997) is a risk factor for MMC. Contextual and individual characteristics are associated with MMC in users of hemodialysis services.

Keyword: Complex Multimorbidity, Hemodialysis, Chronic Kidney Disease

INTRODUÇÃO

O termo multimorbidade surgiu na Europa na metade final do século XX (FORD; FORD, 2018) e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008), refere-se à simultaneidade da ocorrência de duas ou mais condições/doenças crônicas em um mesmo indivíduo. O interesse pelo estudo da multimorbidade tem crescido, especialmente a partir de dados que evidenciam o aumento da expectativa de vida e da prevalência e incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) entre as populações (STARFIELD, 2011).

Embora a definição proposta pela OMS seja a mais adotada (XU et al., 2017), não há ainda consenso sobre o conceito (LE RESTE et al., 2013) de multimorbidade, inclusive quanto a um padrão de classificação (DIEDERICHS et al., 2011). Entretanto, o ponto de convergência entre os autores que estudam o tema é a associação entre multimorbidade com maior taxa de mortalidade, polifarmácia e aumento de utilização de serviços de saúde, o que se configura como um desafio ainda maior para os sistemas de saúde, principalmente os públicos (NICE, 2016).

Apesar dos impactos negativos à saúde, os estudos sobre multimorbidade são recentes e os métodos de classificação são pouco padronizados, o que limita a comparação dos resultados (DIEDERICHS et al., 2011). Outro fator limitante é a utilização desse conceito em população já potencialmente multimórbida, como nos indivíduos em tratamento de hemodiálise, uma vez que estes apresentam, rotineiramente, comorbidades crônicas associadas (SILVA et al., 2020).

Embora estudos sobre multimorbidade em indivíduos sob hemodiálise sejam escassos, a compreensão dessa condição nesse grupo é útil, especialmente no fornecimento de dados para orientação de abordagem terapêutica, alocação de

recursos e monitoramento dos indivíduos dentro da rede de saúde (RZEWUSKA et al., 2017; HARRISON et al., 2016).

Dessa forma, uma alternativa para o estudo da condição de multimorbidade seria a avaliação da ocorrência de multimorbidade complexa, definida por Harrison e autores (2014) como a existência de três ou mais condições crônicas que afetam três ou mais domínios orgânicos (sistemas corporais) diferentes. Esse método avalia o comprometimento de sistemas corporais, ao invés da avaliação da multimorbidade por contagem de doenças, sendo aplicável ao grupo de indivíduos em tratamento de hemodiálise.

Assim, a partir do exposto, este estudo apresenta uma proposta inovadora na análise da multimorbidade complexa, tratando em específico dos indivíduos sob tratamento de hemodiálise na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo (RMGV), Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, que considerou o total de usuários que realizavam hemodiálise na RMGV-ES no ano de 2019. A RMGV-ES agrega o maior número de indivíduos que realizam procedimentos de hemodiálise no estado do Espírito Santo.

Como critérios de inclusão foram considerados: ter 18 anos de idade ou mais; ter diagnóstico confirmado em prontuário de Doença Renal Crônica pela Classificação Internacional das Doenças, versão 10 (CID-10), sendo elas CID 10: N18 (insuficiência renal crônica), CID 10: N180 (doença renal em estágio final), CID 10: N188 (outra insuficiência renal crônica), CID 10: N189 (insuficiência renal crônica não especificada) e CID 10: N19 (insuficiência renal não especificada); estar em tratamento de hemodiálise na RMGV-ES e que estavam deambulando. Considerou-se a doença renal crônica como critério inicial de análise das demais morbidades em todos os usuários de serviços de hemodiálise.

Como critérios de exclusão foram definidos: indivíduos em precaução de contato; que estavam sob internação hospitalar; os que possuíam comprometimento na fala e/ou audição; indivíduos debilitados e/ou com dificuldades físicas que impediam a

coleta de dados; e os transferidos para realização de hemodiálise em clínicas localizadas fora da RMGV-ES.

Do total de indivíduos na população-alvo (1.351), 304 foram excluídos pelos critérios estabelecidos e, desta forma, o número de elegíveis para a pesquisa foi de 1.047 indivíduos. Destes, 23 (2,2%) recusaram-se a participar, sendo a amostra final composta por 1.024 pessoas.

A multimorbidade complexa foi caracterizada pela ocorrência de três ou mais condições/doenças crônicas que afetam três ou mais domínios ou sistemas corporais diferentes (HARRISON et al., 2014), excluindo-se a doença renal crônica, uma vez que ser portador da doença foi critério para inclusão no estudo.

Para identificação dos domínios/sistemas orgânicos relacionados com cada condição/doença, foi utilizada a CID – 11 (WHO, 2015) com a classificação: Doenças Endócrinas, nutricionais ou metabólicas (dislipidemia, diabetes e alterações tireoidianas); Sistema Circulatório (arritmia cardíaca, hipertensão arterial, infarto e acidente vascular cerebral); Transtornos mentais, comportamentais ou de neurodesenvolvimento (depressão, mal de Alzheimer); Neoplasias (câncer); Sistema geniturinário (Doenças renais – são classificadas nesse grupo, mas não foram incluídas, já que foi critério para inclusão do estudo – e infertilidade); Sistema digestivo (cirrose hepática); Sistema nervoso (mal de Parkinson); Sistema pulmonar (asma, bronquite, enfisema pulmonar); Sistema musculoesquelético ou tecido conjuntivo (Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, artrose, hérnia de disco).

Os dados sobre ocorrência das condições/doenças crônicas foram coletados dos prontuários, bem como a partir da pergunta “Alguma vez um médico ou outro profissional da saúde já lhe informou que você tinha alguma dessas doenças?”. As doenças/condições crônicas investigadas nesta pesquisa foram: arritmia; infarto; acidente vascular cerebral; *Diabetes mellitus*; hérnia de disco; artrose; mal de Parkinson; Alzheimer; cirrose hepática; infertilidade; câncer; doenças tireoidianas; asma; bronquite; enfisema pulmonar; hipertensão arterial; dislipidemia; alterações de tireoide e depressão.

O modelo de análise segue a proposta de Andersen (2008), em que a multimorbidade pode ser considerada uma necessidade em saúde (Figura 12), sendo as variáveis independentes classificadas em blocos. Já variáveis contextuais (coletadas a partir de indicadores dos municípios de residência dos indivíduos disponíveis no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010)) foram agrupadas em blocos: variáveis predisponentes (IDHm – Índice de Desenvolvimento Humano Médio); variáveis capacitantes (Cobertura de Estratégia de Saúde da Família; Cobertura de Atenção Primária à Saúde, Índice de Mortalidade Geral do município de residência do usuário do serviço de hemodiálise). Os dados foram obtidos a partir de informações disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde Brasileiro (BRASIL, 2019).

Como variáveis de características individuais foram consideradas: Predisponentes - faixa etária, sexo, raça/cor auto referida, tempo de hemodiálise, tratamento conservador anterior prévio, tempo de doença renal crônica; Capacitantes: -renda, escolaridade, atividade laboral, capital social total, sendo este último classificado conforme Reinsen et al. (2021) em alto, moderado e baixo capital social, a partir dos indicadores propostos por Grootaert (2001); necessidades de saúde: auto avaliação do estado de saúde; e variáveis referentes aos comportamentos de saúde: prática de atividade física, consumo de bebida alcoólica, carga tabágica, aplicados a partir do questionário CAGE – 2001; e acesso aos serviços de saúde, classificado em alto, moderado e baixo, seguindo o modelo de de Oliveira Soares et al (2022).

Para a avaliação da reprodutibilidade do instrumento de coleta de dados, foi realizado um teste piloto entre os meses de outubro e dezembro de 2018, com a presença 57 indivíduos em tratamento de hemodiálise em um município fora da região metropolitana estudada. A análise dos resultados da pesquisa foi realizada com a utilização do *software* IBM SPSS® Statistics for Windows, versão 22.0 (Armonk, NY: IBM Corp), a partir de estatística de associação bivariada entre presença de multimorbidade complexa e as características dos usuários (sociais contextuais, sociais individuais e sociais estratégicas) por meio dos testes Qui-quadrado e/ou Teste Exato de Fisher.

Para estimar as associações das variáveis independentes foi realizada análise de regressão logística binária, tendo como desfecho a multimorbidade complexa, sendo

caracterizada pela presença de três ou mais doenças crônicas (com exceção da doença renal crônica, uma vez que foi critério para inclusão no estudo), afetando três ou mais sistemas orgânicos diferentes. Foi elaborado um modelo de regressão com as variáveis que apresentaram nível de significância estatística de $\alpha < 0,05$ nos resultados das análises bivariadas. No modelo final, foram mantidas somente as variáveis que apresentaram nível de significância $\alpha < 0,05$. Ressalta-se que apenas os usuários em hemodiálise com respostas em todas as variáveis foram incluídos nessa análise.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o número de parecer 4.023.221, CAAE número 68528817.4.0000.5060. Todas as unidades de hemodiálise autorizaram a realização da pesquisa formalmente por meio de carta de anuência, bem como todos os participantes da pesquisa, que somente iniciaram a participação após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A média de idade dos pesquisados foi de $54,7 \pm 0,59$ anos, com faixa etária predominante compreendida entre 30 e 59 anos ($n=528$, 51,6%). A maioria dos indivíduos (57,9%) viviam em municípios com IDHm alto, enquanto apenas 388 (37,9%) residiam em cidades com taxa de mortalidade de até cinco óbitos por grupo de 1.000 habitantes. A maioria dos indivíduos era do sexo masculino ($n=581$, 56,7%), autodeclarados pretos e pardos ($n=737$, 72%), apresentando alta cobertura de APS ($n= 477$, 46,6%), e baixa cobertura de ESF ($n= 47$, 46,2%).

Em relação à doença renal crônica, 525 (51,3%) tinham menos de cinco anos de doença, enquanto 494 (48,2%) apresentavam a doença por cinco anos ou mais e 679 indivíduos (66,6%) não realizaram tratamento conservador prévio. Já referente à hemodiálise, 368 indivíduos (35,9%) realizavam o procedimento há menos de três anos e a maioria dos indivíduos se auto avaliou com estado de saúde bom/muito bom ($n=633$, 61,8%) (Tabela 9).

Referente à faixa de renda, 555 (56,2%) dos usuários dos serviços de hemodiálise possuíam renda mensal menor ou igual a dois salários mínimos vigentes (salário mínimo vigente à época do estudo: R\$ 998,00, equivalente a US\$ 189,54), enquanto 433 (43,8%) apresentavam rendimentos acima de 2 salários mínimos. Do total de indivíduos, 533 possuíam até oito anos de escolarização (n=523, 51,6%). A maioria dos entrevistados era aposentado ou afastado das atividades laborais, recebendo benefício social (n=547, 54,2%), enquanto apenas 209 (25,2%) estavam no nível mais alto de acesso aos serviços de saúde.

Em relação ao capital social total, 258 indivíduos (25,2%) foram classificados com baixo capital social, 512 (49,7%) com moderado capital social e 254 (24,9%) classificados com alto capital social total. Quanto aos hábitos comportamentais, apenas 95 (9,3%) consumia bebida alcoólica regularmente, 53 (5,2%) eram fumantes e a grande maioria (n= 794, 77,6%) não praticava atividade física (Tabela 9). Já referente ao desfecho de multimorbidade complexa, 815 indivíduos (81,1%) foram classificados como portadores de MMC (Tabela 10).

Os resultados das análises de associação demonstraram que as variáveis IDHm ($p=0,007$), Índice de Mortalidade Geral do município de residência ($p=0,003$), faixa etária ($p<0,001$), sexo ($p=0,037$), tempo de hemodiálise ($p=0,013$), tratamento conservador prévio ($p=0,043$), escolaridade ($p=0,048$), atividade laboral ($p=0,047$), auto avaliação do estado de saúde ($p<0,001$) e prática regular de atividade física ($p=0,047$) apresentaram associação significativa com MMC (Tabela 10). Entretanto, após a realização de regressão logística binária, permaneceram no modelo final, associadas com MMC, como variáveis de proteção: Índice de Mortalidade Geral do Município de Residência ($p=0,021$; OR = 0,395; IC_{95%}= 0,179 – 0,870); faixa etária ($p=0,013$; OR = 0,402; IC_{95%}= 0,196 – 0,825); escolaridade ($p=0,038$; OR = 0,536; IC_{95%}= 0,29 – 0,966) e auto avaliação do estado de saúde ($p<0,001$; OR = 0,446; IC_{95%}= 0,301 – 0,661); e como variável de exposição: tempo de realização de hemodiálise ($p=0,03$; OR = 1,779; IC_{95%}= 1,057 – 2,997). O ajuste do modelo foi verificado pelo teste de Hosmer-Lemeshow ($p=0,446$) (Tabela 11).

DISCUSSÃO

Esta pesquisa apresenta uma proposta inédita ao abordar multimorbidade complexa em indivíduos potencialmente multimórbidos. Os achados demonstraram que a prevalência de MMC entre indivíduos que realizavam hemodiálise no período do estudo foi de 81,1%. Esse resultado pode ser analisado a partir da própria característica etiológica da doença renal crônica, uma vez que pode ser consequência de outras doenças crônicas não transmissíveis, como *Diabetes mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica (GROOTAERT; BASTELAER, 2001; COLLINS et al., 2015).

Ao analisar as variáveis contextuais, segundo o modelo de análise de Andersen (2008), identifica-se que o índice de mortalidade geral do município de residência dos indivíduos foi um fator de proteção para MMC, indicando que quanto menor a taxa de mortalidade, menor a prevalência de MMC. Este dado pode ser analisado a partir da proposição do modelo comportamental de utilização de serviços de saúde de Andersen (2008), e da perspectiva apresentada por Krieger (2001), ao associar o contexto social de vida do indivíduo às condições de saúde por ele apresentadas, estabelecendo uma relação de causa e efeito, reforçando a necessidade de ações públicas de promoção de saúde que reduzam as iniquidades (NUNES; RAMOS, 2016; DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Referente às características individuais, verifica-se que pertencer a faixa etária mais jovem (19 a 29 anos de idade) e possuir mais de oito anos de escolarização, reduzem as chances de MMC em 60% e 47% respectivamente. Esses resultados reforçam dados que indicam maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas entre indivíduos mais velhos e com menor nível de escolaridade (FERNANDES et al., 2021; NEVES et al., 2021; MOIN et al., 2021; MELO; LIMA, 2020; MALTA; SILVA, 2018)

Apesar da associação entre baixa escolaridade e faixa etária mais velha com desenvolvimento de doenças crônicas (FERNANDES et al., 2021; NEVES et al., 2021; MOIN et al., 2021; MELO; LIMA, 2020; MALTA; SILVA, 2018), no Brasil, a organização dos serviços públicos de saúde em níveis crescentes de complexidade, fortalece a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada para o sistema público de saúde. Isso possibilita o monitoramento e controle de doenças como

hipertensão arterial e diabetes mellitus, que se constituem como fatores de risco para doença renal crônica (PETARLI et al., 2019; NUNES et al., 2017).

Outro aspecto a ser destacado, é a regionalização em saúde com a descentralização dos serviços com foco na municipalização, permitindo uma abordagem contextualizada das ações de educação em saúde desenvolvidas no escopo da APS em nível local, conforme as prioridades locais identificadas. Esse modelo de organização possibilita maior aproximação entre usuários dos serviços e sistema de saúde. Ademais, pode se consolidar como estratégia efetiva de educação e promoção de saúde, embora a qualificação do cuidado aos indivíduos em tratamento de hemodiálise na APS ainda esteja em fase de implementação (BRASIL, 2004).

A auto avaliação do estado de saúde, apesar de ser uma medida de caráter mais subjetivo, tem se configurado como marcador de incapacidade funcional, afetado por aspectos sociais e demográficos, bem como por condições físicas individuais (MENDES, 2009; DESALVO; MUNNER, 2011). Theme-Filha e autores (2008), embora tenham estudado um público diverso de portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise, encontram dados que indicam que a auto percepção positiva se associa a melhores condições efetivas de saúde, o que ratifica os dados encontrados no presente estudo.

Já os resultados referentes ao tempo de tratamento de hemodiálise, esses indicam que indivíduos com tratamentos iniciados há menos de três anos apresentam 79% mais chances de possuírem multimorbidade complexa ($OR = 1,79$; $IC^{95\%} = 1,057 - 2,997$) quando comparados aos indivíduos com maior tempo de realização de hemodiálise. Este resultado pode refletir a própria adaptação às características do tratamento semanal e contínuo, e analisados sob a ótica do impacto que o diagnóstico da doença renal crônica em estágio terminal exerce sobre o indivíduo. Não raro, as primeiras reações frente à necessidade de ajuste de rotina são de não aceitação da doença e, conseqüente, tratamento, podendo levar a complicações clínicas associadas à MMC (OLIVEIRA et al., 2022).

Outro aspecto a ser considerado sobre esse dado, é o momento do diagnóstico da doença renal crônica, já que grande parte desses indivíduos é diagnosticada quando

a doença já está em fase terminal, e, portanto, já com comprometimento de diversos sistemas orgânicos (THEME-FILHA et al., 2008).

Embora a variável “prática de atividade física” não tenha se mantido no modelo final da regressão logística, ela foi associada à ocorrência de MMC nas análises de associação, não podendo ser desconsiderada enquanto instrumento de promoção de saúde e prevenção de doenças (LERMA et al., 2021; SULLIVAN et al., 2021). Fukushima, Costa e Orlandi (2018) ao estudar o nível de atividade física de doentes renais crônicos em hemodiálise, identificaram que a maior parte dos indivíduos eram insuficientemente ativos, o que talvez possa refletir a rotina de tratamento e a preocupação com a manutenção da fístula (MORAES et al., 2018). No entanto, Da Cunha e autores I (2022) ao pesquisar população semelhante, não encontraram associação entre as práticas de lazer e as características clínicas e do tratamento, indicando necessidade de fortalecimento de ações de políticas públicas que possibilitem maior acesso dessa população à atividade física.

Por fim, ressalta-se a urgência na identificação de informações de MMC para a organização do sistema de saúde, já que essa condição terá como possível consequência, um aumento na demanda de serviços de alta complexidade. Neste sentido, as proposições sobre o fortalecimento da APS (MALTA; SILVA 2018; PETARLI et al., 2019) parecem ser um caminho viável na redução da distância entre portadores de doença renal crônica e os serviços de saúde, além da própria redução de custos demandados para abordagem da doença e possibilidade de investimentos em ações de promoção de saúde.

Como limitações deste estudo, é necessário identificar que a coleta de dados sobre doenças foi feita em parte a partir de autorrelato dos participantes. Embora esta seja uma metodologia válida para o estudo de MMC, pode levar à subnotificação por falta de conhecimento ou mesmo por viés de informação dos indivíduos. Outro aspecto a ser destacado, é a própria natureza transversal do estudo, na qual a relação dialógica existente entre as variáveis de exposição e desfecho precisam ser consideradas. Ainda a ausência de padrão único de avaliação científica de multimorbidade, aliado à carência de pesquisas sobre o tema envolvendo portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise, limitou a comparação dos resultados.

Entretanto, apesar das limitações citadas, vale ressaltar a natureza inovadora da proposta do estudo de multimorbidade complexa em indivíduos sob tratamento de hemodiálise, além da incorporação de variáveis referentes ao contexto social, a partir da adoção de um modelo de análise complexo; além da inclusão dos portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise na RMGV-ES no estudo.

CONCLUSÃO

Os achados revelam alta prevalência de multimorbidade complexa (81%) entre portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise na RMGV-ES no ano de 2019. Esse resultado sinaliza que, para além do tratamento hemodialítico, esses indivíduos demandam outros serviços de assistência à saúde de média e alta complexidade.

Os fatores que reduzem as chances da ocorrência de Multimorbidade Complexa entre doentes renais crônicos hemodialíticos foram: baixo índice de mortalidade do município de residência; faixa etária entre 19 e 29 anos; auto avaliação positiva de saúde; e oito anos a mais de escolarização; reforçando o papel de características contextuais e individuais.

Já a realização de tratamento de menos de dois anos se apresentou como fator que aumenta as chances de MMC, o que sinaliza a necessidade de monitoramento em saúde, especialmente de indivíduos que apresentam condição clínica de risco para doença renal crônica.

Apêndices

Figura 12 - Modelo de análise de Multimorbidade Complexa

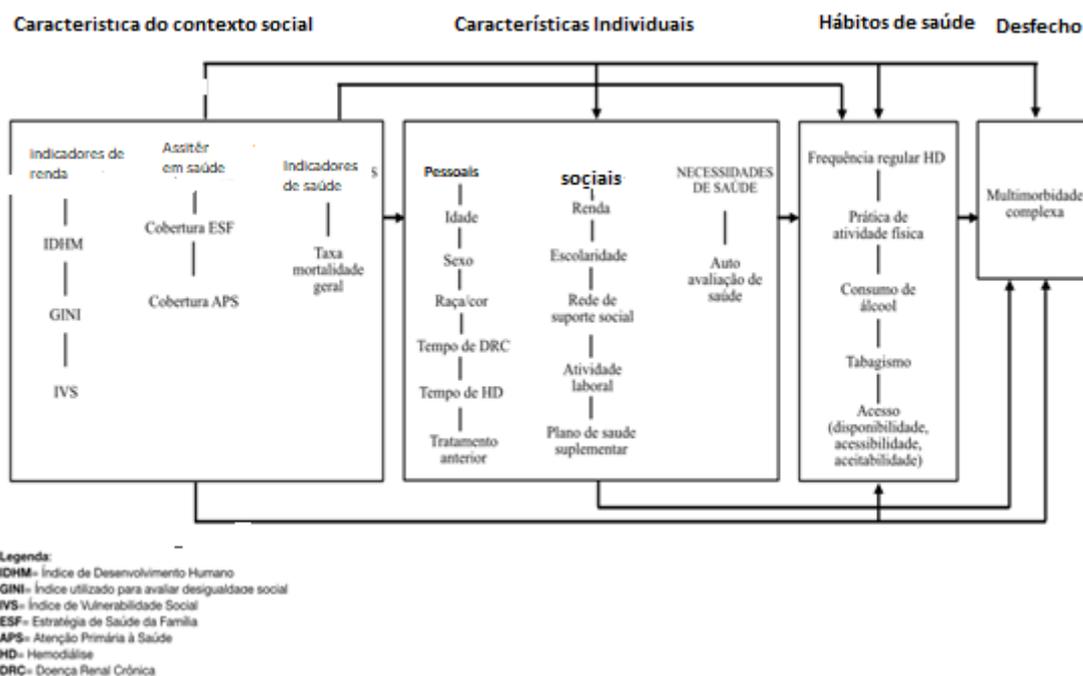


Tabela 9 - Análise descritiva das variáveis de exposição à multimorbidade complexa

Variáveis	n	%
IDHm município residência n=1024		
Médio	53	5,2
Alto	593	57,9
Muito alto	378	36,9
Cobertura de Estratégia de Saúde da Família=1024		
Alta	273	26,7
Média	278	27,1
Baixa	473	46,2
Cobertura de Atenção Primária à Saúde n=1024		
Alta	477	46,6
Média	329	32,1
Baixa	218	21,3
Índice de Mortalidade Geral n=1024		
Até 5 por 1000 habitantes	388	37,9
5,1 a 10 por 1000 habitantes	438	42,8
Acima de 10 por 1000 habitantes	198	19,3
Faixa Etária (N=1024)		
19 a 29 anos	59	5,8
30 a 59 anos	528	51,6
60 anos e 437 mais		42,7
Sexo n=1024		
Feminino	443	43,3
Masculino	581	56,7
Raça/Cor n=1011		
Branca	274	27,1
Preta/parda	737	72,9
Tempo de Doença Renal Crônica n=1019		
< 5 anos	525	51,5
≥ 5 anos	494	48,5
Tempo de Tratamento Hemodialítico n=967		

0 a 2 anos	368	38,1
3 a 5 anos	252	26,1
6 a 10 anos	198	20,5
Acima de 10 anos	149	15,4

Realização de tratamento conservador prévio n=1019

Não	679	66,6
Sim	340	33,4

Renda Mensal n=988

≤ 2 salários mínimos	555	56,2
> 2 salários mínimos	433	43,8

Escolaridade n=1013

≤ 8 anos de estudo	523	51,6
> 8 a ≤ 11 anos	332	32,8
> 11 anos	158	15,6

Capital Social Total n=988

Baixo	273	27,6
Moderado	465	47,1
Alto	250	25,3

Atividade Laboral n=1009

Com atividade laboral	348	34,5
Aposentado ou afastado por doença	547	54,2
Sem atividade laboral remunerada	114	11,3

Auto avaliação do estado de saúde n=1021

Bom / muito bom	633	62
Ruim / muito ruim	388	38

Consumo de bebida alcoólica n=1024

Sem hábito	929	90,7
Com hábito	95	9,3
Tabagismo n=1024		
Nunca fumou	599	58,5
Fumante pregresso	372	36,3
Fumante atual	53	5,2
Prática de atividade física n=1023		
Dentro do recomendado	118	11,5
Abaixo do recomendado	111	10,9
Ausência de prática de AF	794	77,6
Nível de Acesso aos Serviços de Saúde n=830		
Baixo	281	33,9
Moderado	340	41
Alto	209	25,2

Tabela 10 - Frequência de Multimorbidade Complexa entre usuários de serviços de hemodiálise

Presença de Mulmorbidade Complexa n=1005		
	n	%
Não	190	18,9
Sim	815	81,1

Tabela 11 - Presença de Multimorbidade Complexa segundo características contextuais, predisponentes, capacitantes e necessidades de saúde dos usuários do serviço de hemodiálise

Variáveis	Total		Presença de multimorbidade complexa		p-valor
	n	%	Não	Sim	
Médio	53	5,27	14	39	
Classificação IDM Alto	582	57,91	124	458	0,007

Município		Muito alto	370	36,82	52	318	
Total			1005	100,00	190	815	
Cobertura de ESF	Alta		267	26,57	57	210	0,069
	Média		273	27,16	39	234	
	Baixa		465	46,27	94	371	
	Total		1005	100	190	815	
Cobertura de APS	Alta		469	46,7	79	390	0,292
	Média		322	32,0	66	256	
	Baixa		214	21,3	45	169	
	Total		1005	100,0	190	815	
Índice de Mortalidade Geral	Até 5 por 1000 habitantes		381	37,9	88	293	0,003
	5,1 a 10 por 1000 habitantes		428	42,6	80	348	
	Acima de 10 por 1000 habitantes		196	19,5	22	174	
	Total		1005	100,0	190	815	
Faixa Etária	19 a 29 anos		55	5,5	22	33	<0,001
	30 a 59 anos		519	51,6	100	419	
	60 anos e mais		431	42,9	68	363	
	Total		1005	100,0	190	815	
Sexo	Feminino		438	43,6	70	368	0,037
	Masculino		567	56,4	120	447	
	Total		1005	100,0	190	815	

Tabela 12 - Modelo final de associação entre variáveis de exposição e multimorbidade complexa entre usuários de serviços de hemodiálise na RMGV

	BLOCO 1	BLOCO 1 e 2	BLOCO 1, 2 e 3
Variáveis	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Classificação IDHm município residência			
Médio	1	1	1
Alto	0,737 (0,320 - 1,693)	0,941 (0,392 - 2,258)	0,948 (0,396 - 2,270)
Muito Alto	0,897 (0,532 - 1,512)	0,984 (0,571 - 1,695)	1,000 (0,580 - 1,725)
Índice de Mortalidade Geral município residência			
Acima de 10 por 1.000 habitantes	1	1	1

de 5 a 10 por 1.000 habitantes	0,551 (0,293 -1,037)	0,510 (0,265 - 0,982)	0,506 (0,263 - 0,975)
Até 5 por 1.000 habitantes	0,448 (0,210 - 0,955)	0,413 (0,188 - 0,906)	0,395 (0,179 - 0,870)
Faixa etária			
19 a 29 anos		0,372 (0,183 - 0,756)	0,402 (0,196 - 0,825)
30 a 59 anos		1,157 (0,788 - 1,699)	1,175 (0,779 - 1,728)
60 anos e mais	1	1	1
Sexo			
Feminino	1	1	1
Masculino		1,145 (0,782 - 1,678)	1,083 (0,734 - 1,598)
Tempo de hemodiálise			
0 a 2 anos		1,796 (1,068 - 3,020)	1,779 (1,057 - 2,997)
2 a 5 anos		1,455 (0,848 - 2,498)	1,447 (0,842 -2,486)
5 a 10 anos		1,179 (0,679 - 2,048)	1,175 (0,675 - 2,043)
acima de 10 anos	1	1	1
Tratamento conservador prévio			
Não			0,777 (0,527 - 1,146)
Sim	1	1	1
Escolaridade			
Acima de 11 anos de estudo	0,584 (0,324 - 1,052)	0,567 (0,314 - 1,024)	de 8 a 11 anos de estudo
	0,550 (0,305 - 0,989)	0,536 (0,297 - 0,966)	
8 e menos anos de estudo	1	1	1
Atividade laboral remunerada			
Com atividade remunerada		0,680 (0,357 - 1,295)	0,674 (0,353 - 1,287)
Afastado ou aposentado por doença		1,169 (0,628 - 2,173)	1,157 (0,622 -2,153)
Sem atividade remunerada	1	1	1
Auto avaliação do estado de saúde			
Ruim/muito ruim	1	1	1
Bom/muito bom		0,435 (0,294 - 0,643)	0,446 (0,31 -0,661)
Adequação de prática de atividade física			
Dentro do adequado			0,651 (0,384 -1,104)
Abaixo do adequado			0,800 (0,471 - 1,358)
Ausência de atividade física	1	1	1

6.4 QUARTO ARTIGO – DOENÇAS CRÔNICAS E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA

* Artigo submetido a Open Science Research X em formato de capítulo de livro conforme normas de Editora Científica Digital

<https://app.editoracientifica.com.br/publishing/client/submission/items/evaluation>

RESUMO

A garantia do acesso aos serviços de saúde é uma questão fundamental para a efetiva e bem sucedida estruturação das políticas públicas de saúde. Em um contexto de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, com o crescente aumento da prevalência e incidência de doenças crônicas não transmissíveis que demandam cuidados contínuos de saúde, o estudo sobre acesso torna-se ainda mais necessário, enquanto ferramenta para a assertividade das ações em saúde. Neste sentido, este artigo teve como objetivo realizar revisão narrativa da literatura sobre acesso aos serviços de saúde a partir dos principais autores sobre o tema.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de Saúde; Doenças Crônicas; Transição Epidemiológica

INTRODUÇÃO

O modo de vida contemporâneo, embora sinalize diversos avanços sociais quando comparados a tempos remotos, também demonstra desafios a serem superados, especialmente referentes à condição de saúde, que por si, já se configura uma questão complexa que engloba diversos aspectos (CAMARA et al., 2012).

O avanço econômico-social, durante algum tempo, impulsionou a humanidade a uma direção em que, se por um lado foram minimizadas as mazelas das doenças infectocontagiosas associadas à pobreza (em países desenvolvidos economicamente), por outro, houve o aumento da prevalência e incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), caracterizando o processo

conhecido como Transição Epidemiológica, que se impõe como um desafio aos sistemas de saúde (LIMA-COSTA et al., 2018).

A busca por soluções para o enfrentamento deste cenário passa, necessariamente, pelo conhecimento dos determinantes no processo de adoecimento, bem como pelo entendimento da relação entre o acesso aos serviços e sistemas eficazes e a condição de saúde de indivíduos portadores de DCNT (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

DESENVOLVIMENTO

Doenças Crônica e os Processos de Transição: Demográfica, Epidemiológica e Nutricional

Por definição, a teoria do processo de transição demográfica, formulada no início do século XX por Thompson (1929) e Landry (1934), seria caracterizada pela mudança na composição etária de populações como reflexo da redução da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida, consequências diretas da melhoria da qualidade de vida e saúde, condições de saneamento básico, acesso aos serviços, educação e emprego, evidenciando, claramente, a estreita relação entre transição demográfica e condição socioeconômica, refletindo a determinação social do processo saúde-doença, reforçando a associação entre economias mais desenvolvidas e envelhecimento populacional. (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

A partir deste modelo de transição proposto por Thompson (1929) e Landry (1934), o processo completo poderia ser descrito em quatro etapas bem características e distintas. A primeira, descrita como fase pré-industrial ou primitiva, na qual predominaria um cenário marcado por altas taxas de natalidade e mortalidade (principalmente mortalidade infantil). Nesta situação, a população se manteria em situação de equilíbrio, estável e jovem. No entanto, este equilíbrio seria quebrado com a melhoria econômica, proporcionando melhores condições de vida, refletindo na redução de mortalidade sem, contudo, reduzir a natalidade. O seu resultado seria, na segunda fase do processo, uma explosão populacional.

Considerada esta perspectiva, ainda como resultado de melhoria econômica, maior acesso à educação e ao mercado de trabalho - principalmente pelas

mulheres -, a consequência natural seria a redução da natalidade em um ritmo mais acelerado do que a redução da mortalidade, resultando na terceira etapa do processo: o envelhecimento populacional. A partir de então, a população se manteria novamente equilibrada, mas agora não mais como população jovem, mas como população velha e estável: a quarta fase do processo (ROUQUAYROL, 1999)

Apesar da teoria apresentada parecer bem adequada em primeira análise, salienta-se que sua formulação foi elaborada a partir de um contexto europeu, sendo alvo de críticas na metade do século XX, uma vez que não evidenciou a realidade de populações fora do eixo tradicional europeu que seguiam um modelo diferente de transição com sobreposições de etapas. Isso trazia à discussão a necessidade de abordagens diferenciadas, em que aspectos socioculturais fossem incorporados nas análises do processo de transição demográfica, principalmente pelo fato da transição demográfica estar inter-relacionada a outros processos sociais importantes (ALVES, 2002; LEBRÃO, 2007)

Embora a literatura disponível seja vasta, reforçando a dimensão da relação entre aspectos econômicos e transição demográfica, destaca-se a necessidade de uma abordagem de estudo sobre o tema de forma particularizada, considerando as peculiaridades de cada povo, incluindo aspectos de desigualdades sociais que, ao não serem considerados, podem refletir uma análise macro situacional que não denote a realidade (CARVALHO; GARCIA, 2003; LEBRÃO, 2007; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Há, contudo, o fato inquestionável de que com o avanço econômico há um aumento na expectativa de vida - associado à redução das taxas de natalidade e fecundidade. Todavia, no Brasil, a transição cursa de forma acelerada, o que coloca o país diante de um grande desafio: estruturar políticas públicas capazes de atender demandas de populações mais velhas sem, contudo, deixar de ser efetivo no atendimento das necessidades da parcela mais jovem da população (VASCONCELOS; GOMES, 2012; BORGES, 2017)

Um dos aspectos mais desafiadores enfrentados no cenário brasileiro é a peculiaridade de como os processos ocorrem: velocidade da transição

demográfica com características diferenciadas pelas regiões – uma vez que considera a grande dimensão territorial do Brasil - impactando diretamente no padrão de morbimortalidade. Isso caracteriza um processo de transição epidemiológica bem peculiar, com evidência da sobreposição de causas de doenças: a contra transição, marcada pelo processo de transição incompleto. (BORGES, 2017)

O fenômeno da transição epidemiológica pode ser definido, de forma mais ampla e a partir de um contexto histórico secular, como a mudança nas causas primárias de morbimortalidade de populações, com o deslocamento das cargas de doenças infecto parasitárias para doenças crônicas não transmissíveis (ROUQUAYROL, 1999).

De acordo com Omran (1971), este processo obedeceria a uma sequência lógica em três etapas, iniciando com o que se denominou “Era da Fome das Pesteplências”, caracterizada por baixa expectativa de vida, associada à alta mortalidade por doenças infecto contagiosas de caráter pandêmico e elevada taxa de natalidade. A segunda etapa foi definida, pelo mesmo autor, como “Era do Declínio das Pandemias”, quando há a redução das pandemias, associada à melhora da condição de vida de populações, com aumento da expectativa de vida, embora as principais causas de morbimortalidade estivessem inalteradas. A terceira etapa é o que se classificou como a “Era das doenças degenerativas e das causadas pelo homem”, na qual há o predomínio das DCNT.

Claramente este padrão epidemiológico é definido a partir de perspectivas de desenvolvimento social, afetado e influenciado por estados de pobreza e desenvolvimento, associados à carência de infraestrutura, acesso a bens de consumo e serviços. Embora este modelo tenha sido postulado por Omran (1971) na segunda metade do século XX, a expressão “Era das doenças degenerativas e das causadas pelo homem” é pertinente ao se estudar a etiologia das doenças e agravos à saúde mais prevalentes na atualidade.

O padrão epidemiológico notificado no século XXI, especificamente em sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento, é caracterizado pela prevalência de DCNT relacionadas aos padrões de vida associados ao consumo

alimentar - baseado em produtos processados e ultra processados -, inatividade física e estresse elevado. Ao se confrontar esses dados com o postulado de Omran (1971), identifica-se, claramente, o sentido da expressão “causadas pelo homem”. Ou seja, o estilo de vida adotado pela humanidade está na base etiológica das doenças (ALVES; MORAIS NETO, 2015).

Para a efetiva associação da relação de causa e efeito no processo saúde doença, o advento da tecnologia aplicada à estatística no século XX teve fundamental papel. A partir desse período foi possível compilar e analisar os dados de saúde disponíveis com maior velocidade e em maior volume, de maneira a se estabelecer, de forma quase inequívoca, as relações causais e monitorar com maior proximidade essas relações (SZWARCOWALD; CASTILHO, 1992), reforçando o papel do ambiente no adoecimento (BARRETO; CARMO, 2007).

A partir deste avanço foi possível a criação de bancos de dados, suficientemente robustos, para o estabelecimento de indicadores que possibilitem a identificação das principais doenças e agravos à saúde de indivíduos e populações (SZWARCOWALD; CASTILHO, 1992). Inclusive, na atualidade, é possível afirmar que as DCNT são as principais causas de morbimortalidade nos países ocidentais, sendo o grupo das doenças do aparelho circulatório as mais prevalentes nestas sociedades (MALTA et al., 2019). Entre as DCNT de maior notificação no século XXI, encontram-se a HA e DM, ambas apresentam um forte componente comportamental na sua gênese e estão relacionadas a complicações terminais, entre elas a doença renal crônica (BIKBOV, 2020).

A análise das mudanças sociais, em especial da transição demográfica e epidemiológica, não deve ser realizada de maneira isolada. Os contextos multifatoriais envolvidos na evolução dos modos de vida estão inter-relacionados e convergem para um cenário único, no qual os efeitos das transições são observados. Desta forma, outro aspecto importante a ser considerado é a transição nutricional, que em conjunto com as transições demográfica e epidemiológica, está intimamente ligada à condição de saúde das populações (SHAKOORI et al., 2020).

O termo transição nutricional se refere diretamente às mudanças no perfil nutricional de populações, associada às modificações no padrão de alimentação e redução da atividade física (POPKIN, 1993). O aumento do sobrepeso e da obesidade se constitui como a face mais visível desta transição, sendo observado de forma mais clara nas sociedades ocidentais (GREGG; SHAW, 2017; STOKES; PRESTON, 2017). A busca por um modelo único de causalidade explicativo para essa realidade se mostrou infrutífera, uma vez que esse fenômeno se manifesta em todas as camadas sociais, embora exista uma relação entre baixa escolaridade, baixa renda com obesidade e sobrepeso (GOMES et al., 2019; MARIAPUN; NG; HAIRI, 2018).

O ponto central na discussão da transição nutricional é a inegável mudança no padrão de consumo alimentar com a incorporação crescente de alimentos processados e ultra processados no cardápio diário das famílias (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; BLANCO-ROJO et al., 2019; SIMÕES et al., 2018; KHANDPUR et al., 2020).

Sobre esse tema, teóricos têm procurado entender a razão para essa mudança de hábito. O crescimento da indústria de alimentos, o papel do gênero, a influência do marketing de alimentos, a facilidade de preparo de alimentos industrializados com a consequente otimização do tempo disponível, a sua composição dietética - com o uso excessivo de realçadores de sabor -, além do baixo custo destes alimentos, entre outros, têm sido, exaustivamente, estudados como causas prováveis para este padrão de consumo (LOUZADA et al; 2015). Entretanto, uma abordagem simplista que não considere a complexidade das relações neste contexto estará sempre fadada ao insucesso. Se a realidade é inegável, a identificação de uma causa única é ingênua, bem como a reversão deste processo é tarefa árdua (ZOBEL et al., 2016; MONTGOMERY et al., 2019).

Embora a explicação da gênese do processo seja tarefa das mais difíceis, a identificação das suas consequências não é: o sobrepeso, a obesidade e a má nutrição, consequentes da transição nutricional com o consumo excessivo de sódio, calorias, gorduras saturadas, gorduras hidrogenadas, açúcares simples, além dos demais conservantes e aditivos, podem ser considerados como a base dos principais problemas de saúde das populações ocidentais, incluindo a

população brasileira, como as doenças do aparelho circulatório e doenças metabólicas (MAKAREM et al., 2018; MONTEIRO et al., 2017; CANHADA et al., 2020).

Ao se abordar o contexto das DCNT é fundamental destacar que elas podem estar associadas a condições incapacitantes de saúde, e, geralmente, são avaliadas em relação aos custos diretos impactados no sistema de saúde. No entanto, é importante a observância da perspectiva de que os custos têm dimensão tangível, mas também apresentam um componente intangível implícito que não deve ser negligenciado, como a própria condição de vida dos indivíduos que embora apresente aspectos que podem ser mensurados monetariamente, não pode ser valorada em sua totalidade. (NGUYEN et al., 2017).

Ainda sob esta perspectiva, surge, de forma flagrante, a própria questão de humanização dos sistemas de saúde, afinal, o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ultrapassa o limite do físico mensurável. Esta é somente uma das faces dos inúmeros desafios que se impõem na abordagem de doenças e suas complicações no cenário social (SIDDIQUI et al., 2020).

Neste sentido, a abordagem de doenças crônicas, deve ser avaliada em uma perspectiva que vai além dos gastos de financiamento monetário para seu tratamento. Indivíduos portadores de doenças crônicas, podem necessitar de assistência à saúde de forma que precisem estar disponíveis semanalmente para realização de tratamento, o que pode em alguns casos, se configurar como um fator de isolamento social, incapacidade funcional e fonte primária de angústia e depressão, fatores que não apresentam equação métrica financeira convencional. Outro aspecto que necessita ser contemplado, é o próprio acesso físico/geográfico aos serviços de saúde para a realização do tratamento (COUTINHO; TAVARES, 2011).

Alguns pesquisadores, ao discutirem sobre este aspecto, afirmam que esta é a consequência mais visível de um trabalho de prevenção primária pouco efetivo, que acaba por penalizar ainda mais indivíduos que já são vítimas de condição de saúde incapacitante (PINAFO, 2016). No entanto, a discussão, embora pertinente,

não soluciona a situação de acesso aos serviços de saúde. Um fato inquestionável é que, para alguns indivíduos portadores de doença crônica, como por exemplo a renal crônica que necessita de TRS, o tempo de espera para acessar os serviços pode ser fator de manutenção da própria vida. Ou seja, o acesso é fator determinante não só na condição de saúde, mas na própria manutenção da vida (COUTINHO; TAVARES, 2011). No entanto, a própria definição do que seja acesso em saúde é controversa e desperta discussões. (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Acesso aos Serviços de Saúde: Revisitação a Conceitos Teóricos

Definir acesso no contexto de saúde não é tarefa fácil. Se a própria definição da palavra já é controversa, o fato em si se configura como um desafio ainda maior (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). A etimologia da palavra acesso está relacionada à capacidade de acessar algo ou alguém e, por definição, pode-se descrever de acordo com Houaiss (2001) no dicionário da língua portuguesa como “ato de ingressar, entrada, ingresso, possibilidade de chegar a, aproximação, chegada, possibilidade de alcançar algo”. Avaliando em uma perspectiva mais simplista, a partir da definição constante em dicionário, pode-se afirmar que o acesso aos serviços de saúde estaria limitado ao simples fato de ingressar no serviço, o que na prática, mesmo se o fosse, não seria tão simples (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Diversos autores buscam decifrar a complexidade envolvida na expressão “acesso aos serviços de saúde”, sendo identificado que a interpretação evoluiu ao longo dos anos, agregando forte componente histórico (ANDERSEN; NEWMAN, 1973; DONABEDIAN, 1973; ADAY; ANDERSEN, 1974; PENCHANSKY; THOMAS, 1981; FRENK, 1985; MCINTYRE; MOONEY, 2007; THIEDE; MCINTYRE, 2008; ANDERSEN, 2008).

Apesar de haver diferenças nas abordagens, um ponto de convergência entre todos os autores é o fato de que, a partir da interpretação do que signifique a expressão é que serão desenvolvidas estratégias para oferta de serviços. Ou seja, o planejamento das ações em saúde está intimamente ligado ao entendimento das dimensões envolvidas na interpretação do que seja acesso (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Donabedian (1973) é um autor clássico na abordagem de acesso aos serviços de saúde, preferindo o termo acessibilidade. Isso, pois, entende que acessibilidade apresenta um potencial maior, uma vez que incorpora diversos aspectos envolvidos no processo. Para ele, a questão de acesso agrega duas dimensões distintas que interagem: a dimensão geográfica, relacionada à própria organização territorial da oferta de serviços, como distância do local da oferta em relação à residência do indivíduo, custos necessários para transpor essa distância, tempo para cobrir a distância física entre a moradia do usuário do serviço e o local de oferta, o que pode ser um obstáculo potencial ao acesso. A outra é a dimensão social e organizacional, relacionada às características pessoais como raça/cor, escolaridade, gênero, renda entre outros.

O destaque na proposição de Donabedian (1973) é a incorporação de aspectos como cultura, educação, posição social e econômica de indivíduos como fatores determinantes na condição de acesso, o que mais tarde será discutido por McIntyre, Penchansky e Thomas (1981) e Thiede e McIntyre (2008).

Para Andersen e Newman (1973), o acesso à saúde estaria ligado basicamente às condições pessoais do indivíduo, como sua estrutura social e renda, que afetam a sua condição de acessar aos serviços de saúde de que necessitam. Já em 1974, Aday e Andersen (1974), embora incorporassem um aspecto mais político ao entendimento de acesso, ao reforçarem a proposição de que ao final do processo podem ser identificados aspectos de desigualdade ou equidade em saúde, acabam por ressaltar uma característica mais geográfica desta relação.

Para Andersen e Newman (1974), segundo Travassos e Martins (2004),

a avaliação do acesso deve ser feita separadamente, segundo os tipos de cuidado (prevenção, cura e reabilitação), tipos de serviços (hospital e ambulatório) e tipos de problemas de saúde (atenção primária, especializada e de alta complexidade), pois expressam situações distintas com impacto diferenciado no acesso.

Para Andersen e Newman (1974), a disponibilidade física de serviços estaria no centro da discussão de acesso, enquanto para Penchansky e Thomas (1981), a inter-relação entre usuários de serviços e o sistema de saúde ofertante, com o ajustamento entre os envolvidos, seria a definição mais pertinente para acesso. A partir desta definição, identifica-se na proposta destes autores uma dimensão

mais ampla no entendimento do acesso a serviços de saúde, uma vez que agrega em seu conceito atributos além daqueles relacionados somente à oferta, como a relação entre a oferta e a demanda de serviços pelos usuários (PENCHANSKY & THOMAS;1981)

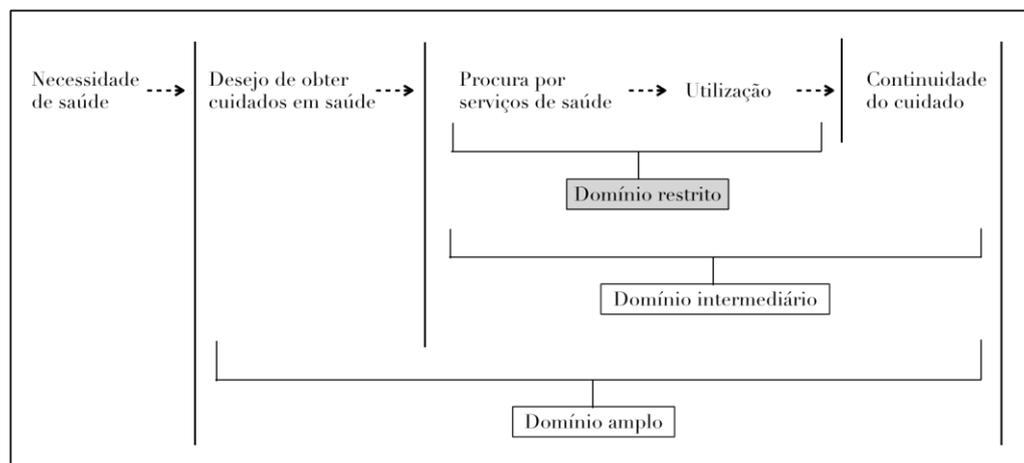
Assim, a partir desta perspectiva, o conceito de acesso seria composto por dimensões distintas, a saber: disponibilidade, como a relação entre os serviços ofertados frente aos serviços demandados; acessibilidade, que é a distribuição geográfica espacial dos serviços em relação ao domicílio dos demandantes dos serviços; capacidade de pagamento, como a relação entre as formas de financiamento dos serviços de saúde e a condição dos indivíduos em assumir o pagamento destes serviços; acolhimento, como a forma pela qual os indivíduos se adaptam à organização dos serviços oferecidos; e aceitabilidade, relacionada à relação ética no trato entre os envolvidos na dinâmica de serviços de saúde (PENCHANSKY & THOMAS ;1981; ANDERSEN, NEWMAN;1974).

Frenk (1985) propõe, também usando o termo acessibilidade, que este seria definido como a capacidade de superação de obstáculos pelos indivíduos para obtenção de cuidados oriundos de sistemas de saúde. Essa categorização em blocos passa a ser: obstáculos ecológicos, financeiros e organizacionais (os quais denominou como resistências). Dessa forma, define acessibilidade como o grau de adequação dos serviços de saúde ofertados às necessidades de saúde dos indivíduos.

Frenk (1985), assim, propõe que acessibilidade em saúde poderia ser avaliada a partir de óticas distintas, passando por uma dimensão mais restrita. Nela, seria envolvida a procura e utilização dos serviços de saúde, motivada por uma necessidade de saúde, o que impulsionaria uma dimensão intermediária, relacionada ao desejo na obtenção de cuidados em saúde e a continuidade do cuidado, chegando a uma dimensão ou domínio mais amplo, que envolveria as três dimensões, conforme apresentado na Figura 1. No entanto, para o autor, o eixo central do acesso estaria relacionado àquilo que no fluxograma é denominado de domínio restrito, na clara perspectiva da superação dos obstáculos, “resistências” ou barreiras para que haja um ajuste entre as necessidades de saúde e o efetivo acesso aos serviços. Uma análise mais

detalhada pode identificar os pontos de convergência entre os autores no entendimento das dimensões de acesso.

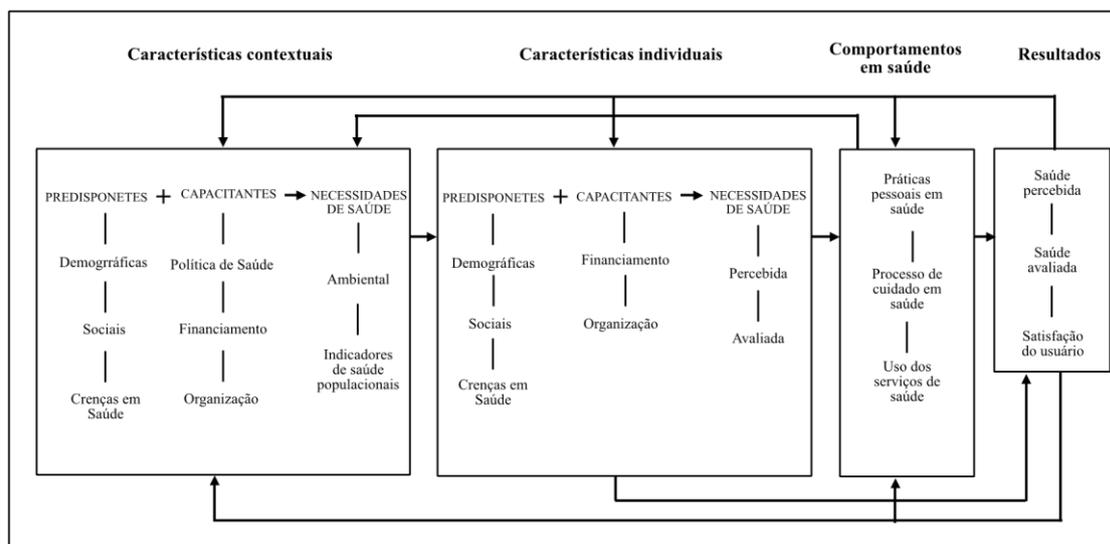
Figura 1. Conceito de Mensuração de Acessibilidade



Fonte: Esposti (2015)

Andersen (2008), que tem trabalhado o conceito de acesso aos serviços de saúde desde a década de 1960, com a proposição do Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde, revisita este modelo inicial em várias ocasiões, sem, contudo, abandonar o arcabouço primário dos fatores explicativos para utilização dos serviços de saúde. Assim, o autor não só se mantém fiel aos construtos iniciais, como aprimora seu modelo, conforme demonstrado na Figura 2. O grande destaque para a proposição de Andersen (2008) é a forma de seu modelo identificar, em blocos, os fatores explicativos que afetam o acesso. Dessa forma, propõe blocos referentes às características contextuais, características individuais e os comportamentos em saúde que afetariam o desfecho na utilização dos serviços. A proposta do modelo inicial se difere desta ao não contemplar as características individuais e os comportamentos em saúde enquanto categorias explicativas.

Figura 2. Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde



Fonte: Esposti (2015)

Contemporaneamente, as discussões sobre acesso aos serviços de saúde têm abrangido as perspectivas propostas por McIntyre e Mooney (2007), Thiede e McIntyre (2008). Para estes autores, a incorporação de atributos individuais que afetem a capacidade dos cidadãos em acessar os serviços de saúde, como liberdade e informação, é fundamental para o estudo do acesso. McIntyre e Mooney (2007) descrevem quatro dimensões que se relacionam ao conceito de acesso no escopo de serviços de saúde: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento, e informação, o que Thiede e McIntyre (2008) reforçam, destacando os aspectos de assimetria de informação presente entre os atores envolvidos no processo de acesso à saúde.

As propostas de McIntyre e Mooney (2007), Thiede e McIntyre (2008) e Thiede, Akweongo e McIntyre (2014) acabam por ser mais pertinentes aos dias contemporâneos no estudo do acesso aos serviços, uma vez que incorporam uma gama mais abrangente de aspectos envolvidos no processo, afirmando ser necessário que sejam estabelecidas as características próprias de cada dimensão proposta pelos autores. Desta forma, a dimensão “disponibilidade” estaria relacionada, basicamente, à percepção do acesso físico aos serviços demandados por parte dos indivíduos. Isso indica características geográficas do processo ao demonstrar a forma como se dá o ingresso de cidadãos nos serviços de saúde, refletindo a própria organização das políticas de saúde em relação à oferta de serviços. Esta dimensão é facilmente mensurável por se relacionar às

questões como distância física da residência aos serviços, adequação dos horários de funcionamento dos serviços às necessidades reais dos demandantes e quantidade de recursos disponíveis para a assistência em saúde.

A dimensão descrita por McIntyre e Mooney (2007) e Thiede e McIntyre (2008) como “capacidade de pagamento” ou “acessibilidade” se refere à capacidade de pagamento dos indivíduos frente aos custos dos serviços utilizados. Basicamente, esta dimensão se relaciona aos custos de financiamento do próprio serviço de saúde, sendo incluída aqui a capacidade/solvência financeira do próprio cidadão, como possibilidade de recebimento de benefícios por incapacidade clínica, recebimento de proventos por trabalhos formais/informais e acesso aos financiamentos de créditos.

A “aceitabilidade” proposta pelos autores, pode ser resumida como a percepção quanto às questões éticas na relação profissional de saúde x paciente/usuários dentro do sistema de saúde. Ao descrever desta forma, evidencia-se o caráter subjetivo da dimensão, sendo esta fortemente influenciada pela maneira como os indivíduos se sentem ou não seguros para se colocarem. Consideradas as fragilidades que grande parte dos indivíduos que demandam serviços de saúde apresentam, alguns autores postulam que esta é uma das dimensões mais difíceis de serem mensuradas, e que estaria profundamente atrelada aos aspectos emocionais de vulnerabilidade, refletindo a adequação entre expectativa e realidade na relação profissional de saúde/paciente (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; MCINTYRE; MOONEY, 2007; THIEDE; MCINTYRE, 2008).

A dimensão “informação” se relaciona à capacidade de decisão do indivíduo a partir do repertório de informações que possui. Considerando a própria definição do que engloba esta dimensão, infere-se que em toda relação que envolve diferenças de acesso, é suposto algum grau de assimetria de informação. A partir desta perspectiva, Thiede e McIntyre (2008) destacam que, no processo de tomada de decisão em saúde, indivíduos tendem a identificar menos opções do que realmente possuem, levando-os a exercerem uma cidadania não plena pela falta de empoderamento. A informação em saúde é, por si só, uma discussão complexa, que não se esgota no acesso à saúde. Para a própria Organização Mundial de Saúde (OMS), a informação em saúde é ferramenta crucial para ações

de promoção de saúde, enquanto resultado de processo educativo pelo qual indivíduos se tornam capazes de controlar e/ou melhorar seus níveis de saúde (WHO, 2005; SANCHEZ; CICONELLI, 2012; MCINTYRE; MOONEY, 2007; THIEDE; MCINTYRE, 2008).

No Brasil, autores como Assis, Villa e Nascimento (2003), Travassos (2000) e Giovanella e Fleury (1995) têm se debruçado sobre o tema acesso aos serviços de saúde, a partir de construtos da literatura internacional para analisar os aspectos de equidade e desigualdade no acesso a serviços de saúde, dentro de um contexto em que a política pública de saúde garante, ao menos no texto constitucional, o acesso enquanto direito universal.

Neste sentido, é necessário considerar, no contexto brasileiro, a proposta de Giovanella e Fleury (1995) de categorização de acesso e análise de condições de acessibilidade, partindo de quatro dimensões teóricas explicativas: dimensão política, dimensão econômica, dimensão técnica e dimensão simbólica.

Estas resultam em quatro modelos teóricos, a partir da abordagem explicativa inicial adotada: o modelo economicista de acesso (derivado da dimensão econômica), referente à relação entre a procura e a oferta de serviços de saúde; o modelo sanitarista-planificador (derivado da dimensão técnica), referente à organização e planejamento da rede de serviços de saúde; o modelo sanitarista politicista, (derivado da dimensão política), referente à própria organização popular, e conseqüente consciência de saúde com a apreensão pelo povo do conceito de saúde enquanto direito individual e de interesse coletivo, conforme Berlinguer (1978); e o modelo das representações sociais (derivado da dimensão simbólica), referente à atenção e ao sistema de saúde, envolvendo as categorias de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e adequação funcional.

A proposta de Giovanelli e Fleury (1995) foi revista por Jesus e Assis (2010) e os autores propuseram, a partir desta revisitação, um modelo de dimensão de análise de acesso que teve como objetivo o desenvolvimento de postura crítica de intervenção no campo de práticas da área da saúde, de forma a incorporar na

abordagem à saúde, construtos de responsabilidade, equidade, integralidade, resolutividade e qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da literatura disponível sobre acesso aos serviços de saúde, constata-se que, embora o conceito venha evoluindo ao longo dos anos, não há uma unanimidade teórica acerca do construto. No entanto, os principais autores da área convergem ao propor que o acesso aos serviços de saúde é fortemente influenciado pelo contexto em que o cidadão está inserido, e que a abordagem de estudo que se propõe a avaliar acesso não pode ser realizada excluindo os determinantes sociais em saúde (DSS).

Dessa forma, a incorporação destes conceitos é tarefa indispensável para qualquer estudo sobre o tema.

Outra característica que deve ser considerada a partir dos DSS é a contextualização do estudo do acesso no tempo e espaço enquanto balizador da escolha teórica do modelo de análise. Dessa forma, estudos que se propõem a avaliar acesso de serviços de saúde que demandam atenção contínua, como doenças crônicas, devem ser considerados a partir de uma perspectiva multidimensional. Esta, além de avaliar as dimensões do próprio acesso, deve considerar os contextos que abordam características contextuais, características individuais e comportamentos em saúde que afetam a utilização dos serviços, incorporadas as dimensões de disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade, sendo a dimensão da informação em saúde aspecto transversal nesta abordagem.

Agradecimentos

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo - FAPES.

6.4 QUINTO ARTIGO – CAPITAL SOCIAL E MULTIMORBIDADE COMPLEXA: RELAÇÃO DIALÓGICA NA ABORDAGEM INTEGRAL EM SAÚDE DE PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS

* Artigo submetido a Open Science Research X em formato de capítulo de livro conforme normas de Editora Científica Digital

<https://app.editoracientifica.com.br/publishing/client/submission/items/evaluation>

RESUMO

A integralidade em saúde é um princípio doutrinário constante na Lei Orgânica de Saúde do Brasil e reflete a necessidade de se considerar o indivíduo a partir de seu próprio contexto (físico e social). Assim, o entendimento sobre construtos capital social e multimorbidade complexa deve pautar as abordagens das agendas de políticas públicas de saúde, especialmente ao se considerar o cenário de portadores de doenças crônicas que demandam cuidados contínuos. Neste sentido, este artigo teve como objetivo realizar revisão narrativa da literatura sobre capital social e multimorbidade complexa a partir dos principais autores sobre o tema.

Palavras-chave: Doenças Crônicas; Capital Social; Multimorbidade Complexa

INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica em curso na atualidade, evidenciando o aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis que demandam tratamento contínuo a partir da perspectiva da integralidade no cuidado a saúde, tem imposto sérios desafios às políticas públicas de saúde, especialmente em países com sistemas universais de saúde como no Brasil. Embora o construto “integralidade em saúde” seja amplamente discutido, aspectos, por vezes negligenciados na abordagem da assistência integral à saúde de portadores de doença crônica, é a ocorrência de múltiplas doenças, afetando diversos órgãos e tecidos, bem como o estudo da rede de relacionamentos desses indivíduos. Essas redes vão muito além de relações sociais de lazer, e devem ser entendidas como a capacidade dos indivíduos de se organizar em grupos articulados na busca de interesses comuns como o cuidado em saúde. Neste sentido, o conhecimento acerca de multimorbidade complexa e do capital social dessa população pode ser configurado como a possibilidade viável para o aprofundamento do entendimento de aspectos como o próprio exercício da cidadania desses indivíduos na garantia do direito à saúde estabelecido na Constituição Brasileira (BRASIL, 1988).

DESENVOLVIMENTO

Capital Social: Conceitos e Aplicações

Embora o entendimento sobre capital social de indivíduos portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise seja fundamental na garantia do direito à saúde, definir a expressão “capital social” não é tarefa simples. Isso se dá pela complexidade envolvida no termo, bem como a falta de unanimidade dos autores ao abordarem o tema. Conceitualmente, Hanifan (1916) a utilizou pela primeira vez atribuindo o sentido de um conjunto de fatores, como colaboração entre indivíduos, redes de relacionamentos, valor financeiro e econômico que, ao operar, possuem a capacidade de influenciar a vida de indivíduos. A partir desse postulado, pesquisadores das ciências políticas e sociais se debruçaram sobre o tema, incluindo o termo como um dos protagonistas nos estudos relacionados às ciências sociais (CANESQUI; BARSAGLIINI, 2014).

Para Putnam (1993), o capital social estaria relacionado a uma perspectiva de relações entre pequenos grupos - em um universo micro - em que faces de organizações sociais teriam o papel de facilitar a articulação de ações coletivas a partir de uma abordagem colaborativa entre redes de relacionamentos, baseadas em normas de confiança, participação, bem comum e coesão social.

Já Coleman (1990) define capital social a partir de sua própria função, abordando uma gama complexa de aspectos que teriam o objetivo real de facilitar o deslocamento dos indivíduos dentro de grupos nas relações inter-relacionais em direção ao alcance de suas necessidades.

Bourdieu (1984, p. 249), considerado como um dos autores mais estudados no campo do capital social nas sociedades ocidentais, o define como a “soma de recursos que os indivíduos adquirem pelo fato de possuírem redes duráveis de relacionamentos sociais mais ou menos institucionalizados de reconhecimento mútuo”. Neste sentido, identifica três dimensões ou tipos de capital social: o capital simbólico, o capital econômico e o capital cultural, destacando que a apreensão deles estaria sob forte influência da classe social ocupada pelo indivíduo. Um dos pontos de destaque do autor se relaciona ao fato de que cada dimensão do capital social seria capturada a partir de recursos próprios dos indivíduos, ressaltando que o capital social abordaria componentes menos abstratos e mais tangíveis envolvidos na rede de relacionamentos de vida dos cidadãos.

Convergindo à posição de Bourdieu (1984) para o estudo de acesso a serviços de saúde, pode-se depreender que a rede real de relacionamentos dos cidadãos estaria relacionada à sua capacidade em acessar serviços de saúde de forma rápida e resolutiva, e que aspectos como renda e educação determinariam em maior ou menor grau a condição deste indivíduo para prover, manter e/ou recuperar seus níveis de saúde. Neste sentido, à luz desta interpretação, pode-se refletir o texto da LOS que instituiu o SUS no cenário brasileiro, pois para a Lei brasileira, o acesso à saúde seria garantido independentemente de quaisquer circunstâncias, o que, entretanto, é questionado por alguns estudiosos (CARVALHO, 2013).

Burt (1984) destaca que o capital social do indivíduo se relaciona com a posição que ele ocupa na organização social, de forma que a partir de sua colocação estratégica,

consiga estabelecer uma rede que o possibilite contatos capazes da realização de mediação dentro destes relacionamentos. Essa proposta apresentada por Burt (1984) pode ser entendida no contexto apresentado por Fukuyama (2001), que descreve capital social como a capacidade de indivíduos diferentes se habilitarem a trabalhar em conjunto, visando objetivos comuns para a comunidade à qual pertencem, ressaltando que, para que isso ocorra efetivamente, há a necessidade de compartilhamento de valores dentro do mesmo grupo. Já Woolcock (1998; 2000; 2001), define capital social como resultado das interações dentro de redes de relacionamentos que facilitem o desenvolvimento da própria democracia.

Se por um lado os autores supracitados destacam os aspectos positivos do capital social como ferramenta para consolidação do próprio conceito de cidadania, Tenzin (2013); Wallis (2003); Portes (2000) e Ostrom (2000) reforçam que as redes de relacionamentos construídas como capital social também apresentam aspectos negativos e até obscuros, podendo em algumas situações serem configuradas como excludentes para determinados grupos e atores sociais. Fato inquestionável é que a existência de uma rede de apoio é essencial na superação de obstáculos, principalmente no âmbito da saúde. No entanto, para consolidação do conceito de cidadania que deve estar embutido em toda e qualquer relação em sociedade, a educação e o acesso à informação (com o menor grau de assimetria) são fundamentais para a redução das desigualdades sociais e iniquidades em saúde.

É necessário destacar que, ao se considerar os autores que fundamentam as discussões e proposições do construto capital social, pode-se identificar claramente duas vertentes de interpretação: uma mais social, que enfatiza aspectos estruturais do meio no qual os indivíduos estão inseridos e que determinarão a forma como os mesmos apreendem a visão de seu entorno. E, a partir dessa perspectiva, constroem o seu capital social baseado em suas redes de relacionamentos e confiança. Nessa abordagem, o foco de interpretação do capital social está mais direcionado às próprias redes relacionais estabelecidas e menos nos indivíduos que estabelecem as redes, sendo essa vertente mais alinhada ao que pensou Bourdieu (1984).

Já a outra corrente interpretativa, claramente identificada no estudo do capital social, analisa com maior ênfase aspectos mais econômicos e, portanto, procura estabelecer métricas que possibilitem avaliar o capital social, de forma que inclusive

interfaces qualitativas possam ser demonstradas por meio de índices. Esta linha de interpretação está mais próxima aos postulados de Putnam (1984) e Coleman (1990).

Embora seja possível, numa abordagem didática, “classificar” os autores a partir de um modelo cartesiano de interpretação, o fato é que as relações envolvidas no estudo de capital social são muito complexas e, portanto, não devem ser limitadas às perspectivas isoladas de análise (LEIS; CAVALCANTE, 2019).

A questão que emerge, e deve ser considerada, é a necessidade da existência de dados que possam balizar ações concretas de fortalecimento de cidadania e, portanto, de garantia de direitos civis. Assim, o entendimento da forma como cidadãos se organizam dentro de suas redes de relacionamentos, a partir de normas de confiança, informação e empoderamento, é fundamental para redução de desigualdades sociais, e, em consequência, menor assimetria ao acesso aos serviços, incluindo serviços de saúde (ANDRIANI; KARYAMPAS, 2015).

Neste sentido, apesar da necessidade de mensuração do capital social, não há consenso na literatura acerca de instrumentos para tal. Esse panorama pode ser atribuído à própria natureza multifatorial que caracteriza o construto (AGAMPODI et al., 2015). No entanto, a proposição de Grootaert (2003), apresentada no Questionário Integrado para Medir Capital Social (QI-MCS), do Banco Mundial, tem demonstrado ser ferramenta adequada no estudo do tema.

Mensuração do Capital Social

Pelo QI-MCS, o capital social pode ser agrupado em seis dimensões: grupos e redes (participação de indivíduos em organizações sociais, bem como em redes de relacionamentos informais, considerando tanto a profundidade, quanto a natureza das relações estabelecidas); confiança e solidariedade (percepção de confiança tanto nas redes relacionais horizontais com os pares, quanto nas redes verticais com poder público como “prestador de serviços”); ação coletiva e cooperação (forma de organização dos indivíduos como grupo dentro de seu próprio meio social com objetivo de bem comum); informação e comunicação (forma pela qual os indivíduos acessam informações relativas tanto às ações públicas quanto às informações sobre mercado); coesão e inclusão social (diferenças existentes dentro da comunidade e

a forma como essas diferenças causam, ou não, dificuldades de coesão social) e “empoderamento” e ação política (autoridade dos indivíduos em ter controle sobre os processos sociais que impactam sobre sua própria condição de bem estar) (GROOTAERT; 2003).

A partir das dimensões apresentadas, Grootaert (2003) propõe três indicadores de capital social: capital social cognitivo (confiança e solidariedade); capital social estruturante (grupos e redes); e capital social subjacente (ação coletiva, cooperação, informação, coesão social, empoderamento e ação política). Esses indicadores passam a ser aplicáveis ao estudo de doentes crônicos em tratamento de saúde contínuo.

Ao considerar indivíduos portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise, que necessitam de assistência fora do domicílio, o que pode comprometer a capacidade produtiva e, conseqüentemente, o ganho real de renda, a existência de uma rede de suporte – entendida aqui como capital social – pode se constituir como fator crucial para manutenção da qualidade de vida destes cidadãos.

Neste cenário, o capital social estaria configurado não só com os relacionamentos interpessoais entre membros da família e amigos, mas também entre indivíduos e instituições públicas, tanto para acesso aos serviços de saúde quanto benefícios previdenciários e sociais, quando for o caso (GROOTAERT et al, 2003).

Ainda de acordo com Canesqui e Barsaglini (2014), apoio social pode ser caracterizado como ação que envolve duas vertentes: as trocas entre indivíduos e suas redes pessoais, como amigos e família; e a outra relacionada à influência do cenário socioeconômico, político e cultural nestas relações de trocas. Isso possibilitará, em última instância, capacidade da manutenção de vida digna, apesar do cenário de dificuldades enfrentadas, além da reflexão pertinente no contexto de doentes crônicos dependentes de tratamento contínuo.

Assim posto, fato inquestionável é que a existência de uma rede de apoio passa a ser essencial na superação de obstáculos, principalmente no âmbito da saúde. No entanto, para consolidação do conceito de cidadania, que deve estar embutido em toda e qualquer relação em sociedade, como a própria acessibilidade aos serviços

de saúde, a educação e o acesso à informação (com o menor grau de assimetria), são fundamentais para a redução das desigualdades sociais.

Dessa forma, o estudo do capital social de indivíduos portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico pode agregar muito valor na condução de políticas públicas direcionadas a eles. Isso pelo fato de que a condição de saúde destes indivíduos é afetada também pela rede que envolve toda a assistência a eles. Rudnicki (2007), estudando qualidade de vida (QV) de pacientes em hemodiálise no RS, identificou associação positiva entre os domínios de apoio social e condição de saúde.

Talvez, a falta de consenso na métrica de análise das respostas do QI-MCS possa ser uma das razões para essa escassez de estudos. Entretanto, Reisen et al (2021), estudando capital social e *bullying* entre adolescentes, propuseram um modelo de mensuração do capital social que estabelece níveis de capital social para cada um dos três indicadores do questionário: baixo, intermediário e alto. A partir da categorização das respostas aos itens constantes do instrumento, com estabelecimento de escore de 0 a 1 para cada um dos 33 itens do QI-MCS, que ao final são somados, dá-se origem a uma variável quantitativa discreta. Isso possibilita o cálculo de valores de medianas para o estabelecimento de pontos de corte em quartis (25% dos menores valores indicando baixo nível de capital social, de 25% a 75% indicando moderado capital social e valores acima de 75% indicando alto nível de capital social).

A proposta de mensuração a partir do QI-MCS, apresentada por Reisen et al (2021) é configurada como um grande avanço nos estudos sobre capital social, uma vez que possibilita classificações a partir do estabelecimento de pontos de corte na análise das dimensões propostas por Grootaert (2003).

Entretanto, se faz necessário, neste ponto, a inferência acerca de um aspecto importante e conseqüente entre portadores de doenças crônicas: o contexto de saúde desses indivíduos com a não rara ocorrência concomitante de diversas doenças. Essa condição precisa ser considerada ao se avaliar como o capital social afeta a evolução da condição clínica desses indivíduos. Neste sentido, embora a prevalência de duas ou mais doenças (multimorbidade) seja fato conhecido (DA

SILVA, 2020), estudos sobre multimorbidade complexa em grupos já multimórbidos, não são frequentes (PETARLI et al., 2019). Todavia, o conhecimento sobre a prevalência de multimorbidade complexa nesse grupo de pessoas pode agregar valor na organização das políticas públicas destinadas a esse público.

Multimorbidade Complexa

O termo multimorbidade surge na Europa, na segunda metade do século XX (FORD; FORD, 2018), referindo-se à ocorrência de duas ou mais doenças / condições crônicas simultâneas em um mesmo indivíduo (WHO, 2008). O interesse pelo estudo da multimorbidade tem crescido, aliado à própria transição demográfica e epidemiológica, a partir de dados que evidenciam o aumento tanto da expectativa de vida quanto da prevalência e incidência de doenças crônicas não transmissíveis entre as populações (STARFIELD, 2011).

Embora a definição da OMS para multimorbidade seja a mais utilizada (XU; MISHRA; JONES, 2017), não há consenso sobre o conceito (LE RESTE et al., 2013), inexistindo, inclusive, um padrão de classificação (DIEDERICHS; BERGER; BARTELS, 2011). No entanto, um ponto de convergência entre os autores que estudam o tema é a associação entre multimorbidade com maior taxa de mortalidade, polifarmácia e aumento de utilização de serviços de saúde, o que se configura como um desafio ainda maior para os sistemas de saúde, especialmente os públicos (NICE, 2016).

Apesar dos impactos negativos à saúde, os estudos sobre multimorbidade são recentes e as metodologias de classificação não são padronizadas, o que limita a comparação dos resultados (DIEDERICHS; BERGER; BARTELS, 2011). Outro fator limitante é a utilização desse conceito em população já multimórbida na base, como portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise, uma vez que eles apresentam, rotineiramente, comorbidades crônicas associadas (DA SILVA, 2020).

Embora haja a escassez de estudos, da condição de multimorbidade em indivíduos multimórbidos é útil, especialmente no fornecimento de dados para orientação de

abordagem terapêutica, alocação de recursos e monitoramento dos indivíduos dentro da rede de saúde (RZEWUSKA et al., 2017; HARRISON et al., 2016).

Dessa forma, uma alternativa de investigação dessa condição seria a avaliação da ocorrência de multimorbidade complexa, definida por Harrison et al. (2014) como a existência de três ou mais condições crônicas que afetam três ou mais domínios orgânicos (sistemas corporais) diferentes. Ela avalia o comprometimento de sistemas corporais ao invés da avaliação da multimorbidade por contagem de doenças simplesmente, sendo aplicável ao grupo de indivíduos portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise.

Para identificação dos domínios corporais afetados a partir de cada condição crônica de saúde diagnosticada/identificada, Harrison et al (2014) indicam que pode ser utilizada tanto a Classificação Internacional de Doenças (CID) quanto a Escala de Classificação Cumulativa de Doenças (CIRS), ou até mesmo a Classificação Internacional da Atenção Básica (ICPC-2), sem que haja comprometimento na estimativa de prevalência da multimorbidade.

Ressalta-se que, para efeito de caracterização de multimorbidade, a identificação das doenças pode ocorrer tanto por diagnóstico médico quanto por meio de consulta de prontuários, entrevistas ou mesmo autorrelato (DIEDERICHS; BERGER; BARTELS, 2011).

As pesquisas em multimorbidade no Brasil têm demonstrado alta prevalência dessa condição, especialmente em população idosa (LEME, 2019; NUNES, 2017; SOUZAMUÑOZ, 2013). No entanto, são raros os estudos que abordam esse tema em grupo de indivíduos vulneráveis, especialmente a multimorbidade complexa entre indivíduos multimórbidos (PETARLI et al., 2019). Contudo, o conhecimento da ocorrência dos padrões de multimorbidade nessa população é fundamental para o direcionamento de políticas de saúde eficazes e resolutivas (XU; MISHRA; JONES, 2017), especialmente em contextos de cobertura universal de saúde como no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da literatura disponível sobre capital social e multimorbidade complexa, evidencia-se que, embora o interesse por esses temas venha crescendo, muito ainda se precisa caminhar na incorporação destes construtos na abordagem e cuidado de indivíduos portadores de doenças crônicas que demandam tratamento contínuo.

Países como o Brasil que possuem políticas públicas de saúde baseadas nos princípios da universalidade, igualdade e integralidade, precisam incentivar a realização de trabalhos que busquem estabelecer de forma mais efetiva, as relações existentes no contexto dos determinantes sociais de saúde, incorporando aspectos que envolvam capital social e multimorbidade complexa, uma vez que estes atributos estão inter-relacionados com a própria condição de saúde dos indivíduos, e ao se compreender a forma como estas relações se dão, a assertividade nas ações de promoção, prevenção e manutenção da saúde tende a ser mais efetiva com impactos positivos para os próprios indivíduos usuários dos serviços e saúde.

Agradecimentos

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo - FAPES.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados da pesquisa quantitativa realizada com portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise na Região Metropolitana de Vitória – ES, foi constatado que o acesso desses indivíduos aos serviços de hemodiálise é influenciado por características contextuais, predisponentes, capacitantes e de necessidades de saúde. Ao se categorizar níveis de acesso aos serviços de saúde (baixo, médio e alto), foi identificado que idades entre 30 e 59 anos e renda menor ou igual a dois salários-mínimos, aumentaram as chances do indivíduo pertencer ao nível mais baixo de acesso aos serviços de saúde.

De igual modo, a avaliação do capital social desses indivíduos revelou que aqueles que estavam no nível mais baixo de acesso aos serviços de saúde, apresentaram menores índices de capital social total, cognitivo, estruturante e subjacente. Identificou-se também a associação entre baixa renda com menores níveis de capital social total e capital social cognitivo, além da associação entre auto avaliação positiva da saúde e melhores níveis de capital social total, cognitivo e estruturante.

Além dos aspectos de acesso e capital social, os resultados revelaram dados inéditos sobre a ocorrência de multimorbidade complexa entre usuários de serviços de hemodiálise na Região Metropolitana da Grande Vitória. Neste sentido, a realização de tratamento de hemodiálise há menos de dois anos aumentou as chances de ocorrência de multimorbidade complexa nesse público. Já o baixo índice de mortalidade do município de residência, faixa etária entre 19 e 29 anos, auto avaliação positiva do estado de saúde e oito e mais anos de escolarização reduziram as chances de multimorbidade complexa entre esses indivíduos.

Os resultados encontrados evidenciaram a influência de características contextuais, individuais e de necessidades de saúde nos desfechos de acesso aos serviços, capital social e multimorbidade complexa entre usuários de serviços de hemodiálise na Região Metropolitana da Grande Vitória - ES.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R.. A framework for the study of access to medical care. **Health services research**, v. 9, n. 3, p. 208, 1974.

AGAMPODI, T. C.; AGAMPODI, S. B.; GLOZIER, N.; SIRIBADDANA, S. Measurement of social capital in relation to health in low and middle income countries (LMIC): A systematic review. *Social Science and Medicine*, v. 128, p. 95–104. 2015.

AIDA, J.; KONDO, K.; HIRAI, H.; SUBRAMANIAN, S.V.; MURATA, C.; KONDO, K. Assessing the association between all-cause mortality and multiple aspects of individual social capital among the older Japanese. **BMC Public Health** 2011; 11:499.

ALCALDE, P. R.; KIRSZTAJN, G. M.. Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. **J. Bras. Nefrol.**, v.40, n.2, p.122-129, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002018000200122&lng=en> . Acesso em: 23 fev. 2020..

ALVES, C. G.; MORAIS NETO, O. L.. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 641-654, 2015.

ALVES, J. E. D. A polemica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2002.

ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. M.. Indicadores de desigualdade de gênero no Brasil. **Mediações**-Revista de Ciências Sociais, v. 18, n. 1, p. 83-105, 2013.

ALVES-SILVA, J.D.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M.A. Conjugalidade e casamento de longa duração na literatura científica. **Contextos Clínicos** 2016; 9(1): 32-50.

ANDERSEN, R. M. National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. **Med. care.**, Filadélfia, v. 46, n. 7, p. 647-53, 2008.

ANDERSEN, R. ; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **The Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society**, v.51, n.1 p. 95-124, 1973.

ANDRADE, G.F.; LOCH, M.R.; SILVA, A.M.R. Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). **Cadernos de Saúde Pública** 2019; 35.

ANDRIANI L.; KARYAMPAS D., “Social Capital, Poverty and Social Exclusion in Italy”. **Revista Debates**. Vol 9 nº 2; 2015.

ARAÚJO, J. D.. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 21, n. 4, p. 533-538, 2012 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2020.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C.. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n.6, e00213816, 2018.

ASSIS, M. M. A. VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A.. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & saúde coletiva**, v. 8, n.3, p. 815-823, 2003.

BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.. Política de Saúde no Piauí: descentralização de recursos financeiros e resultados por estratos municipais. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 157-167, 2014.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H.. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, supl., p. 1179-1790, 2007.

BARRETO, S. M.; FIGUEIREDO, R. C.. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, supl. 2, p. 38-47, 2009.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de saúde pública**, v. 19, p. S181-S191, 2003.

BERLINGER, G. **Medicina e política**. São Paulo: Hucitec, 1978.

BIKBOV, B. et al. Disparities in chronic kidney disease prevalence among males and females in 195 countries: analysis of the global burden of disease 2016 study. **Nephron**, v. 139, p. 313-318, 2018.

BIKBOV, B. et al. Global, regional and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 395, p. 709-733, 2020.

BLANCO-ROJO, R. et al. Consumption of ultra-processed foods and mortality: a national prospective cohort in Spain. **Mayo Clinic Proceedings**, Elsevier, v.94, n.11, p. 2178-2188, 2019..

BORGES, G. M.. Health transition in Brazil: regional variations and divergence/convergence in mortality. **Cadernos de saude publica**, v. 33, n. 8, e00080316, 2017.

BORTOLUZZ, E.C.; SILVA, F.; BETTINELLI, L.A.; DORING, M.; FORTES, V.L.F.; DOB-NER, T. Terapia renal substitutiva: perfil sociodemográfico e clínico laboratorial de pacientes de um serviço de hemodiálise. **Rev Enferm UFPE** 2017; 11(9): 3338-45.

BOURDIEU, P.. **Distinction: a social critique of the judgement of taste**. translated by R. Nice. Londres: Routledge, 1984.

BOUSQUET-SANTOS, K.; COSTA, L. G.; ANDRADE, J. M. L.. Estado nutricional de portadores de doença renal crônica em hemodiálise no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1189-1199, 2019.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 19 set1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1168/GM, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 2014.

BURT, R. S. Network items and the general social survey. **Social networks**, v. 6, n. 4, p. 293-339, 1984.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A.. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CALIL, G.A.C. **Capacidade para o trabalho e expectativa sobre o trabalho de pacientes em hemodiálise** [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de Brasília; 2016. [Links] 10.11606/D.22.2017.tde-26012017-163317

CAMARA, A. M. C. S. et al . Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, supl. 1, p. 40-50, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2020.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A.. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 5, p. 1103-1114, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2020.

CANHADA, S. L. et al. Ultra-processed foods, incident overweight and obesity, and longitudinal changes in weight and waist circumference: the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Public Health Nutrition**, v. 23, n. 6, p. 1076-1086, 2020.

CARDOSO, A.C.; THEODORO, E.S.N.; CATTAFETS, M.; BRESCIANI, L.S. actors associated with the leisure practice of individuals on hemodialysis. *jhgd*. 23 de junho de 2022;32(2):232–41.

CARREIRA, L.; MARCON, S. S.. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 823-831, 2003.
CARVALHO, A.L. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. **Fundação Oswaldo Cruz** 2013; 2: 19-38.

CARVALHO, G.. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n. 3, 2003.

CHERCHIGLIA, M. L. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n.4, p. 639-649, 2010.

COELHO, A.J.; FOLEY, R.N.; GILBERTSON, D.T.; CHEN, S.C. United States Renal Data System public health surveillance of chronic kidney disease and endstage renal disease. **Kidney International Supplements**. 2015;5(1):2–7. doi: 10.1038/kisup.2015.2.

COLEMAN, J. S. . **Foundations of social theory**. Cambridge, MA: Belknap, 1990.

COLLINS, A. J. et al. United States Renal Data System public health surveillance of chronic kidney disease and end-stage renal disease. **Kidney international supplements**, v. 5, n. 1, p. 2-7, 2015.

COSTA, L. C. ; THULER, L. C. S.. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 29, n. 1, p. 133-145, 2012.

COUSER, W. G. et al. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. **Kidney Int.**, v. 80, n.12, p.1258-1270, 2011.

- COUTINHO, N. P. S.; TAVARES, M. C. H.. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. **Cad Saude Publica**, v. 19, n.2, p. 232239, 2011.
- COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, p. 257-270, 2010.
- CREWS, D. C. et al. Burden, access, and disparities in kidney disease. **Nephron**, v. 141, n. 4, p. 219-226, 2019.
- CREWS, D. C.; LIU, Y.; BOULWARE, L. E. . Disparities in the burden, outcomes and care of chronic kidney disease. **Current opinion in nephrology and hypertension**, v. 23, n. 3, p. 298-305, 2014.
- CRUZ V. F. E. S.; TAGLIAMENTO, G.; WANDERBROOKE, A. C. A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: uma análise dos significados do trabalho. **Saúde Soc.**, v.25, n.4, p.1050-1063, 2016
- DAHLGREN G, WHITEHEAD M. Policies and Strategies to promote social equity in health. **Stockholm: Institute for Future Studies**; 1991.
- DA SILVA, Alice Freitas et al. Relationships between high comorbidity index and nutritional parameters in patients with Oropharyngeal Dysphagia. **Clinical nutrition ESPEN**, v. 38, p. 218-222, 2020.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991
- DE OLIVEIRA SOARES, Ana Cristina et al. Determinants of access to hemodialysis services in a metropolitan region of Brazil. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, p. 1-16, 2022.
- DESALVO, K.; MUNTNET, P. Discordance Between Physician and Patient SelfRated Health and All-Cause Mortality. **The Ochsner journal**. 2011;11:232–40. PMID: 21960756; PMCID: PMC3179188.
- DIEDERICHS, C.; BERGER, K.; BARTELS, D. B. The measurement of multiple chronic diseases—a systematic review on existing multimorbidity indices. **Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences**, v. 66, n. 3, p. 301-311, 2011.
- DONABEDIAN, A.. An examination of some directions in health care policy. **American journal of public health**, v. 63, n. 3, p. 243-246, 1973.
- DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M.. Transição demográfica e epidemiológica: a

Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online], v. 21, n. 4, p.529-532, 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742012000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2020.

ESPOSTI, Carolina Dutra Degli. Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência médico-odontológica pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. 2015. 201 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) –Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

FÉRES-CARNEIRO. T.; DINIZ, N. O. Construção e dissolução da conjugalidade: padrões relacionais. **Paidéia** 2010; 20(46): 269-378.

FERNANDES, F. M. B.. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.4, p. 1311-1320, 2017.

FERNANDES, F.T.; SILVA, D.R.M.; CAMPOS, F. et al., Recovering records on cancer of the larynx from anonymous health information databases. **Rev bras epidemiol.** 2021;24:e210011.

FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. **Salud Publica Mex**, v.27, n.5, p.438-453, 1985.

FORD, J.C.; FORD, J.A.; Multimorbidity: will it stand the test of time? Age and Ageing. 1º de janeiro de 2018;47(1):6–8.

FUKUYAMA, F.. Capital social y desarrollo: la agenda venidera. In: ATRIA, R. et al. (comp.). **Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma.** Santiago/Chile: CEPAL; Michigan/USA: Michigan State University, 2003. **p. 33-48**, 2003.

FUKUSHIMA, R.L.M.; COSTA, J.R.L.; ORLANDI, F.S. Atividade física e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Fisioter Pesqui.** setembro de 2018;25(3):338–44

GALVÃO, A.L.M.; OLLIVEIRA, E.; GERMANI, A.C.C.G.; LUIZ, O.D.C. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade** 2021; 30.

GARRITY, B. H. et al. Time trends in the association of ESRD incidence with area-level poverty in the US population. **Hemodialysis International**, v. 20, n. 1, p. 78-83, 2016.

GEORGE, C.; MOGUEO, A.; OKPECHI, I. et al., Chronic kidney disease in lowincome to middle-income countries: the case for increased screening. **BMJ Global Health** [Internet]. 2017;2(2). Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/2/2/e000256> doi:10.1136/bmjgh-2016-000256

- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S.. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: *EIBENSCHUTZ, C. (org.). Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.
- GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R.. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 37, n.99, p. 571-579, 2013.
- GOMES, D. C. K. et al. Trends in obesity prevalence among Brazilian adults from 2002 to 2013 by educational level. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 965, 2019.
- GOMES, F. F. C. et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n.1, p. 31-43, 2014.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C.. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n.2, p. 565-574, 2007.
- GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H.. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601963&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 23 fev. 2020.
- GOUVEIA, D. S. et al. Análise do impacto econômico entre as modalidades de terapia renal substitutiva. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 39, n. 2, p. 162171, 2017.
- GREGG, E. W.; SHAW, J. E. Global health effects of overweight and obesity. **N Engl J Med.**, v. 377, n.1, p.80-81, 2017.
- GROOTAERT, C.; BASTELAER, T. V.. Understanding and measuring social capital. A synthesis os findings and recommendations from the social capital initiative. Washington DC: The World Bank, 2001.
- GROOTAERT, C.; NARAYAN, D.; JONES, V.; WOOLCOOK, M. **Measuring social capital: an integrated questionnaire**. Washington: World Bank; 2003
- HANIFAN, L. J. The rural school community center. **The Annals of the American Academy of Political and Social Science**, v. 67, n. 1, p. 130-138, 1916.
- HARRISON, C. et al. The prevalence of complex multimorbidity in Australia. **Aust N Z J Public Health**, v. 40, n.3, p.239-244, 2016.

HARRISON, C. Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australian general practice. **BMJ Open**, v. 4, n. 7, e004694, 2014.

HARRISON, C. et al. The prevalence of diagnosed chronic conditions and multimorbidity in Australia: A method for estimating population prevalence from general practice patient encounter data. **PLoS One**, v. 12, n. 3, e0172935, 2017.

HERRERA-AÑAZCO, P. et al. Mortality in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis in a public hospital of Peru. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 37, n. 2, p. 192-197, 2015.

HOUAISS A. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

HUGHES, J. T. et al. My experiences with kidney care: a qualitative study of adults in the Northern Territory of Australia living with chronic kidney disease, dialysis and transplantation. **PLoS one**, v. 14, n. 12, 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Mensal de Emprego. Notas Metodológicas. Disponível em <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme/pmemet3.shtm>
<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=298009>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - **DATASUS**. Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados. Disponível em:
<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Brasília: IBGE; 2010.

ISOYAMA, N. et al. Comparative associations of muscle mass and muscle strength with mortality in dialysis patients. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 9, n. 10, p. 1720-1728, 2014.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A.. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, Jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 mai. 2020.

JESUS, N.M.; SOUZA, G.F. et al. Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico. **Braz J Nephrol** 2019; 41(3): 364-374.

- JOHANNES, T.A. Does Social Capital Determine Poverty? Evidence from Cameroon Household Survey. **Global Network for Economics of Learning, Innovation, and Competence Building Systems** 2009.
- JUNIOR, J. E. R.. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **J. Bras. Nefrol.**, v. 26, n. 3 suppl. 1, p. 1-3, 2004.
- KAISER, P. et al. A Virtual Multidisciplinary Care Program for Management of Advanced Chronic Kidney Disease: Matched Cohort Study. **Journal of medical Internet research**, v. 22, n. 2, e17194, 2020.
- KEARNEY, P. M. et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **The lancet**, v. 365, n. 9455, p. 217-223, 2005.
- KHANDPUR, N. et al. Sociodemographic factors associated with the consumption of ultra-processed foods in Colombia. **Revista de saude publica**, v. 54, n. 19, 2020.
- KIRCHNER, R. M. et al. Characterization of patients with chronic renal insufficiency in hemodialysis. **Journal of Nursing UFPE**, v. 5, n. 2, p. 199-204, 2011.
- KRIEGER, N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. **International journal of epidemiology**, v. 30, n. 4, p. 668-677, 2001.
- KOCK, K. S. ; NETO, J. A. B.; BORGES, L. P. . Fatores de risco modificáveis na sobrevida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Journal of Health and Biological Sciences**, v. 7, n. 1, p. 14-20, 2018.
- LANDRY, A. **La révolution démographique** : études e essais sur les problèmes de la population. Paris: Librairie du Recueil Sirey, 1934.
- LE RESTE, J. Y. et al. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 14, n. 5, p. 319-325, 2013.
- LEBRÃO, M. L.. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.
- LEIS, Luciana Pereira; CAVALCANTE, Carolina Miranda. Capital Social e suas Divergências Conceituais. **Revista Estudo & Debate**, v. 26, n. 1, 2019.
- LEME, D. E. C. et al. Estudo do impacto da fragilidade, multimorbidade e incapacidade funcional na sobrevida de idosos ambulatoriais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.1, p. 137-146, 2019.

- LEME, D. E. C. et al. Estudo do impacto da fragilidade, multimorbidade e incapacidade funcional na sobrevivência de idosos ambulatoriais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.1, p. 137-146, 2019.
- LERMA, Claudia et al. Gender-specific differences in self-care, treatment-related symptoms, and quality of life in hemodialysis patients. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 24, p. 13022, 2021.
- LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2020.
- LIMA-COSTA, M. F. et al. The Brazilian longitudinal study of aging (ELSI BRAZIL): objectives and design. **American journal of epidemiology**, v. 187, n. 7, p. 1345-1353, 2018.
- LOUZADA, Maria Laura da Costa et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2015.
- MACHADO, J.A.; GUIM, A.L.S. Descentralização e igualdade no acesso aos serviços de saúde: o caso do Brasil. **Rev Serv Público**. 2017; 68(1):37-64. <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/2948>
- MAKAREM, N. et al. Consumption of sugars, sugary foods, and sugary beverages in relation to adiposity-related cancer risk in the Framingham Offspring Cohort (1991–2013). **Cancer Prevention Research**, v. 11, n. 6, p. 347-358, 2018.
- MALHOTRA, Rakesh et al. Physical activity in hemodialysis patients on nondialysis and dialysis days: prospective observational study. **Hemodialysis International**, v. 25, n. 2, p. 240-248, 2021.
- MALTA, D. C. et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.
- MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Marta Maria Alves da. As doenças e agravos não transmissíveis, o desafio contemporâneo na Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1350-1350, 2018.
- MALTA, D. C. et al. Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, e190030, 2019.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. Desigualdades socioeconômicas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis e suas limitações: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021.

MARCELO FIRPO, Porto. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1127-1128, 2004.

MARIAPUN, J.; NG, C.; HAIRI, N. N. The gradual shift of overweight, obesity, and abdominal obesity towards the poor in a multi-ethnic developing country: findings from the Malaysian National Health and Morbidity Surveys. **Journal of epidemiology**, v. 28, n.6, p.279-286, 2018.

MARINHO, C. L. A. et al. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. **Rev Rene**, v. 18, n. 3, p. 396-403, 2017.

MARTINS, A. M. et al. Elderly patients on hemodialysis have worse dietary quality and higher consumption of ultraprocessed food than elderly without chronic kidney disease. **Nutrition**, v. 41, p. 73-79, 2017.

MARMOT, M. Health equity in England: the Marmot review 10 years on. **BMJ** [Internet]. 2020;368. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m693>
<https://doi.org/10.1136/bmj.m693>

MARTÍNEZ-VALLE, A. et al. How to reduce health inequities by targeting social determinants: the role of the health sector in Mexico. **Revista Panamericana de Salud Pública** 2014; 35 (4): 264-269.

MCINTYRE, D.; MOONEY, G.; (eds.). **The economics of health equity**. New York: Cambridge University, 2007.

MELO, Laércio Almeida de; LIMA, Kenio Costa de. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3869-3877, 2020.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS, 2012.

MENDES, E. V.. **As redes de atenção à saúde no SUS**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A.. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 329-335, 2017.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. **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, 2004

MINISTÉRIO DE SAÚDE. **Portaria nº 1.675**, de 7 de junho de 2018. Brasília (DF); 2018. [Links]
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html

MINISTÉRIO DE SAÚDE. **Portaria Nº 1168/GM**, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF; 2004 [cited 2018 Dec 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm

MINISTÉRIO DE SAÚDE. **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 da República Federativa do Brasil. 2014 mar 14 [citado 2015 set 25];151(50 Seção I):34-7. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html

MOIN, J.S. GLAZIER, R.H., KULUSKI, K.; KISS, A.; UPSHUR, R.E.G. Examine the association between key determinants identified by the chronic disease indicator framework and multimorbidity by rural and urban settings. **Journal of Multimorbidity and Comorbidity**. 1o de janeiro de 2021;11:263355652110281.

MONTEIRO, L. S. et al. Food Consumption According to the Days of the Week—National Food Survey, 2008-2009. **Revista de saude publica**, v. 51, n93, 2017.

MONTGOMERY, K. et al. Big Data and the transformation of food and beverage marketing: undermining efforts to reduce obesity? **Critical Public Health**, v. 29, n. 1, p. 110-117, 2019.

MORAES, A.D.S et al. Alterações no desempenho ocupacional de pessoas com doença renal crônica em diálise peritoneal. **REFACS** [Internet]. 13 de agosto de 2018 [citado 21 de outubro de 2022];6. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3129>

MOREIRA, T. R. et al. Autoavaliação de saúde por pacientes em hemodiálise no Sistema Único de Saúde. **Rev Saude Publica**, v.50, n.10, p.1-11, 2016.

MORRIS, M. **Social Capital and Poverty in India**. Brighton: Institute for Development Studies 1998.

MOURA, L. et al. Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade** [Internet]. 23º de junho de 2020 [citado 11º de maio de 2022];15(42):2239. Disponível em: <https://www.rbmfmc.org.br/rbmfc/article/view/2239>
[https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2239](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2239)

MUSHI, L.; MARSCHALL, P.; FLEBA, S. The cost of dialysis in low and middleincome countries: a systematic review. **BMC Health Serv Res**, v. 15, n.506, 2015.

NEVES, P. D. M. M. et al . Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo , v. 42, n. 2, p. 191-200, 2020. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002020000200191&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2020.

NEVES, R.G. et al. Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiol Serv Saúde**. 2021;30(3):e2020419.

NGUYEN, H. A. et al. The association between depression, perceived health status, and quality of life among individuals with chronic kidney disease: an analysis of the national health and nutrition examination survey 20112012. **Nephron**, v. 136, n. 2, p. 127-135, 2017.

NORONHA, J.C. et al. A revolta contra os pobres: saúde é para poucos. **Saúde debate** [Internet]. 2017 Mar [cited 2020 Oct 16] ; 41(112): 13-19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100013&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711201>

NICE GUIDELINE,. **Multimorbidity**: clinical assessment and management. UK, 2016.

NUNES, B. P. et al. Contextual and individual inequalities of multimorbidity in Brazilian adults: a cross-sectional national-based study. **BMJ open**, v. 7, n. 6, e015885, 2017.

NUNES, C. F. O.; RAMOS JÚNIOR, A. N.. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 192-199, 2016.

OLIVEIRA, A. P. B. et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. **J. Bras. Nefrol.**, v. 38, n. 4, p. 411-420, 2016.

OMRAM, A. R. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, v.49, n.4, p.509-583, 1971.

OSTROM, E.;. Social capital: a multi-faceted perspective. In: DASGUPTA, P.; SERAGELDIN, I. (Eds.). **Social capital**: a fad or a fundamental concept, Washington DC: The World Bank, 2000. p.172-215

PADILHA, A. Brazil calls for pact on social factors to improve health. **Bulletin of the World Health Organization** 2011; 89 (10): 714-715.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

- PANCRAS, G.; SHAYO, J.; ANAELI, A.. Non-medical facilitators and barriers towards accessing haemodialysis services: an exploration of ethical challenges. **BMC nephrology**, v. 19, n 342, 2018.
- PARK, J. I.; BAEK, H.; JUNG, H. H.. Prevalence of chronic kidney disease in korea: The korean national health and nutritional examination survey 2011–2013. **Journal of Korean medical science**, v. 31, n. 6, p. 915-923, 2016.
- PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W.. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical care**, v.19, n.2, p. 127-140, 1981.
- PETARLI, G. B. et al. Multimorbidity and complex multimorbidity in Brazilian rural workers. **PloS one**, v. 14, n. 11, e0225416, 2019.
- PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A.. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.5, p. 1511-1524, 2016.
- PINHEIRO, L. et al. Retrato das desigualdades de gênero e raça. Brasília: IPEA, 2009.
- PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.
- PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 5 [Acessado 16 Outubro 2020] , pp. 1699-1708. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>>. ISSN 1678-4561.
- POPKIN, B. M. et al. The nutrition transition in China: A cross sectional analysis. **Eur J Clin Nutr**, v.47, p.333-346, 1993.
- PORTES, A.; LANDOLT, P.. Social capital: promise and pitfalls of its role in development. **Journal of Latin American Studies**, v. 32, n. 2, p. 529-547, 2000.
- PORTUGAL, S. Quanto vale o capital social: o papel das redes informais na provisão de recursos. **UFPE** 2006: 51-74
- PUTNAM, R. D. . **Making democracy work**: Civic traditions in modern Italy. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1993.
- PUTNAM, R.D. **Bowling alone**: the collapse and revival of American community. New York: Simon and Schuster; 2000
- REISEN, Andressa; LEITE, Franciele Marabotti Costa; SANTOS NETO, Edson Theodoro dos. Associação entre capital social e bullying em adolescentes de 15

a 19 anos: relações entre o ambiente escolar e social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4919-4932, 2021.

RIBEIRO, S. P.; PEDREIRA, C.; TAVARES, M.L. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 5 [Acessado 16 Outubro 2020] , pp. 1799-1808. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/141381232020255.34122019>>. ISSN 1678-4561.

RITT, G. F. et al. Terapia renal substitutiva em pacientes do interior da Bahia: avaliação da distância entre o município de moradia e a unidade de hemodiálise mais próxima. **J. Bras. Nefrol.**, v. 29, n. 2, p. 59-63, 2007.

ROSE, M.; ABDERRAHIM, N.; STANTO, C.; HELSEL, D. Maternity Care: A Comparative Report on the Availability and Use of Maternity Services. Data from the Demographic and Health Surveys Women's Module & Services Availability Module 1993-1996. In: Carolina Population Center, Editor. **MEASURE Evaluation Technical Report Series** No 9. University of North Carolina at Chapel Hill. https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-0109/at_download/document

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de Almeida. Epidemiologia & Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

RUDNICKI, T.. Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 24, n. 3, p. 343-351, 2007.

RZEWUSKA, M. et al. Epidemiology of multimorbidity within the Brazilian adult general population: Evidence from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **PloS one**, v. 12, n. 2, p. e0171813, 2017.

SANTOS, J.A.F. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. **Saude soc** 2018; 27 (2): 556-572.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M.. Conceitos de acesso à saúde. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 31, n.3, p. 260-268, 2012.

SCHMIDT, D. B.. Qualidade de vida e saúde mental em pacientes em hemodiálise: um desafio para práticas multiprofissionais. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 41, n. 1, p. 10-11, 2019.

SEGALL, L. et al. Nutritional status evaluation and survival in haemodialysis patients in one centre from Romania. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 24, n. 8, p. 2536-2540, 2009.

SESSO, R. C. et al. Report of the brazilian chronic dialysis census 2012. **J Bras Nefrol.**, v.36, n.1, p.48-53, 2014.

SESSO, R. C. et al.. Brazilian chronic dialysis census 2014. **J Bras Nefrol.**, v.38, n.1, p.54-61, 2016.

SESSO, R. C. et al. Brazilian chronic dialysis survey 2016. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 39, n. 3, p. 261-266, 2017.

SHAKOORI, I. S. et al. Understanding chronic disease risk factors and multimorbidity. **International Journal of Community Medicine and Public Health**, v. 5, n. 7, p. 1990-1993, 2020.

SIDDIQUI, S. et al. Ethical, legal, and communication challenges in managing goals-of-care discussions in chronically critically ill patients. **Journal of Critical Care**, v.59, p.55-56, 2020.

SILVA, M. R. et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise: Uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 9344-9374, 2020.

SILVA, S. B. et al. Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n.6, e00013515, 2016.

SILVA, S. F.. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.6, p. 2753-2762, 2011.

SIMÕES, B. S. et al. Consumption of ultra-processed foods and socioeconomic position: a cross-sectional analysis of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health. **Cadernos de saude publica**, v. 34, n.3, e00019717, 2018.

SOUSA-MUÑOZ, R. L. et al. Impacto de multimorbidade sobre mortalidade em idosos: estudo de coorte pós-hospitalização. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 579-589, 2013.

SONDERGAARD, H.; JULL, S. Self-rated and functioning in patients with chronic renal disease. **Dan Med Bul** 2010;57(12):A4220. PMID: 21122461.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y.. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

STANIFER, J. W. et al. Chronic kidney disease in low-and middle-income countries. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 31, n. 6, p. 868-874, 2016.

STARFIELD, B. Challenges to primary care from co- and multi-morbidity. **Prim Health Care Res & Dev**, v.12, n.1, p.1-2, 2011.

STOKES, A.; PRESTON, S. H. The contribution of rising adiposity to the increasing prevalence of diabetes in the United States. **Preventive medicine**, v. 101, p. 91-95, 2017.

SULLIVAN, Michael K. et al. Hospitalisation events in people with chronic kidney disease as a component of multimorbidity: parallel cohort studies in research and routine care settings. **BMC medicine**, v. 19, n. 1, p. 1-11, 2021.

SZWARCWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Os caminhos da estatística e suas incursões pela epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n.1, p. 5-21, 1992.

TEERAWATTANANON, Y. et al. To include or not include: renal dialysis policy in the era of universal health coverage. **BMJ**, v. 368, 2020.

TELLES, C. T. et al. Socio-demographic, clinical and laboratory profile of patients submitted to hemodialysis. **Rev Rene**, v. 15, n. 3, p. 420-6, 2014.

TENZIN, G.; NATSUDA, K. (2013) Impact of Social Capital on Poverty: A Case of Rural Households in Eastern Bhutan. **RCAPS Working Paper Series**, University, Japan.

THEME FILHA, M. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n.1, p. 73-81, 2008.

THIEDE, M. et al. Exploring the dimensions of access. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G.; (eds.). **The economics of health equity**. New York: Cambridge University, 2007.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D.. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, 2008.

THOMPSON, W. S. Population. **American Journal of Sociology**, v. 34, p.959-975, 1929.

TODD, J. et al. Investigating healthcare contacts of Dialysis patients by age and gender. **BMC health services research**, v. 19, n. 1, p. 136, 2019.

TOMIOKA, K.; KURUMATANI, N.; HOSOI, H. . Social participation and the prevention of decline in effectance among community-dwelling elder - ly: a population-based cohort study. **PLoS One** 2015; 10:e0139065

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2020.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F.. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

WANG, H.; NAGHAVI, M.; ALLEN, C. et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**.

WALLIS, J.; KILLERBY, P.; DOLLERY, B. (2003) "Social Economics and Social Capital." Working Paper Series in Economics, nº 2003-4. School of Economics, University of New England.

WHITEHEAD M. **The conceits and principles of equity and health**. Copenhagen: Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a Europa; 1990.

WILKINSON, M. I.; NJOGU, W.; ABDERRAHIM, N. **The availability of family planning and maternal and child health services**. Demographic and Health Surveys. Comparative Studies No. 7. Columbia, MD:Macro International Inc US1.1, HQ763.5.W687 1993

WOOLCOCK, M. et al. The place of social capital in understanding social and economic outcomes. **Canadian journal of policy research**, v. 2, n. 1, p. 11-17, 2001.

WOOLCOCK, M.. Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. **Theory and society**, v. 27, n. 2, p. 151-208, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**: Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice). Geneve: WHO, 2010

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multimorbidity**: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care: now more than ever.** Geneva: World Health Organization, 2008. 119 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance.** Geneva: WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Global NCD Action Plan 2013-2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/> [» http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/)>. Acesso em: 12 nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Challenging inequity through health systems** - Final Report: Knowledge Network on Health Systems. , 2007.

WU, Yu-Hui; HSU, Yu-Juei; TZENG, Wen-Chii. Physical Activity and Health-Related Quality of Life of Patients on Hemodialysis with Comorbidities: A CrossSectional Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 2, p. 811, 2022.

XU, X.; MISHRA, G. D.; JONES, M.. Evidence on multimorbidity from definition to intervention: an overview of systematic reviews. **Ageing Research Reviews**, v. 37, p. 53-68, 2017.

ZAMBONATO, T. K.; THOMÉ, F. S.; GONÇALVES, L. F. S. Perfil socioeconômico dos pacientes com doença renal crônica em diálise na região noroeste do Rio Grande do Sul. **J Bras Nefrol**, v.30, n.3, p.192-199, 2008.

ZHANG, H. et al. Dialysis outcomes and analysis of practice patterns suggests the dialysis schedule affects day-of-week mortality. **Kidney international**, v. 81, n. 11, p. 1108-1115, 2012.

ZOBEL, E. H. et al. Global changes in food supply and the obesity epidemic. **Current obesity reports**, v. 5, n. 4, p. 449-455, 2016.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO PROJETO “DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E CONDIÇÃO DE SAÚDE: UM ESTUDO EM USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE NO ESPÍRITO SANTO”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) sr(a) _____ foi convidado(a) a participar da pesquisa intitulada DIAGNÓSTICO SITUACIONAL



E CONDIÇÃO DE SAÚDE: UM ESTUDO EM USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE NO ESPÍRITO SANTO, sob a responsabilidade da profa. Dra. Luciane Bresciani Salaroli.

JUSTIFICATIVA

A doença renal crônica é definida como uma síndrome clínica caracterizada pela lesão renal e conseqüente perda lenta, progressiva e irreversível das funções dos rins. Sendo cada vez mais reconhecida como um problema de saúde pública, a doença renal crônica gera altos custos ao governo devido à sua incidência acelerada e uma contínua prevalência na população. O número de pacientes com doença renal crônica tratados com terapia renal substitutiva (TRS) aumenta em escala mundial, sendo a hemodiálise a terapia de escolha em 91% dos pacientes dialíticos. Todavia, ainda que os pacientes em TRS apresentem maior sobrevida, são elevadas as taxas de morbimortalidade, das comorbidades associadas, das alterações do estado nutricional e da reduzida qualidade de vida. Desta forma, justifica-se a investigação científica nestes pacientes hemodialíticos na região da Grande Vitória no Espírito Santo.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA

A pesquisa tem como objetivo avaliar a condição de saúde de pacientes em hemodiálise atendidos em clínicas da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), associando às variáveis socioeconômicas, hábitos alimentares, indicadores antropométricos, qualidade de vida e exames bioquímicos.

PROCEDIMENTOS

O paciente será submetido, no momento de sua visita semanal a clínica da qual faz parte, a um questionário de informações sociodemográficas, a fim de se coletarem dados socioeconômicos, ocupacionais, de acesso ao sistema de hemodiálise, percepção do ambiente, hábitos alimentares, consumo alimentar,

hábitos de vida, aptidão cardiorrespiratória, práticas de lazer, atividades instrumentais de vida diária e independência nas atividades de vida diárias, saúde mental e capacidade para o trabalho. Em um segundo momento serão feitas, em ambiente reservado, as medidas antropométricas (peso, estatura, circunferências e pregas cutâneas).

Os dados a respeito do paciente, como dados pessoais, história familiar, história pregressa e exames bioquímicos serão coletados diretamente de seu prontuário das clínicas.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

A coleta de dados será realizada no momento da sua visita semanal nas clínicas da RMGV-ES no ano de 2017, a saber: Clínica Capixaba do Rim – Vitória, 84 usuários; Clínica Capixaba do Rim – Cariacica, 180 usuários; Clínica Capixaba do Rim – Serra, 190 usuários; MedRim, 200 usuários; IDR – Vitória, 120 usuários; IDR – Serra, 190 usuários; Hospital Evangélico de Vila Velha, 150 usuários; CEDRES, 60 usuários; Instituto do Rim – Guarapari, 96 usuários; clínica de Nefrologia do Hospital Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) – Vitória, 32 usuários e Hospital Santa Rita de Cássia totalizando (HSRC), 114 usuários analisados pelo referido projeto e o projeto piloto será realizado no município de Colatina, na Casa de Saúde e Maternidade Santa Maria. O tempo médio será de 45 (quarenta e cinco minutos) minutos para a coleta dos dados que não estejam descritos no prontuário.

RISCOS E DESCONFORTOS

O(a) sr(a) pode sentir-se desconfortável no momento da coleta de dados, como durante a coleta de peso, estatura, circunferências corporais e pregas cutâneas, visto que pode expor parcialmente o corpo, além do risco de queda da própria altura. Além disto, o(a) sr(a) pode sentir-se constrangido com alguma pergunta do questionário. Para amenizar esses possíveis desconfortos, a coleta será feita em ambiente reservado, somente com a sua presença e do profissional responsável pela coleta dos dados e toda coleta será conduzida por pesquisadores treinados para este fim.

BENEFÍCIOS

O(a) sr(a) poderá ser beneficiado(a) de forma indireta, visto que os dados obtidos através desta pesquisa gerarão informações que podem levar à melhora no atendimento prestado aos pacientes dialíticos. Diretamente podem ser beneficiados no recebimento dos resultados das análises da sua condição de saúde, assim como orientações nutricionais e possíveis encaminhamentos médicos, caso seja necessário.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

O(a) sr(a) será acompanhado no momento da pesquisa por profissional responsável e, ao se encerrar a mesma não acarretará nenhuma consequência em seu tratamento e acompanhamento nas clínicas de hemodiálise. Além disso, a qualquer momento o(a) sr(a) poderá entrar em contato com o pesquisador principal para esclarecer suas dúvidas a respeito da pesquisa.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

O(a) sr(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. O pesquisador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem-estar.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Serão garantidos o sigilo e a privacidade ao(à) sr(a) e a todos(as) participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO

A sua participação no estudo não implicará custos adicionais, ou seja, você não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO

Será garantida indenização ao paciente por qualquer dano ocorrido durante a pesquisa. De acordo com o item IV.4.c da Res. CNS 466/12, não podendo exigir do(a) sr(a), sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por este dano.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, o(a) sr(a) deve contatar a pesquisadora LUCIANE BRESCIANI SALAROLI, no telefone (27) 99271 4227 ou endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Educação Integrada em Saúde, Av. Marechal Campos, 1468, DEIS - Maruípe, Vitória ES - 29040090. O(A) sr(a) também pode contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFES para resolver dúvidas ou relatar algum problema através do telefone (27) 3335-7211 ou correio: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória- ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de igual teor assinada pelo(a) pesquisador(a).

Vitória, ____ de _____ de 20____.



 Participante da pesquisa /Testemunha

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E CONDIÇÃO DE SAÚDE: UM ESTUDO EM USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE NO ESPÍRITO SANTO”, eu, Luciane Bresciani Salaroli, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4, da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Luciane Bresciani Salaroli - Pesquisador responsável - Telefone: (27)
992714227

ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROJETO “DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E CONDIÇÃO DE SAÚDE: UM ESTUDO EM USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE NO ESPÍRITO SANTO”

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

- I. Nº DE IDENTIFICAÇÃO: _____ II.
- CLÍNICA DE HEMODIÁLISE:
- | | |
|---|---|
| [0] Clínica Capixaba do Rim – Vitória | [6] Hospital Evangélico de Vila Velha |
| [1] Clínica Capixaba do Rim – Cariacica | [7] CEDRES |
| [2] Clínica Capixaba do Rim – Serra | [8] Instituto do Rim – Guarapari |
| [3] MedRim | [9] clínica de Nefrologia do HUCAM |
| [4] IDR – Vitória | [10] Hospital Santa Rita de Cássia |
| [5] IDR – Serra [11] projeto piloto | III. |
- ENTREVISTADOR: _____ IV.
- DATA: _____

Bom dia/tarde! Tudo bem!? Meu nome é _____ estamos realizando uma pesquisa sobre a condição de saúde de todos os usuários dos Serviços de Hemodiálise do Espírito Santo. Para isso faremos algumas perguntas sobre informações sociodemográficas, ocupacionais, de acesso ao sistema de hemodiálise, percepção do ambiente, hábitos alimentares, hábitos de vida, aptidão cardiorrespiratória, práticas de lazer, atividades instrumentais de vida diária e independência nas atividades de vida diárias, a fim de contribuir com a melhoria do serviço oferecido. Vamos começar falando sobre o seu tratamento aqui na clínica de hemodiálise.

ACESSO (THIEDE et al, 2007)			
Disponibilidade			
	Qual a distância média entre local onde você faz hemodiálise e sua residência?	[0] < 1 Km [1] 1 – 4 Km	[2] 5 – 14 Km [3] ≥ 15 Km
	Necessita de algum transporte para ir ao serviço de hemodiálise?		[0] Não [1] Sim

Qual é o meio de transporte utilizado?	[0] Motorizado: [] Município / remoção [] Coletivo Urbano [] Veículo motorizado próprio (moto ou carro) [1] A pé [2] Outros (bicicleta, por exemplo)
Qual o tempo médio gasto por esse meio de transporte?	[0] < 30 minutos

	[1] 30 – 59 [2] ≥ 60 minutos
Qual o tempo médio que você gastaria se fosse a pé?	[0] < 30 minutos [1] 30 – 59 minutos [2] ≥ 60 minutos

O sistema público oferece algum tipo de transporte para ir ao serviço de hemodiálise?	[0] Não [1] Sim. Qual?
O Sr (a) sabe se é fornecido transporte público, próximo a sua residência, os profissionais de saúde para atendê-lo a fim de realizar o agendamento do seu serviço de hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
O horário de funcionamento do serviço de hemodiálise permite seu tratamento?	[0] Não [1] Sim
Você considera que o serviço de hemodiálise oferecido é de qualidade?	[0] Não [1] Sim
Você considera que os serviços de hemodiálise oferecidos são os que você necessita?	[0] Não [1] Sim

Capacidade de pagar

Considerando os últimos 6 meses...

Você precisou pagar por algum tipo de serviço de hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Você precisou comprar algum remédio complementar ao seu tratamento de hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Você precisou pagar transporte para ir ao serviço de hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Você precisou comprar comida quando foi ao serviço de hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Você perdeu dia de trabalho para ir ao serviço de hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Você deixou de ganhar dinheiro (exercício de atividade remunerada) para ir ao serviço de hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Você precisou pegar dinheiro emprestado com alguém de sua família / familiares para ir ao serviço de hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Você precisou pegar dinheiro emprestado com algum vizinho ou amigo para ir ao serviço de hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Você precisou pegar dinheiro emprestado com bancos ou financeiras para realizar algum serviço de hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Você precisou vender algum bem material para realizar hemodiálise?	[0] Não [1] Sim

Aceitabilidade	
Você confia nos profissionais que realizam a hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Você é tratado com respeito pelos profissionais durante a hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Você concorda com o tipo de tratamento que é realizado durante a hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Os profissionais de saúde ouvem atentamente suas queixas sobre sua condição física no momento da hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Os profissionais de saúde conversam com você sobre as alternativas de tratamento no momento da hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Sua necessidade em saúde física foi / está sendo atendida por meio da hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Você sentiu que foi tratado(a) de modo diferente (preconceito / discriminação) pelos profissionais no momento da hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Você percebia / percebeu que os equipamentos / aparelhos especializados disponíveis foram / são suficientes para atender suas necessidades em saúde durante a hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Você considera que a equipe de saúde é / era capacitada para atender as necessidades em saúde física nos serviços de hemodiálise?	[0] Não [1] Sim
Você acredita que, se for necessário fazer algum acompanhamento por causa da hemodiálise, conseguirá atendimento com facilidade?	[0] Não [1] Sim
Você encontrou espaço aberto para reclamar sobre alguma coisa nos serviços de hemodiálise que não estivesse / está satisfeito(a)?	[0] Não [1] Sim
Como você classifica a qualidade do atendimento prestado nos serviços de hemodiálise?	[0] Péssimo [1] Ruim [2] Regular [3] Bom [3] Muito bom

Como você acessa os serviços de saúde?	1 [] SUS (público) 2 [] Plano de saúde ou particular (privado) 3 [] Misto (público e privado)
Caso use Plano de Saúde, você acha que o plano é:	1 [] Muito bom 2 [] Bom 3 [] Regular 4 [] Ruim 88 [] não de aplica
Caso use Plano de Saúde, seu plano de saúde é pago:	1 [] Por conta própria 2 [] Pela empresa 3 [] Outro: 88 [] não se aplica
A unidade de hemodiálise que você utiliza é	1 [] SUS 2 [] Privada 3 [] Privada conveniada ao SUS

<p><u>Caso faça hemodiálise em uma unidade privada</u>, tentou anteriormente realizar a hemodiálise via SUS ou unidade privada conveniada ao SUS mas não conseguiu vaga?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não tentei vaga pelo SUS 88[] não se aplica</p>
<p><u>Caso faça hemodiálise em uma unidade privada</u>, seu tratamento é custeado:</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> SUS 2 <input type="checkbox"/> Privada – Particular 3 <input type="checkbox"/> Privada – Plano de saúde 4 <input type="checkbox"/> Outro: 88[] não se aplica</p>
<p>Quantas vezes você teve contato com o <u>médico nefrologista</u> no último ano?</p>	<p>[1] Nenhuma [4] Três vezes [5] Quatro ou mais vezes [2] Uma vez [3] Duas vezes</p>
<p>Você achou que as informações prestadas pelo <u>médico nefrologista</u> foram:</p>	<p>[1] Muito fácil entendimento [2] Fácil entendimento [3] Entendimento razoável [4] Confusas e de difícil entendimento [5] Muito confusas e de muito difícil entendimento</p>
	<p>88[] não se aplica</p>
<p>Quantas vezes você teve contato com o <u>enfermeiro nefrologista</u> no último ano?</p>	<p>[1] Nenhuma [4] Três vezes [5] Quatro ou mais vezes [2] Uma vez [3] Duas vezes</p>
<p>Você achou que as informações prestadas pelo <u>enfermeiro nefrologista</u> foram:</p>	<p>[1] Muito fácil entendimento [2] Fácil entendimento [3] Entendimento razoável [4] Confusas e de difícil entendimento [5] Muito confusas e de muito difícil entendimento</p>
	<p>88[] não se aplica</p>
<p>Quantas vezes você teve contato com o <u>nutricionista</u> no último ano?</p>	<p>[1] Nenhuma [4] Três vezes [5] Quatro ou mais vezes [2] Uma vez [3] Duas vezes</p>
<p>Você achou que as informações prestadas pelo <u>nutricionista</u> foram:</p>	<p>[1] Muito fácil entendimento [2] Fácil entendimento [3] Entendimento razoável [4] Confusas e de difícil entendimento [5] Muito confusas e de muito difícil entendimento</p>
	<p>88[] não se aplica</p>
<p>Quantas vezes você teve contato com o <u>psicólogo</u> no último ano?</p>	<p>[1] Nenhuma [4] Três vezes [5] Quatro ou mais vezes [2] Uma vez [3] Duas vezes</p>
<p>Você achou que as informações prestadas pelo <u>psicólogo</u> foram:</p>	<p>[1] Muito fácil entendimento [2] Fácil entendimento [3] Entendimento razoável [4] Confusas e de difícil entendimento [5] Muito confusas e de muito difícil entendimento</p>
	<p>88[] não se aplica</p>

Quantas vezes você teve contato com o <u>assistente social</u> no último ano?	[1] Nenhuma [2] Uma vez [3] Duas vezes	[4] Três vezes [5] Quatro ou mais vezes
Você achou que as informações prestadas pelo <u>assistente social</u> foram:	[1] Muito fácil entendimento [2] Fácil entendimento [3] Entendimento razoável [4] Confusas e de difícil entendimento [5] Muito confusas e de muito difícil entendimento 88[] não se aplica	
Você costuma receber lanche (refeição) na unidade de hemodiálise?	1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> As vezes 3 <input type="checkbox"/> Nunca	
<u>Se recebe lanche (refeição)</u> , geralmente o que é servido? _____		
<u>Se recebe lanche (refeição)</u> , sente que o lanche é suficiente?	1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Nunca	
<u>Se recebe lanche (refeição)</u> , acha que o local que é servido é apropriado?	1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Nunca	

Bom! Você falou um pouco sobre seu acesso aos serviços de saúde. Agora vamos abordar sobre o local onde você mora, seus amigos e vizinhos, entendendo a vizinhança como a área geral do entorno da residência onde o/a senhor/senhora costuma realizar atividades de rotina como, por exemplo, fazer compras, ir ao parque ou visitar vizinhos.

Para as primeiras perguntas, algumas afirmações serão feitas e o/a senhor/senhora irá dizer o quanto concorda com o que foi dito, sendo as opções: concordo totalmente, concordo parcialmente, não concordo nem discordo, discordo parcialmente e discordo totalmente.

PERCEPÇÃO DO AMBIENTE (SANTOS et al., 2013)	
Coesão Social	
Na sua vizinhança, as pessoas estão dispostas a ajudar seus vizinhos	1 <input type="checkbox"/> Concorde totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concorde parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
Sua vizinhança é bem unida, isto é, as pessoas são capazes de se unir em torno de interesses comuns	1 <input type="checkbox"/> Concorde totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concorde parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente

	As pessoas na sua vizinhança são de confiança	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
	Em geral, as pessoas na sua vizinhança NÃO se dão bem umas com as outras	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
	As pessoas na sua vizinhança NÃO compartilham os mesmos padrões culturais, de comportamento, princípios éticos ou morais, entre outros	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
Ambiente para Atividade Física		
	Sua vizinhança oferece muitas condições para que as pessoas sejam fisicamente ativas (por exemplo, possam fazer caminhada, andar de bicicleta)	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
	Há muitas oportunidades para praticar atividades físicas ou esportes em clubes, academias ou outros espaços na sua vizinhança	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo
		4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
	É agradável fazer caminhadas na sua vizinhança	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
	As árvores da sua vizinhança dão bastante sombra	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente

	É fácil ir a pé aos lugares na sua vizinhança	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
	Frequentemente o(a) senhor(a) vê outras pessoas fazendo caminhadas na sua vizinhança	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
	Frequentemente o(a) senhor(a) vê outras pessoas praticando atividade física na sua vizinhança (por exemplo: correndo, andando de bicicleta, praticando esportes)	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
	O trânsito de veículos é intenso (pesado) na sua vizinhança	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
	É necessário atravessar muitas ruas movimentadas para fazer caminhadas na sua vizinhança	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
Disponibilidade de Alimentos Saudáveis		
	Encontra-se grande variedade de frutas, verduras e legumes frescos à venda próximo à sua residência	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
	As frutas, verduras e legumes frescos à venda próximo à sua residência são de boa qualidade	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem
		discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente

	Encontra-se uma grande variedade de alimentos com baixo teor de gordura (isto é, light/diet) à venda próximo à sua residência	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
	Existem muitos lugares para lanches e refeições rápidas (<i>fast-food</i>) próximo à sua residência	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
Segurança		
	O(a) senhor(a) se sente seguro(a) andando de dia ou de noite na sua vizinhança	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
	A violência é um problema na sua vizinhança	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
	Sua vizinhança é segura em relação a crimes	1 <input type="checkbox"/> Concordo totalmente 2 <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo 4 <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente 5 <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
<i>Bom! Agora neste momento as perguntas serão a respeito da frequência que ocorrem, podendo o/a senhor/senhora responder se ocorre frequentemente, às vezes, raramente ou nunca.</i>		
Violência Percebida		
	Nos ÚLTIMOS 6 MESES, com que frequência houve brigas que tenham envolvido o uso de armas na sua vizinhança?	1 <input type="checkbox"/> Frequentemente 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Nunca
	Nos ÚLTIMOS 6 MESES, com que frequência houve discussão violenta entre vizinhos?	1 <input type="checkbox"/> Frequentemente 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Nunca

	Nos ÚLTIMOS 6 MESES, com que frequência houve briga entre gangues (grupos ou facções rivais)?	1 <input type="checkbox"/> Frequentemente 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Nunca
	Nos ÚLTIMOS 6 MESES, com que frequência houve violência sexual ou estupro?	1 <input type="checkbox"/> Frequentemente 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Nunca
	Nos ÚLTIMOS 6 MESES, com que frequência houve roubo ou assalto?	1 <input type="checkbox"/> Frequentemente 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Nunca
Vitimização Pessoal		
	Alguém já praticou violência (assalto, briga, violência sexual ou sequestro) contra o(a) senhor(a) ou contra algum morador de sua residência, nessa vizinhança, durante o tempo em que o(a) senhor(a) mora nesse local?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

Vamos falar agora sobre os grupos ou organizações, associações a que você, ou qualquer outro membro da sua casa, pertencem. Esses grupos podem ser formalmente organizados ou apenas grupos de pessoas que se reúnem regularmente, para praticar alguma atividade, ou apenas conversar.

Questionário Integrado para Medir Capital Social (QI-MCS) (GROOTAERT et al., 2003)		
De todos os grupos que você ou os membros da sua casa fazem parte, qual é o mais importante?	[1] Grupo religioso [2] ONGs [3] Associação comunitária ou de moradores [4] Associação de pais e mestres (escola)	[5] Movimentos sociais [6] Sindicato [7] Partido político [8] Clube esportivo [9] Outro: _____
De quantos grupos você, ou alguém em sua casa, faz parte? _____ grupos		
Pensando nos membros do grupo assinalado:		
A maioria deles é da mesma religião?	[1] Sim	[2] Não
A maioria é do mesmo sexo?	[1] Sim	[2] Não
A maioria é do mesmo grupo racial?	[1] Sim	[2] Não
Os membros do grupo assinalado têm, em sua maioria:		
A mesma ocupação (profissão)?	[1] Sim	[2] Não
A mesma formação educacional ou grau de escolaridade?	[1] Sim	[2] Não

Esse grupo trabalha ou interage com grupos fora do(a) bairro/localidade?	[1] Sim, ocasionalmente (poucas vezes) [2] Não [3] Sim, frequentemente (muitas vezes)
Quantos amigos próximos você diria que tem hoje? Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda? Conte nos dedos! _____ amigos	
Se de repente você precisasse de uma pequena quantia em dinheiro (o suficiente para pagar as despesas da sua casa durante uma semana) quantas pessoas, de fora da sua casa, estariam dispostas a lhe fornecer este	[1] Nenhuma [2] 1 ou 2 pessoas [3] 3 ou 4 pessoas [4] 5 ou mais

dinheiro, se você pedisse a elas?	peessoas
Se de repente você precisasse de uma pequena quantia em dinheiro: o que você ganharia, digamos, em uma semana de trabalho, quantas pessoas, de fora da sua casa, estariam dispostas a lhe oferecer este dinheiro, se você pedisse a elas?	[1] Nenhuma [2] 1 ou 2 pessoas [3] 3 ou 4 pessoas [4] 5 ou mais pessoas
Falando em geral sobre as pessoas, você diria que:	[1] Pode-se confiar nas pessoas [2] Nunca é demais ter cuidado
Em geral, você concorda ou discorda das seguintes afirmações:	
A maioria das pessoas do seu bairro/localidade estão dispostas a ajudar caso você precise.	[0] Discordo totalmente [1] Discordo [2] Não concordo nem discordo [3] Concordo [4] Concordo totalmente
No seu bairro/localidade, é preciso estar atento ou alguém pode tirar vantagem de você.	[0] Discordo totalmente [1] Discordo [2] Não concordo nem discordo [3] Concordo [4] Concordo totalmente
Quanto você confia nos membros do governo local?	[0] Confio totalmente [1] Confio muito [2] Nem muito, nem pouco [3] Confio pouco [4] Confio muito pouco
Quanto você confia nos membros do governo central?	[0] Confio totalmente [1] Confio muito [2] Nem muito, nem pouco [3] Confio pouco [4] Confio muito pouco
Se um projeto da sua comunidade não lhe beneficia diretamente, mas tem benefícios para muitas outras pessoas do seu bairro/localidade:	
Você contribuiria com seu tempo?	[1] Não contribuiria com o meu tempo [2] Contribuiria com o meu tempo
Você contribuiria com seu dinheiro para o projeto?	[1] Não contribuiria com o meu dinheiro [2] Contribuiria com o meu dinheiro

Nos últimos 12 meses, você ou alguém da sua casa participou de alguma atividade comunitária, em que as pessoas se reúnem para realizar algum trabalho em benefício da comunidade?	[1] Sim [2] Não
Quantas vezes, nos últimos 12 meses? _____ vezes 88[] não se aplica	
Se houvesse um problema de abastecimento de água nesta comunidade, qual é a probabilidade de que as pessoas cooperassem para tentar resolver o problema?	[1] Muito provável [2] Relativamente provável [3] Nem provável, nem improvável [4] Relativamente improvável [5] Muito improvável
No último mês, quantas vezes você fez ou recebeu um telefonema? _____ vez(es)	
<i>Pensando nas três mais importantes fontes de informação para você, qual é:</i>	
A PRIMEIRA fonte mais importante de informação a respeito	[1] Parentes, amigos e vizinhos [2] Boletins da comunidade [3] Mercado local [4] Jornal local ou da comunidade [5] Jornal de alcance nacional [6] Rádio [7] Televisão [8] Grupos ou associações [9] Colegas de trabalho ou sócios [10] Associados

do que o governo está fazendo (por exemplo: mutirão agrícola, frente de trabalho ou planejamento familiar)	comunidade [3] Mercado local [4] Jornal local ou da comunidade [5] Jornal de alcance nacional [6] Rádio [7] Televisão [8] Grupos ou associações	políticos [11] Líderes de comunidade [12] Um agente do governo [13] ONGs [14] Internet
A SEGUNDA fonte mais importante de informação a respeito do que o governo está fazendo (por exemplo: mutirão agrícola, frente de trabalho ou planejamento familiar)	[1] Parentes, amigos e vizinhos [2] Boletins da comunidade [3] Mercado local [4] Jornal local ou da comunidade [5] Jornal de alcance nacional [6] Rádio [7] Televisão [8] Grupos ou associações	[9] Colegas de trabalho ou sócios [10] Associados políticos [11] Líderes de comunidade [12] Um agente do governo [13] ONGs [14] Internet

<p>A TERCEIRA fonte mais importante de informação a respeito do que o governo está fazendo (por exemplo: mutirão agrícola, frente de trabalho ou planejamento familiar)</p>	<p>[1] Parentes, amigos e vizinhos [2] Boletins da comunidade [3] Mercado local [4] Jornal local ou da comunidade [5] Jornal de alcance nacional [6] Rádio [7] Televisão [8] Grupos ou associações</p>	<p>[9] Colegas de trabalho ou sócios [10] Associados políticos [11] Líderes de comunidade [12] Um agente do governo [13] ONGs [14] Internet</p>
<p>Muitas vezes há diferenças nas características entre as pessoas que vivem num mesmo bairro/localidade. Por exemplo, diferenças de riqueza, renda, posição social, origem técnica ou racial. Também pode haver diferenças em relação às crenças religiosas e políticas, ou pode haver diferenças devido à idade ou sexo. Até que ponto você diria que as pessoas são diferentes em seu bairro?</p>		<p>[1] Extremamente diferentes [2] Muito diferentes [3] Relativamente diferentes [4] Pouco diferentes [5] Muito pouco diferentes</p>
<p>Alguma dessas diferenças causa problemas?</p>		<p>[1] Sim [2] Não</p>
<p>Quais são as duas diferenças que mais frequentemente causam problemas:</p>		
<p>PRIMEIRA diferença que mais frequentemente causa problema.</p>	<p>[1] Diferença de educação [2] Diferenças de posses de terra [3] Diferenças de riqueza/posses materiais [4] Diferenças de posição social</p>	<p>[7] Diferenças entre moradores mais antigos e novos moradores [8] Diferenças de filiação política [9] Diferenças de crenças religiosas [10] Diferenças de origem</p>
	<p>[5] Diferenças de homens e mulheres [6] Diferenças entre gerações mais jovens e as gerações mais velhas</p>	<p>étnica, raça, casta/tribo [11] Outras diferenças: _____</p>
<p>SEGUNDA diferença que mais frequentemente causa problema.</p>	<p>[1] Diferença de educação [2] Diferenças de posses de terra [3] Diferenças de riqueza/posses materiais [4] Diferenças de posição social [5] Diferenças de homens e mulheres [6] Diferenças entre gerações mais jovens e as gerações mais velhas</p>	<p>[7] Diferenças entre moradores mais antigos e novos moradores [8] Diferenças de filiação política [9] Diferenças de crenças religiosas [10] Diferenças de origem étnica, raça, casta/tribo [11] Outras diferenças: _____</p>
<p>Algumas vezes esses problemas levaram à violência?</p>		<p>[1] Sim [2] Não</p>

Quantas vezes, no último mês, você se reuniu com outras pessoas para comer ou beber, em casa ou em um lugar público? _____ vez(es)	
Alguma dessas pessoas era de origem étnica, linguística ou racial diferente?	[1] Sim [2] Não
Alguma dessas pessoas era de situação econômica diferente?	[1] Sim [2] Não
Alguma dessas pessoas era de posição social diferente?	[1] Sim [2] Não
Alguma dessas pessoas era de um grupo religioso diferente?	[1] Sim [2] Não
Em geral, como você se sente em relação ao crime e à violência quando está sozinho(a) em casa?	[1] Muito seguro(a) [2] Moderadamente seguro(a) [3] Nem seguro(a), nem inseguro(a) [4] Moderadamente inseguro(a) [5] Muito inseguro(a)
Em geral, você se considera uma pessoa...	[1] Muito feliz [2] Moderadamente feliz [3] Nem feliz, nem infeliz [4] Moderadamente infeliz [5] Muito infeliz
Você sente que tem poder para tomar decisões que podem mudar o curso de sua vida?	[1] Totalmente incapaz de mudar a minha vida [2] Geralmente incapaz de mudar a minha vida [3] Nem capaz, nem incapaz [4] Geralmente capaz de mudar minha vida [5] Totalmente capaz de mudar a minha vida
Nos últimos 12 meses, quantas vezes as pessoas no seu bairro/localidade se reuniram para entregar conjuntamente uma petição a membros do governo ou a líderes políticos pedindo algo em benefício da comunidade?	[1] Nunca [2] Uma vez [3] Algumas vezes (menos do que 5 vezes) [4] Muitas vezes (mais do que 5 vezes)
Muitas pessoas consideram difícil sair para votar. Você votou nas últimas eleições estaduais/nacionais/presidenciais?	[1] Sim [2] Não

Muito bem! Agora vamos precisar de algumas informações para podermos contatá-lo em algum momento, se necessário. Ressalto que esses dados são confidenciais e não serão repassados nem divulgados a ninguém.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS (chegar dados no prontuário)	
Nome:	
Sexo: 1 [__] Masculino 2 [__] Feminino	
a) Telefone(s):	b) Melhor(es) horário(s) para ligar? 1 [__] Qualquer horário [__] _____

9999 <input type="checkbox"/> Não tem	c) Melhor(es) dias para ligar? 1 <input type="checkbox"/> Qualquer dia <input type="checkbox"/> _____	
E-mail: Não tem		9999 <input type="checkbox"/>
Data de nascimento:		
CNS (Carteira Nacional de Saúde):		
CPF:		
Cidade que reside:		
Cidade que faz diálise:		
Qual o seu endereço? _____ _____		
Há quanto tempo o(a) sr(a) mora neste endereço/local? _____ <input type="checkbox"/> anos <input type="checkbox"/> meses		
Qual a sua profissão?		
Qual o seu estado civil atual?	1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input type="checkbox"/> Vive com companheiro	4 <input type="checkbox"/> Separado 5 <input type="checkbox"/> Divorciado 6 <input type="checkbox"/> Viúvo
Número de pessoas que moram na sua casa (incluindo o sr(a)):		
Número de filhos:	a) Vivos: _____ b) Falecidos: _____	
O(a) sr(a) estudou até que série? _____ 9999 <input type="checkbox"/> Não sabe / não quis responder		
Branca Como o(a) sr(a) classificaria sua cor de pele?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> Oriental (amarela) 5 <input type="checkbox"/> Indígena 9999 <input type="checkbox"/> Não sabe / não quis responder
O(a) sr(a) é o responsável pelo domicílio (chefe de família)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
Se não é o chefe da família, até que série o chefe da família estudou?	_____ 9999 <input type="checkbox"/> Não sabe / não quis responder	
No mês passado, qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida, isto	1 <input type="checkbox"/> Não tem renda 2 <input type="checkbox"/> Menos de 1 salário mínimo 3 <input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 Salários Mínimos	

é, a soma dos rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?	4 <input type="checkbox"/> Mais de 2 e até 5 Salários Mínimos 5 <input type="checkbox"/> Mais de 5 e até 10 Salários Mínimos 6 <input type="checkbox"/> Mais de 10 Salários Mínimos 9999 <input type="checkbox"/> Não sabe / não quis responder
A respeito da renda informada na pergunta anterior, quantas pessoas dependem dessa renda para viver? _____ pessoas	

Muito bem! Agora vamos conversar sobre a sua condição de saúde. Vou perguntar sobre sintomas, medicamentos e algumas doenças anteriores.

CONDIÇÃO DE SAÚDE		
Alguma vez um médico ou outro profissional da saúde já lhe informou que você tinha alguma dessas doenças?	a <input type="checkbox"/> Arritmia b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infarto c <input type="checkbox"/> Derrame d <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos e <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial f <input type="checkbox"/> Diabetes g <input type="checkbox"/> Colesterol alto h <input type="checkbox"/> Gastrite i <input type="checkbox"/> Parkinson j <input type="checkbox"/> Alzheimer k <input type="checkbox"/> Cirrose	l <input type="checkbox"/> Hepatite m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Câncer, Local: _____ n <input type="checkbox"/> Doença da tireoide o <input type="checkbox"/> Bronquite p <input type="checkbox"/> Pneumonia q <input type="checkbox"/> Tuberculose r <input type="checkbox"/> Enfisema pulmonar s <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma t <input type="checkbox"/> Ácido úrico elevado u <input type="checkbox"/> Depressão v <input type="checkbox"/> Outras:
Há algum histórico dessas doenças crônicas na sua família?	a <input type="checkbox"/> Arritmia b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infarto c <input type="checkbox"/> Derrame d <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos e <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial f <input type="checkbox"/> Diabetes g <input type="checkbox"/> Dislipidemia	h <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica i <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Câncer, Local: _____ j <input type="checkbox"/> Doença da tireoide k <input type="checkbox"/> Bronquite l <input type="checkbox"/> Asma m <input type="checkbox"/> Depressão n <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outras:
O(a) sr(a) apresenta habitualmente ou apresentou algum desses sintomas?	a <input type="checkbox"/> Náuseas / enjoos b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vômitos c <input type="checkbox"/> Diarreia d <input type="checkbox"/> Constipação e <input type="checkbox"/> Hiporexia / anorexia f <input type="checkbox"/> Insônia g <input type="checkbox"/> Tonturas / vertigens h <input type="checkbox"/> Câimbras i <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dor de cabeça j <input type="checkbox"/> Manchas na pele	k <input type="checkbox"/> Sensação de cansaço constante l <input type="checkbox"/> Contrações musculares involuntárias m <input type="checkbox"/> Digestão difícil n <input type="checkbox"/> Dor abdominal o <input type="checkbox"/> Irritabilidade / nervosismo p <input type="checkbox"/> Coceira intensa q <input type="checkbox"/> Queda de pressão arterial r <input type="checkbox"/> Solução s <input type="checkbox"/> Boca seca
O seu apetite está...	1 <input type="checkbox"/> Preservado Aumentado	2 <input type="checkbox"/> Diminuído 3 <input type="checkbox"/>
Qual a sua ingestão média de líquidos por dia, somando água, chás, sucos, leite, etc?	_____ mL	

Bom! Continuaremos agora falando da sua saúde!

Questionário de qualidade de vida (SF-36)

(CICONELLI et al., 1999)		
Em geral você diria que sua saúde é:	2 <input type="checkbox"/> Muito Boa 3 <input type="checkbox"/> Boa	4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim
Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral agora?	1 <input type="checkbox"/> Muito melhor <input type="checkbox"/> Um pouco melhor 3 <input type="checkbox"/> Quase a mesma	4 <input type="checkbox"/> Um pouco pior 5 <input type="checkbox"/> Muito pior
Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Nesse caso, quando?		
Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta muito 2 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta um pouco 3 <input type="checkbox"/> Não, não dificulta de modo algum	
Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta muito 2 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta um pouco 3 <input type="checkbox"/> Não, não dificulta de modo algum	
Levantar ou carregar mantimentos	1 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta muito 2 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta um pouco 3 <input type="checkbox"/> Não, não dificulta de modo algum	
Subir vários lances de escada	1 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta muito 2 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta um pouco 3 <input type="checkbox"/> Não, não dificulta de modo algum	
Subir um lance de escadas	1 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta muito 2 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta um pouco 3 <input type="checkbox"/> Não, não dificulta de modo algum	
Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta muito 2 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta um pouco 3 <input type="checkbox"/> Não, não dificulta de modo algum	
Andar mais de 1 quilômetro	1 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta muito 2 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta um pouco 3 <input type="checkbox"/> Não, não dificulta de modo algum	
Andar vários quarteirões	1 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta muito 2 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta um pouco 3 <input type="checkbox"/> Não, não dificulta de modo algum	
Andar um quarteirão	1 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta muito 2 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta um pouco 3 <input type="checkbox"/> Não, não dificulta de modo algum	
Tomar banho ou vestir-se	1 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta muito 2 <input type="checkbox"/> Sim, dificulta um pouco 3 <input type="checkbox"/> Não, não dificulta de modo algum	
Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?		

Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
<i>Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com</i>	

<i>seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?</i>		
Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?	1 <input type="checkbox"/> De forma alguma 2 <input type="checkbox"/> Ligeiramente 3 <input type="checkbox"/> Moderadamente	4 <input type="checkbox"/> Bastante 5 <input type="checkbox"/> Extremamente
Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?	1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> Muito leve 3 <input type="checkbox"/> Leve	4 <input type="checkbox"/> Moderada 5 <input type="checkbox"/> Grave 6 <input type="checkbox"/> Muito grave
Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?	1 <input type="checkbox"/> De forma alguma 2 <input type="checkbox"/> Ligeiramente 3 <input type="checkbox"/> Moderadamente	4 <input type="checkbox"/> Bastante 5 <input type="checkbox"/> Extremamente
<i>Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.</i>		
Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1 <input type="checkbox"/> Todo tempo 2 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo 3 <input type="checkbox"/> Uma boa parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Alguma parte do tempo 5 <input type="checkbox"/> Uma pequena parte do tempo 6 <input type="checkbox"/> Nunca
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1 <input type="checkbox"/> Todo tempo 2 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo 3 <input type="checkbox"/> Uma boa parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Alguma parte do tempo 5 <input type="checkbox"/> Uma pequena parte do tempo 6 <input type="checkbox"/> Nunca
Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1 <input type="checkbox"/> Todo tempo 2 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo 3 <input type="checkbox"/> Uma boa parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Alguma parte do tempo 5 <input type="checkbox"/> Uma pequena parte do tempo 6 <input type="checkbox"/> Nunca

Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1 <input type="checkbox"/> Todo tempo 2 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo 3 <input type="checkbox"/> Uma boa parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Alguma parte do tempo 5 <input type="checkbox"/> Uma pequena parte do tempo 6 <input type="checkbox"/> Nunca
Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1 <input type="checkbox"/> Todo tempo 2 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo 3 <input type="checkbox"/> Uma boa parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Alguma parte do tempo 5 <input type="checkbox"/> Uma pequena parte do tempo 6 <input type="checkbox"/> Nunca
Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1 <input type="checkbox"/> Todo tempo 2 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo 3 <input type="checkbox"/> Uma boa parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Alguma parte do tempo 5 <input type="checkbox"/> Uma pequena parte do tempo 6 <input type="checkbox"/> Nunca
Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1 <input type="checkbox"/> Todo tempo 2 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Alguma parte do tempo 5 <input type="checkbox"/> Uma pequena parte do tempo
	3 <input type="checkbox"/> Uma boa parte do tempo	6 <input type="checkbox"/> Nunca
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1 <input type="checkbox"/> Todo tempo 2 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo 3 <input type="checkbox"/> Uma boa parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Alguma parte do tempo 5 <input type="checkbox"/> Uma pequena parte do tempo 6 <input type="checkbox"/> Nunca
Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1 <input type="checkbox"/> Todo tempo 2 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo 3 <input type="checkbox"/> Uma boa parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Alguma parte do tempo 5 <input type="checkbox"/> Uma pequena parte do tempo 6 <input type="checkbox"/> Nunca
Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?	1 <input type="checkbox"/> Todo tempo 2 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo 3 <input type="checkbox"/> Alguma parte do tempo	4 <input type="checkbox"/> Uma pequena parte do tempo 5 <input type="checkbox"/> Nunca
O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?		
Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1 <input type="checkbox"/> Definitivamente verdadeiro 2 <input type="checkbox"/> A maioria das vezes verdadeiro 3 <input type="checkbox"/> Não sei	4 <input type="checkbox"/> A maioria das vezes falso 5 <input type="checkbox"/> Definitivamente falso
Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1 <input type="checkbox"/> Definitivamente verdadeiro 2 <input type="checkbox"/> A maioria das vezes verdadeiro 3 <input type="checkbox"/> Não sei	4 <input type="checkbox"/> A maioria das vezes falso 5 <input type="checkbox"/> Definitivamente falso
Eu acho que a minha saúde vai piorar	1 <input type="checkbox"/> Definitivamente verdadeiro 2 <input type="checkbox"/> A maioria das vezes verdadeiro 3 <input type="checkbox"/> Não sei	4 <input type="checkbox"/> A maioria das vezes falso 5 <input type="checkbox"/> Definitivamente falso

Minha saúde é excelente	1 <input type="checkbox"/> Definitivamente verdadeiro	4 <input type="checkbox"/> A maioria das vezes falso
	2 <input type="checkbox"/> A maioria das vezes verdadeiro 3 <input type="checkbox"/> Não sei	5 <input type="checkbox"/> Definitivamente falso

Agora vamos falar sobre a sua capacidade para o trabalho. Por favor, responda com atenção todas as questões, indicando a que melhor reflete a sua condição. Vamos começar?!

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (TUOMI et al., 1997)	
Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Na escala de zero a dez, quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual?	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estou incapaz para o trabalho Estou em minha melhor capacidade para o trabalho	
Como você classificaria sua capacidade atual para o	[5] Muito boa

trabalho em relação às exigências físicas do mesmo? (por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)	[4] Boa [3] Moderada [2] Baixa [1] Muito baixa [99] não sabe/não respondeu
Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais de seu trabalho? (por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)	[5] Muito boa [4] Boa [3] Moderada [2] Baixa [1] Muito baixa [99] não sabe/não respondeu

Em sua opinião, quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente? Indique também aquelas que foram confirmadas pelo médico.			
		Em minha opinião	Diagnóstico médico
Lesão nas costas		0	1
Lesão nos braços / mãos		0	1
Lesão nas pernas / pés	0	1	Lesão em outras partes do corpo
1			
Onde?	_____ Que		
_____	tipo de lesão?		

Doença da parte superior das costas ou região do	0	1	pescoço, com
dores frequentes			
Doença da parte inferior das costas com dores	0	1	frequentemente
Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	0	1	
Doença musculoesquelética que afeta membros	0	1	
(braços e pernas) com dores frequentes			
Artrite reumatoide	0	1	Outra doença musculoesquelética
1			
Qual?	_____		

Hipertensão arterial (pressão alta)	0	1	
Doença coronariana, dor no peito	0	1	
Infarto do miocárdio, trombose coronariana	0	1	
Insuficiência cardíaca	0	1	Outra doença cardiovascular
1			
Qual?	_____		

Infecções repetidas do trato respiratório (inclusive 0 1 amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)			
Bronquite crônica	0	1	
Sinusite crônica	0	1	
Asma	0	1	
Enfisema	0	1	
Tuberculose pulmonar	0	1	Outra doença respiratória
1			
Qual?	0	1	

Distúrbio emocional severo (depressão severa)	0	1	
Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, insônia)	0	1	ansiedade,
Problema ou diminuição da audição	0	1	
Doença ou lesão da visão (DESCONSIDERANDO se apenas usa óculos e / ou lentes de contato de grau)	0	1	
Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	0	1	derrame,

Outra doença neurológica ou dos órgãos dos Qual?	0 sentidos	1
<hr/>		
Pedras ou doença da vesícula biliar	0	1
Doença do pâncreas ou duodenal	0	1
Colite ou irritação do cólon	0	1
Outra doença digestiva Qual?	0	1
<hr/>		
Infecção das vias urinárias	0	1
Doença dos rins	0	1
Doença nos genitais e aparelho reprodutor (problemas nas trompas ou próstata)	0	1
Outra doença geniturinária Qual?	0	1
<hr/>		
Alergia, eczema	0	1
Outra erupção Qual?	0	1
<hr/>		
Outra doença de pele Qual?	0	1
<hr/>		
Tumor benigno	0	1
Tumor maligno (câncer) Onde?	0	1
<hr/>		
Obesidade	0	1
Diabetes	0	1
Bócio ou outra doença da tireóide	0	1
Outra doença endócrina ou metabólica Qual?	0	1
<hr/>		
Anemia	0	1
Outra doença do sangue Qual?	0	1
<hr/>		
Defeito de nascimento Qual?	0	1
<hr/>		
Outro problema ou doença Qual?	0	1

	Nesta questão	[6] Não há impedimento / eu não tenho doenças
	<p> você pode indicar mais de uma resposta. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? </p>	<p> [5] Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas [4] Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho [3] Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho [2] Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial [1] Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar [99] não sabe/não respondeu </p>
	<p> Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exames durante os últimos 12 meses? </p>	<p> [5] Nenhum [4] Até 9 dias [3] De 10 a 24 dias [2] De 25 a 99 dias [1] De 100 a 365 dias [99] não sabe/não respondeu </p>
	<p> Recentemente você tem se sentido ativo e alerta? </p>	<p> [4] Sempre [3] Quase sempre [2] Às vezes [1] Raramente [0] Nunca [99] não sabe/não respondeu </p>
	<p> Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro? </p>	<p> [4] Sempre [3] Quase sempre [2] Às vezes [1] Raramente [0] Nunca [99] não sabe/não respondeu </p>

Muito bem! Agora vou te perguntar algumas informações a respeito da sua história clínica de tratamento renal.

HISTÓRIA CLÍNICA (chegar no prontuário)	
	<p>Há quanto tempo você faz tratamento para a Doença Renal Crônica:</p> <p>_____ [] anos [] meses</p>
	<p>Qual a data de início da sua hemodiálise? ____/____/____</p>

Já fez tratamento conservador, ou seja, algum tratamento antes da hemodiálise?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim Por quanto tempo? _____ 0 <input type="checkbox"/> anos 1 <input type="checkbox"/> meses
O que levou o Sr(a) a ter a doença renal? (checar no	1 <input type="checkbox"/> Glomerulonefrite crônica 2 <input type="checkbox"/> Nefroesclerose hipertensiva 3 <input type="checkbox"/> Nefropatia diabética 7 <input type="checkbox"/> Outras patologias, qual(is)? _____ _____ _____

protuário)	4 <input type="checkbox"/> Doença renal policística 5 <input type="checkbox"/> Diabetes 6 <input type="checkbox"/> Hipertensão	8 <input type="checkbox"/> Não há diagnóstico
Usa medicamentos, polivitamínico, quelante ou suplemento alimentar quais?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____ _____ _____	
O Sr(a) usa medicamentos contínuos ?	1 <input type="checkbox"/> Para dormir 2 <input type="checkbox"/> Para depressão 3 <input type="checkbox"/> Para pressão arterial 4 <input type="checkbox"/> Para coração 5 <input type="checkbox"/> Para diabetes 6 <input type="checkbox"/> Para colesterol	7 <input type="checkbox"/> Quelantes 8 <input type="checkbox"/> Para anemia 9 <input type="checkbox"/> Bicarbonato de sódio 10 <input type="checkbox"/> Outros: _____ _____
Geralmente consegue esses medicamentos complementares via:	1 <input type="checkbox"/> CRE 2 <input type="checkbox"/> UBS 3 <input type="checkbox"/> Compra	
Qual é a via de acesso que usa para fazer a hemodiálise?	1 <input type="checkbox"/> Fístula 2 <input type="checkbox"/> Cateter 3 <input type="checkbox"/> Outro, qual?	
<u>Caso tenha fístula</u> , esta está em boas condições?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim 88[] não se aplica	
<u>Caso tenha fístula</u> , qual o lado dela?	1 <input type="checkbox"/> direita 2 <input type="checkbox"/> esquerda 88[] não se aplica	
<u>Caso tenha fístula</u> , apresenta fluxo de sangue acima de 350 mL/h?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim	

Qual tipo de máquina que é utilizada? (checar prontuário)			
Quanto tempo, geralmente, permanece na máquina de diálise?		_____ h _____ min	
Qual o volume de ultrafiltrado produzido, geralmente? (checar no monitor da máquina)		_____ mL = _____ L	
O Sr(a) apresenta diurese?		1 [] Sim 2 [] Não	
Qual a quantidade de urina produzida ao dia, geralmente?		_____ mL = _____ L	
Qual a data da sua última diurese? ____/____/____			
Qual é a frequência de diálise que realiza?		1 [] Hemodiálise convencional (HDC) 2 [] Hemodiálise Noturna Prolongada (HDN) 3 [] Hemodiálise diária (HDD) de curta duração	
Quais os dias da semana que faz diálise?	1 [] 2ª-feira 2 [] 3ª-feira 3 [] 4ª-feira	4 [] 5ª-feira 5 [] 6ª-feira	6 [] Sábado 7 [] Domingo
Qual o turno que geralmente faz diálise?		1 [] Manhã 2 [] Tarde 3 [] Noite	
Qual o horário que geralmente chega na clínica de diálise?		_____ h _____ min	
Qual o horário que geralmente sai da clínica de diálise?		_____ h _____ min	
Já faltou a alguma sessão de hemodiálise?		1 [] Não 2 [] Sim	
Costuma faltar com frequência as sessões de hemodiálise?		1 [] Não 2 [] Sim, por qual(is) motivo(s)? _____	

Agora vamos falar um pouco mais sobre sua saúde, especificamente sobre sua saúde bucal.

AUTO-PERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL (OHIP - Oral Health Index Profile) (SLADE, 1997; FRÉO, 2014)	
Nos últimos 6 meses de Hemodiálise, POR CAUSA DE PROBLEMAS COM SEUS DENTES, SUA BOCA OU DENTADURA	
Você teve problemas para falar alguma palavra?	[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Repetidamente [5] Sempre
Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?	[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Repetidamente [5] Sempre

	Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?	[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Repetidamente [5] Sempre
	Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento?	[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Repetidamente [5] Sempre
	Você ficou preocupado(a)?	[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Repetidamente [5] Sempre
	Você se sentiu estressado(a)?	[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Repetidamente [5] Sempre
	Sua alimentação ficou prejudicado(a)?	[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Repetidamente
		[5] Sempre
	Você teve que parar suas refeições?	[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Repetidamente [5] Sempre
	Você encontrou dificuldade para relaxar?	[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Repetidamente [5] Sempre
	Você se sentiu envergonhado(a)?	[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Repetidamente [5] Sempre
	Você ficou irritado(a) com outras pessoas?	[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Repetidamente [5] Sempre
	Você teve dificuldades para realizar suas atividades diárias?	[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Repetidamente

		[5] Sempre
	Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?	[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Repetidamente [5] Sempre
	Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?	[1] Nunca [2] Raramente [3] Às vezes [4] Repetidamente [5] Sempre

ACESSO A BENS DE PROTEÇÃO À SAÚDE E HIGIENE BUCAL

(BARROS *et al.*, 2014)

	Quantas vezes você foi ao dentista no último ano?	[1] Nenhuma [2] Uma vez [3] Duas vezes	[4] Três vezes [5] Quatro ou mais vezes
	Quantas vezes você escova os dentes por dia?	[1] Nenhuma [2] Uma vez [3] Duas vezes	[4] Três vezes [5] Quatro ou mais vezes
	Quantas vezes por dia você usa fio dental?	[1] Nenhuma [2] Uma vez [3] Duas vezes	[4] Três vezes [5] Quatro ou mais vezes
	Quantas vezes por dia você usa pasta dental?	[1] Nenhuma [2] Uma vez [3] Duas vezes	[4] Três vezes [5] Quatro ou mais vezes
	Quantas vezes você usa enxaguatórios ou bochechos ou gargarejos por dia?	[1] Nenhuma [2] Uma vez [3] Duas vezes	[4] Três vezes [5] Quatro ou mais vezes

MORBIDADE BUCAL REFERIDA, ACESSO E USO AO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL

(BRASIL, 2012; IBGE, 2014)

	O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente?	[1] Sim [2] Não [99] Não sabe/não respondeu
	Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente?	[1] Sim [2] Não [99] Não sabe/não respondeu
	Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista?	[1] Sim [2] Não [99] Não sabe/não respondeu

Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez?	[1] em menos de 6 meses [2] entre 6 meses e um ano [3] um a dois anos [4] três anos ou mais [88] não se aplica [99] não sabe/não respondeu
Onde foi a sua última consulta?	[1] serviço público [2] serviço particular [3] plano de saúde ou convênio [4] outros [88] não se aplica [99] não sabe/não respondeu
O sr(a) pagou algum valor pela consulta odontológica? <i>(Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)</i>	[1] Sim [2] Não
Qual o motivo da sua última consulta?	[1] revisão, prevenção ou check up [2] dor [3] extração [4] tratamento [5] outros [88] não se aplica [99] não sabe/não respondeu

EDENTULISMO (BRASIL, 2012; IBGE, 2014)	
Lembrando-se dos seus dentes de cima, o(a) sr(a) perdeu algum dente?	[1] Não [2] Sim, perdi _____ dentes [3] Sim, perdi todos os dentes de cima
Lembrando-se dos seus dentes de baixo, o(a) sr(a) perdeu algum dente?	[1] Não [2] Sim, perdi _____ dentes [3] Sim, perdi todos os dentes de baixo
O(A) sr(a) usa algum tipo de prótese dentária (dente artificial)?	[1] Não [2] Sim, para substituir um dente [3] Sim, para substituir mais de um dente [4] Sim, prótese dentária total (dentadura/chapa) em cima [5] Sim, prótese dentária total (dentadura/chapa) em baixo [6] Sim, próteses dentárias totais (dentaduras/chapas) em cima e em baixo
O sr(a) apresenta alguma dificuldade (motora) para higienização das suas próteses removíveis?	[1] Sim [2] Não [88] Não se aplica
Alguma vez o sr(a) recebeu alguma orientação de como higienizar suas próteses?	[1] Sim [2] Não [88] Não se aplica

O sr(a) considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente?	[1] Sim [2] Não [99] Não sabe/não respondeu
O sr(a) acredita que a sua saúde bucal pode interferir na sua saúde geral?	[1] Sim [2] Não

Muito bem! Agora é importante para nós sabermos sobre alguns hábitos de vida, incluindo consumo de álcool e fumo, prática de atividade física, hábitos de lazer e consumo de alimentos.

HÁBITOS DE VIDA	
QUESTIONÁRIO CAGE - <i>Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener</i> (MASUR; MONTEIRO, 1983)	
O Sr(a) tem o hábito de consumir bebida alcoólica ?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
Alguma vez já sentis-te que deverias diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 88[] não se aplica
As pessoas costumam aborrecer-te porque criticam o teu modo de beber?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 88[] não se aplica
Sentes-te culpado pela maneira como costumavas beber?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 88[] não se aplica
Costumas beber de manhã antes do pequeno-almoço para diminuir a ansiedade ou a ressaca?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 88[] não se aplica
O sr(a) fuma?	1 <input type="checkbox"/> Sim, regularmente 2 <input type="checkbox"/> Não, nunca fumei 3 <input type="checkbox"/> Não, fumei no passado, mas parei de fumar
Se sim , quantos cigarros por dia? _____ Há quanto tempo fuma? _____ [] anos [] meses 88[] não se aplica	
Se fumou no passado , por quanto tempo? _____ [] anos [] meses Quantos por dia? _____	
Que tipo de cigarro fuma?	1 <input type="checkbox"/> Cigarro comum (industrializado) 2 <input type="checkbox"/> Cigarro de palha (fumo de rolo) 3 <input type="checkbox"/> Charuto 4 <input type="checkbox"/> Cachimbos 5 <input type="checkbox"/> Outros, qual(is)? _____ 88[] não se aplica
O sr(a) masca fumo de rolo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 88[] não se aplica
Nível de atividade física e lazer sedentário	

O(a) sr(a) pratica atividade física?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim → 3 <input type="checkbox"/> Às vezes →	a) Atividade: _____ b) Frequência: _____ c) Duração: _____	
Há locais para praticar atividade física perto da sua residência?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim. a) Quais?		
Na região em que o(a) sr(a) mora, o(a) sr(a) sente segurança para fazer atividade física?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
Quanto tempo, por dia, durante os DIAS DE SEMANA , você passa em frente à(ao):	TV: ____ minutos OU _____ horas 0 <input type="checkbox"/> Não utiliza	VIDEO GAME ____ minutos OU _____ horas 0 <input type="checkbox"/> Não utiliza	COMPUTADOR / CELULAR ____ minutos OU _____ horas 0 <input type="checkbox"/> Não utiliza
	TV: ____ minutos OU _____ horas 0 <input type="checkbox"/> Não utiliza	VIDEO GAME ____ minutos OU _____ horas 0 <input type="checkbox"/> Não utiliza	COMPUTADOR / CELULAR ____ minutos OU _____ horas 0 <input type="checkbox"/> Não utiliza

Aptidão Cardiorrespiratória (CRF)

(AINSWORTH et al., 2000)

		Atividade	
O(A) Sr(a) sente cansaço com 6 METS atividades físicas?	1 MET	Deitado, sentado vendo TV	
	2 METS	Caminhar em casa, passar roupas	
	3 METS	Limpar 1 cômodo, carregar criança 7 Kg	
	4 METS	Varrer a casa, andar rápido plano, andar bicicleta	
	5 METS	Caminhar com peso ou subida, 1 lance de escadas	
	6 METS	Fazer faxina, caminhar rápido	
	7 METS	Futebol casual, trotar	
	8 METS	Correr 8 Km/h,	
	9 METS	Partida futebol competitivo	
10 METS	Correr muito, ciclismo vigoroso		
O(A) Sr(a) sente dor no peito	Atividade	1 MET	Deitado, sentado vendo TV
	2 METS	Caminhar em casa, passar roupas	

com
alguma 3 METS Limpar 1 cômodo, carregar criança 7 Kg dessas 4
METS Varrer a casa, andar rápido plano, andar bicicleta atividades 5 METS
Caminhar com peso ou subida, 1 lance de escadas

físicas?	6 METS	Fazer faxina, caminhar rápido		
	7 METS	Futebol casual, trotar		
	8 METS	Correr 8 Km/h,		
	9 METS	Partida futebol competitivo		
	10 METS	Correr muito, ciclismo vigoroso		
O(A) Sr(a) sente dor nas panturrilhas (batata da perna) ao fazer algum desses exercícios ?	Atividade			
	1 MET	Deitado, sentado vendo TV		
	2 METS	Caminhar em casa, passar roupas		
	3 METS	Limpar 1 cômodo, carregar criança 7 Kg		
	4 METS	Varrer a casa, andar rápido plano, andar bicicleta		
	5 METS	Caminhar com peso ou subida, 1 lance de escadas		
	6 METS	Fazer faxina, caminhar rápido		
	7 METS	Futebol casual, trotar		
	8 METS	Correr		
	9 METS	Partida futebol competitivo		
	10 METS	Correr muito, ciclismo vigoroso		

Bem! Agora vou perguntar sobre suas atividades realizadas no seu momento de lazer. Indique o número mais adequado ao seu envolvimento nas práticas em seus momentos no lazer, considerando: “0” para quando você “NUNCA” realiza a atividade e “10” para quando você “SEMPRE” realiza a atividade.

Escala de Práticas no Lazer (EPL) para adultos (ANDRADE et al., 2018)											
Artísticos: este conteúdo inclui atividades como: ir ao cinema, teatro, shows musicais, participar de grupos de coral, frequentar exposições de arte e centros culturais, dentre outras.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Manuais: este conteúdo inclui atividades como: jardinagem, cozinhar, pintar, fazer artesanato e marcenaria, dentre outras.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Físico/esportivos: este conteúdo inclui atividades como: ir à academia, jogar bola, caminhadas, corridas, ciclismo e lutas, dentre outras	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intelectuais: este conteúdo inclui atividades como: participar de cursos, ler, ouvir/compor músicas, ver documentários, dentre outras	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sociais: este conteúdo inclui atividades como: sair com os amigos, ir a festas, visitar familiares, ir à igreja, dentre outras	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Turísticas: este conteúdo inclui atividades como: viajar, participar de excursões e passeios, dentre outras	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Virtuais: este conteúdo inclui atividades como: navegar na internet e/ou em redes sociais, jogar vídeo game ou jogos virtuais, dentre outras	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Contemplação/ócio: este conteúdo inclui atividades como: apreciar a natureza, o pôr-do-sol, a lua, as estrelas e belas paisagens. Desligar-se das tarefas relaxando e refletindo, dentre outras	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Agora vou perguntar sobre atividades instrumentais da sua vida diária, como atender o telefone, fazer compras, preparar uma comida, realizar trabalho doméstico, etc. Me indique qual das se encaixa melhor na sua situação.

ESCALA DE LAWTON E BRODY - de atividades instrumentais de vida diária (SANTOS; JUNIOR, 2008)		
Capacidade de usar o telefone:		
- Recebe e faz ligações sem assistência		3
- Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas		2
- Não tem o hábito ou não é capaz de usar o telefone		1
Fazer compras:		
- Realiza compras, quando é fornecido transporte		3
- Somente realiza compras quando tem companhia		2
- Não tem o hábito ou é incapaz de fazer compras		1
Preparar comida:		
- Planeja e cozinha as refeições completas		3
- Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda		2
- Não tem o hábito ou é incapaz de fazer sua própria comida		1
Trabalho doméstico:		
- Realiza tarefas pesadas		3
- Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas		2
- Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos		1
Viagens		
- Viaja sozinho		3
- Somente viaja quando tem companhia		2
- Não tem o hábito ou é incapaz de viajar		1

Medicação	
- Faz uso de medicações sem assistência	3
- Necessita de lembretes ou assistência	2
- É incapaz de controlar sozinho o uso dos medicamentos	1
Dinheiro:	
- Usa cartão, preenche cheque e paga contas sem auxílio	3
- Necessita de auxílio para uso de cartão, cheques e para pagar as contas	2
- Não tem o hábito de lidar com dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, cartão e contas	1
	Total:

Ainda sobre suas atividades diárias, me diga o que é mais comum para as seguintes atividades:

Índice Katz de independência nas AVDs (DUARTE; ANDRADE; LEBRAO, 2007)			
	ATIVIDADES <i>Pontos (1 ou 0)</i>	INDEPENDENCIA <i>1 ponto</i> SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDENCIA <i>0 ponto</i> COM supervisão, orientação, assistência pessoal ou cuidado integral
	Banhar-se Pontos: ____	Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
	Vestir-se Pontos: ____	Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos.	Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
	Ir ao banheiro Pontos: ____	Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
	Transferência Pontos: ____	Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
	Continência Pontos: ____	Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
	Alimentação Pontos: ____	(Leva a comida do prato a boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parental

Total Pontos: _____	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente
-------------------------------	-----------------------------------	---	--

Muito bem! Agora preciso saber sobre seus hábitos alimentares, como os locais que costuma comprar alimentos, quais refeições realiza e a frequência que costuma consumir determinados alimentos. Vamos lá!

CONSUMO ALIMENTAR			
	Em que locais o(a) sr(a) costuma adquirir os seus alimentos?	1 <input type="checkbox"/> Supermercados (médio e grande porte) 2 <input type="checkbox"/> Mercados/padaria (pequeno porte) 3 <input type="checkbox"/> Feiras convencionais 4 <input type="checkbox"/> Feiras orgânicas 5 <input type="checkbox"/> <i>Delivery</i> de alimentos (marmitas, <i>fast food</i> , etc) 6 <input type="checkbox"/> Troca de produtos alimentícios com vizinhos 7 <input type="checkbox"/> Produção própria (horta em casa) 8 <input type="checkbox"/> Outro, qual?	
	Com que frequência costuma comprar alimentos?	1 <input type="checkbox"/> Diariamente 2 <input type="checkbox"/> Semanalmente 3 <input type="checkbox"/> Quinzenalmente	4 <input type="checkbox"/> Mensalmente 5 <input type="checkbox"/> Outro: _____
	As refeições são feitas, geralmente:	1 <input type="checkbox"/> À mesa 2 <input type="checkbox"/> Em frente à TV/Computador/celular <input type="checkbox"/> À mesa e em frente da TV 4 <input type="checkbox"/> Outro, local: _____	
	O(a) sr(a) tem o hábito de	1 <input type="checkbox"/> Não	

	comer fora de casa (restaurantes, lanchonetes, etc)?	2 <input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes? _____ <input type="checkbox"/> por mês <input type="checkbox"/> por semana	
	Quais refeições o(a) sr(a) costuma fazer por dia?	1 <input type="checkbox"/> Café da manhã 2 <input type="checkbox"/> Colação 3 <input type="checkbox"/> Almoço	4 <input type="checkbox"/> Lanche da tarde 5 <input type="checkbox"/> Jantar 6 <input type="checkbox"/> Ceia 7 <input type="checkbox"/> Outra:
	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer feijão?	1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias/semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias/semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias/semana	4 <input type="checkbox"/> Todos os dias 5 <input type="checkbox"/> Quase nunca 6 <input type="checkbox"/> Nunca
	Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?	1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias/semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias/semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias/semana	4 <input type="checkbox"/> Todos os dias 5 <input type="checkbox"/> Quase nunca 6 <input type="checkbox"/> Nunca

	Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU?	1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias/semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias/semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias/semana	4 <input type="checkbox"/> Todos os dias 5 <input type="checkbox"/> Quase nunca 6 <input type="checkbox"/> Nunca
	Num dia comum, o(a) sr(a) come este tipo de salada:	1 <input type="checkbox"/> No almoço (1 x/dia) 2 <input type="checkbox"/> No jantar (1 x/dia) 3 <input type="checkbox"/> No almoço e no jantar (2 x/dia)	
	Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume COZIDO com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?	1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias/semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias/semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias/semana	4 <input type="checkbox"/> Todos os dias 5 <input type="checkbox"/> Quase nunca 6 <input type="checkbox"/> Nunca
	Num dia comum, o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido:	1 <input type="checkbox"/> No almoço (1 x/dia) 2 <input type="checkbox"/> No jantar (1 x/dia) 3 <input type="checkbox"/> No almoço e no jantar (2 x/dia)	
	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?	1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias/semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias/semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias/semana	4 <input type="checkbox"/> Todos os dias 5 <input type="checkbox"/> Quase nunca 6 <input type="checkbox"/> Nunca
	Quando o(a) sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) sr(a) costuma:	1 <input type="checkbox"/> Tirar sempre o excesso de gordura 2 <input type="checkbox"/> Comer com a gordura 3 <input type="checkbox"/> Não come carne vermelha com muita gordura	
	Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer frango/galinha?	1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias/semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias/semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias/semana	4 <input type="checkbox"/> Todos os dias 5 <input type="checkbox"/> Quase nunca 6 <input type="checkbox"/> Nunca

	Quando o(a) sr(a) come frango/galinha com pele, o(a) sr(a) costuma:	1 <input type="checkbox"/> Tirar sempre a pele 2 <input type="checkbox"/> Comer com a pele 3 <input type="checkbox"/> Não come pedaços de frango com a pele	
	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural?	1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias/semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias/semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias/semana	4 <input type="checkbox"/> Todos os dias 5 <input type="checkbox"/> Quase nunca 6 <input type="checkbox"/> Nunca
	Num dia comum, quantos copos o(a) sr(a) toma de suco de frutas natural?	1 <input type="checkbox"/> 1 2 <input type="checkbox"/> 2 3 <input type="checkbox"/> 3 ou mais	

	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?	1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias/semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias/semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias/semana	4 <input type="checkbox"/> Todos os dias 5 <input type="checkbox"/> Quase nunca 6 <input type="checkbox"/> Nunca
	Num dia comum, quantas vezes o(a) sr(a) come frutas?	1 <input type="checkbox"/> 1 x/dia 2 <input type="checkbox"/> 2 x/dia 3 <input type="checkbox"/> 3 ou mais x/dia	
	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial (de pozinho ou caixinha)?	1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias/semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias/semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias/semana	4 <input type="checkbox"/> Todos os dias 5 <input type="checkbox"/> Quase nunca 6 <input type="checkbox"/> Nunca
	De que tipo?	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> <i>Diet / light / zero</i> 3 <input type="checkbox"/> Ambos 88[<input type="checkbox"/>] não se aplica	
	Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?	1 <input type="checkbox"/> 1 5 2 <input type="checkbox"/> 2 6 3 <input type="checkbox"/> 3 88[<input type="checkbox"/>] não se aplica	4 <input type="checkbox"/> 4 5 <input type="checkbox"/> 5 6 <input type="checkbox"/> 6 ou mais
	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale soja)	1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias/semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias/semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias/semana	4 <input type="checkbox"/> Todos os dias 5 <input type="checkbox"/> Quase nunca 6 <input type="checkbox"/> Nunca
	Quando o sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?	1 <input type="checkbox"/> Integral 2 <input type="checkbox"/> Desnatado ou semidesnatado 3 <input type="checkbox"/> Os dois tipos	
	Quantas vezes por semana você consome embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça)?	1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias/semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias/semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias/semana	4 <input type="checkbox"/> Todos os dias 5 <input type="checkbox"/> Quase nunca 6 <input type="checkbox"/> Nunca
	Quantas vezes por semana você consome Biscoito (chips/recheado)?	1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias/semana	4 <input type="checkbox"/> Todos os dias
		2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias/semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias/semana	5 <input type="checkbox"/> Quase nunca 6 <input type="checkbox"/> Nunca

	Em quantos dias da semana o sr(a) costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces?	1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias/semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias/semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias/semana	4 <input type="checkbox"/> Todos os dias 5 <input type="checkbox"/> Quase nunca 6 <input type="checkbox"/> Nunca
	Num dia comum, quantas vezes o(a) sr(a) come doces?	1 <input type="checkbox"/> 1 x/dia 2 <input type="checkbox"/> 2 x/dia 3 <input type="checkbox"/> 3 ou mais x/dia 88[<input type="checkbox"/>] não se aplica	
	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma trocar a comida do ALMOÇO por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?	1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias/semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias/semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias/semana	4 <input type="checkbox"/> Todos os dias 5 <input type="checkbox"/> Quase nunca 6 <input type="checkbox"/> Nunca
	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma trocar a comida do JANTAR por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?	1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias/semana 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias/semana 3 <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias/semana	4 <input type="checkbox"/> Todos os dias 5 <input type="checkbox"/> Quase nunca 6 <input type="checkbox"/> Nunca
	O(a) Sr(a) tem adotado alguma medida para reduzir o seu consumo de sal?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
	O(a) Sr(a) tem procurado colocar menos sal nos alimentos durante o preparo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não costumo preparar alimentos em casa	
	O(a) Sr(a) tem procurado colocar menos sal nos alimentos à mesa?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
	O(a) Sr(a) tem dado preferência a produtos industrializados com menor teor de sal?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	

Agora vamos falar sobre a sua alimentação habitual dos últimos 12 meses. Gostaríamos de saber o que o (a) Sr (a) come e bebe por dia, por semana ou por mês, como está nesse cartão.

Vou ler alimento por alimento. Diga quais o(a) Sr(a) come ou bebe e em que quantidade.

Podemos começar?

	Alimento	Quantidade consumida por vez	Mais de 3x/dia	2 a 3x/dia	1x/dia	5 a 6x semana	2 a 4x semana	1x semana	1 a 3x/mês	Nunca/quase nunca	Referiu com sazonalidade
62.	Acarajé	_____ Unidade média									
63.	Estrogonofe	_____ Colher de servir									
64.	Sopa de Legumes	_____ Concha cheia									
“Agora vou listar os DOCES. Por favor, refira sobre seu consumo habitual dos últimos 12 meses”											
65.	Sorvete cremoso	_____ Bola média									
66.	Chocolate em barra/Bombom, Brigadeiro [Negrinho], Doce de leite/ Docinho de festa	_____ Bombom (20g)									
67.	Pudim/Doce à base de leite/Mousse	_____ Colher sopa cheia									
“Agora vou listar as BEBIDAS. Por favor, refira sobre seu consumo habitual dos últimos 12 meses”											
68.	Refrigerante	() Diet/Light () normal _____ Copo de requeijão									
69.	Café	() com açúcar () sem açúcar () com adoçante _____ Xicara de café									
	Alimento	Quantidade consumida por vez	Mais de 3x/dia	2 a 3x/dia	1x/dia	5 a 6x semana	2 a 4x semana	1x semana	1 a 3x/mês	Nunca/quase nunca	Referiu com sazonalidade
70.	Suco Natural	() com açúcar () sem açúcar () com adoçante _____ Copo de requeijão									
71.	Suco industrializado	() com açúcar () sem açúcar () com adoçante _____ Copo de requeijão									
72.	Suco Artificial	() com açúcar () sem açúcar () com adoçante _____ Copo de requeijão									
73.	Chimarrão	_____ Garrafa térmica									
74.	Cerveja	_____ Copo americano									
75.	Vinho	() Tinto () Branco _____ Taça									
76.	Bebidas alcoólicas destiladas (cachaça, whisky, vodka)	_____ Dose									

Agora vamos falar sobre a sua condição de saúde mental. Gostaríamos de saber como o (a) Sr (a) se sente. Vou ler as perguntas e o (a) Sr (a) deve responder sim ou não ok. Podemos começar?

DADOS DE SAÚDE MENTAL		
A. Módulo Episódico Depressivo Maior – Versão Brasileira do MINI 5.0 (DSM-IV)		
A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	0 [__] Sim 1 [__] Não
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase o tempo todo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente	0 [__] Sim 1 [__] Não

A1 <u>OU</u> A2 SÃO COTADAS SIM?		0 <input type="checkbox"/> Sim	1 <input type="checkbox"/> Não
A3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem		

	interesse pela maioria das coisas:	
	a) O seu apetite mudou de forma significativa <u>OU</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado?	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não
	b) Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não
	c) Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não
	d) Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não
	e) Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não
	f) Teve dificuldade para concentrar-se ou tomar decisões, quase todos os dias?	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não
	g) Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a)?	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM A3 SE A1 E A2 = “SIM” OU HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS “SIM” EM A3 SE A1 OU A2 = “NÃO”	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL
	SE o(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:	
A4	a) O(a) sr(a) já teve outros episódios ao longo da vida que também se sentiu deprimido(a) ou sem interesse pela maioria das coisas?	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não
A5a	b) Alguma vez na sua vida, entre os períodos de depressão, teve intervalos de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse?	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não
A5b	A5a É COTADA SIM?	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE
	Alguma vez o(a) sr(a) já pensou em tirar sua própria vida?	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não
	Se sim , o(a) sr(a) já tentou tirar sua própria vida?	0 <input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não
	Se sim , como?	0 <input type="checkbox"/> Tomando agrotóxico 1 <input type="checkbox"/> Tomando remédio 2 <input type="checkbox"/> Pulando de altura 3 <input type="checkbox"/> Enforcamento 4 <input type="checkbox"/> Outro: _____ _____

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA					
Avaliador:					
	Apresenta algum membro amputado?	<i>[] não [] sim , qual o membro</i> _____			
	Peso pré-diálise (Kg)	<i>Medida 1</i>	<i>Medida 2</i>	<i>Medida 3</i>	<i>Média de 2 e 3</i>
	Peso pós-diálise (Kg)	<i>Medida 1</i>	<i>Medida 2</i>	<i>Medida 3</i>	<i>Média de 2 e 3</i>
	Estatura (metro com duas casas decimais)				
	Estatura em caso do paciente ser impossibilitado de ficar em pé (metros com duas casas decimais)	<i>Medida da semi-envergadura</i>			
	Perímetro da Cintura (cm)	<i>Medida 1</i>	<i>Medida 2</i>	<i>Medida 3</i>	<i>Média de 2 e 3</i>
	Perímetro do Braço (cm)	<i>Medida 1</i>	<i>Medida 2</i>	<i>Medida 3</i>	<i>Média de 2 e 3</i>
	Perímetro da Panturrilha (cm)	<i>Medida 1</i>	<i>Medida 2</i>	<i>Medida 3</i>	<i>Média de 2 e 3</i>
	PCT (mm)	<i>Medida 1</i>	<i>Medida 2</i>	<i>Medida 3</i>	<i>Média de 1, 2 e 3</i>
	Músculo adutor do polegar (mm)	<i>Medida 1</i>	<i>Medida 2</i>	<i>Medida 3</i>	<i>Média de 1, 2 e 3</i>

	Preensão palmar (mm) - DIREITO	<i>Medida 1(kg)</i>	<i>Medida 2(kg)</i>	<i>Medida 3(kg)</i>	<i>Média de 1, 2 e 3</i>
		<i>Medida 1(lb)</i>	<i>Medida 2(lb)</i>	<i>Medida 3(lb)</i>	<i>Média de 1, 2, 3</i>
	Preensão palmar (mm) - ESQUERDO	<i>Medida 1(kg)</i>	<i>Medida 2(kg)</i>	<i>Medida 3(kg)</i>	<i>Média de 1, 2 e 3</i>
		<i>Medida 1(lb)</i>	<i>Medida 2(lb)</i>	<i>Medida 3(lb)</i>	<i>Média de 1, 2, 3</i>
<i>Observações:</i>					

EXAMES BIOQUÍMICOS (dados do protuário)			
	Exame	Data de realização do <u>último</u> exame	Valor do exame no prontuário
	MENSAIS:		
	Ureia pré-diálise		
	Ureia pós-diálise		
	Peso pré-diálise (ktv) na data do exame de uréria		
	Peso pós-diálise (ktv) na data do exame de uréria		
	Hemoglobina		
	Hematócrito		
	Cálcio total		
	Fósforo		
	Potássio		
	TGP		
	TRIMESTRAIS:		
	Proteína Sérica		
	Pré-albumina		
	Ferro		
	Ferritina		
	Saturação de transferrina		
	Eritrócitos		
	Leucócitos		
	Fosfatase alcalina		
	PTH		
	Hb A1c (<i>para diabéticos</i>)		
	SEMESTRAIS:		
	Creatinina		
	Vitamina D		
	ANUAIS:		
	HDL-c		
	LDL-c		
	CT		
	TAG		
	Glicemia em jejum		
	Alumínio		
	TSH		

	HCO₃		
	CO₂		
	Sódio		
	Cloro		
	Magnésio		
	PCR		
	Ácido úrico		
	T4 livre		
	DEMAIS EXAMES:		
	TFG		

APÊNDICE

APÊNDICE A - Análises estatísticas de confiabilidade e reprodutibilidade no instrumento de coleta de dados - Teste piloto

Tabela 13 - Análises estatísticas de confiabilidade e reprodutibilidade no instrumento de coleta de dados - Teste piloto instrumento de acesso

Variável	N		Kappa	IC 95% Kappa	P valor de kappa	Kappa ajustado*	P valor de McNemar	% concordância		% discordância	
	Teste	Reteste						N	%	N	%
Disponibilidade											
Qual a distância média entre local onde você faz hemodiálise e sua residência?	56	56	1	-	-	-	-	56	100	0	0
Necessita de algum transporte para ir ao serviço de hemodiálise?	56	53	1	-	-	-	-	51	100	0	0
Qual é o meio de transporte utilizado?	57	57	1	-	-	-	-	57	100	0	0
Qual o tempo médio gasto por esse meio de transporte?	57	57	0,94	0,87-1,00	<0,001	0,96	0,564	55	96,5	2	3,5
Qual o tempo médio que você gastaria se fosse a pé?	55	55	0,86	0,73-0,99	<0,001	0,95	0,999	51	94,4	3	5,6
O sistema público oferece algum tipo de transporte para ir ao serviço de hemodiálise?	57	56	1	-	-	-	-	56	100	0	0

O Sr (a) sabe se é fornecido transporte público, próximo a sua residência, os profissionais de saúde para atendê-lo a fim de realizar o agendamento do seu serviço de hemodiálise?	52	52	0,92	0,82-1,00	<0,001	0,92	0,999	50	96,2	2	3,8
O horário de funcionamento do serviço de hemodiálise permite seu tratamento?	56	56	1	-	-	-	-	56	100	0	0
Você considera que o serviço de hemodiálise oferecido é de qualidade?	57	57	1	-	-	-	-	56	100	0	0
Você considera que os serviços de hemodiálise oferecidos são os que você necessita?	57	56	0,65	0,20-1,00	<0,001	0,93	0,157	54	96,4	2	3,6
Capacidade de pagamento											
Você precisou pagar por algum tipo de serviço de hemodiálise?	57	56	0,65	0,20-1,00	<0,001	0,93	0,157	54	96,4	2	3,6
Você precisou comprar algum remédio complementar ao seu tratamento de hemodiálise?	57	56	0,89	0,77-1,00	<0,001	0,89	0,564	53	94,6	3	5,4
Você precisou pagar transporte para ir ao serviço de hemodiálise?	56	56	0,92	0,77-1,00	<0,001	0,96	0,317	54	98,2	1	1,8
Você precisou comprar comida quando foi ao serviço de hemodiálise?	57	56	0,88	0,65-1,00	<0,001	0,96	0,317	55	98,2	1	1,8
Você perdeu dia de trabalho para ir ao serviço de hemodiálise?	57	56	0,88	0,71-1,00	<0,001	0,93	0,157	54	96,4	2	5,6

Você deixou de ganhar dinheiro (exercício de atividade remunerada) para ir ao serviço de hemodiálise?	57	56	0,96	0,87-1,00	<0,001	0,96	0,317	55	98,2	1	1,8
Você precisou pegar dinheiro emprestado com alguém de sua família / familiares para ir ao serviço de hemodiálise?	57	55	0,85	0,56-1,00	<0,001	0,96	0,317	55	98,2	1	1,8
Você precisou pegar dinheiro emprestado com algum vizinho ou amigo para ir ao serviço de hemodiálise?	57	55	0,85	0,56-1,00	<0,001	0,96	0,317	54	98,2	1	1,8
Você precisou pegar dinheiro emprestado com bancos ou financeiras para realizar algum serviço de hemodiálise?	57	56	1	-	-	-	-	56	100	0	0
Você precisou vender algum bem material para realizar hemodiálise?	57	56	0,48	0,13-1,00	<0,001	0,93	0,999	54	96,4	2	3,6
Aceitabilidade											
Você confia nos profissionais que realizam a hemodiálise?	57	56	1	-	-	-	-	56	100	0	0
Você é tratado com respeito pelos profissionais durante a hemodiálise?	57	56	1	-	-	-	-	56	100	0	0
Você concorda com o tipo de tratamento que é realizado durante a hemodiálise?	57	56	1	-	-	-	-	56	100	0	0

Os profissionais de saúde ouvem atentamente suas queixas sobre sua condição física no momento da hemodiálise?	57	55	0,71	0,44-0,98	<0,001	0,85	0,317	51	92,7	4	7,3
Os profissionais de saúde conversam com você sobre as alternativas de tratamento no momento da hemodiálise?	56	56	0,75	0,56-0,93	<0,001	0,78	0,102	49	89,1	6	10,9
Sua necessidade em saúde física foi / está sendo atendida por meio da hemodiálise?	57	56	0,62	0,31-0,92	<0,001	0,82	0,655	51	91,1	5	8,9
Você sentiu que foi tratado(a) de modo diferente (preconceito / discriminação) pelos profissionais no momento da hemodiálise?	55	55	0,64	0,26-1,00	<0,001	0,89	0,564	50	94,3	3	5,7
Você percebia / percebeu que os equipamentos / aparelhos especializados disponíveis foram / são suficientes para atender suas necessidades em saúde durante a hemodiálise?	57	56	0,66	0,38-0,93	<0,001	0,82	0,18	51	91,1	5	8,9
Você considera que a equipe de saúde é / era capacitada para atender as necessidades em saúde física nos serviços de hemodiálise?	57	56	1	-	-	-	-	56	100	0	0
Você acredita que, se for necessário fazer algum acompanhamento por causa da hemodiálise, conseguirá atendimento com facilidade?	54	54	0,81	0,60-1,00	<0,001	0,89	0,564	50	94,8	3	5,2

Você encontrou espaço aberto para reclamar sobre alguma coisa nos serviços de hemodiálise que não estivesse / está satisfeito(a)?	57	56	0,9	0,76-1,00	<0,001	0,93	0,999	54	96,4	2	3,6
Como você classifica a qualidade do atendimento prestado nos serviços de hemodiálise?	56	55	0,83	0,71-0,95	<0,001	0,87	0,257	48	87,3	7	12,7
Como você acessa os serviços de saúde?	57	54	1	-	-	-	-	54	100	0	0
<u>Caso use Plano de Saúde</u> , você acha que o plano é:	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Caso use Plano de Saúde</u> , seu plano de saúde é pago:	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A unidade de hemodiálise que você utiliza é	52	53	0,95	0,85-1,00	<0,001	0,96	0,317	50	98	1	2
<u>Caso faça hemodiálise em uma unidade privada</u> , tentou anteriormente realizar a hemodiálise via SUS ou unidade privada conveniada ao SUS mas não conseguiu vaga?	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Caso faça hemodiálise em uma unidade privada</u> , seu tratamento é custeado:	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Quantas vezes você teve contato com o <u>médico nefrologista</u> no último ano?	49	49	0,89	0,79-1,00	<0,001	0,91	0,655	44	93,6	3	6,4

Você achou que as informações prestadas pelo <u>médico nefrologista</u> foram:	39	39	0,76	0,57-0,95	<0,001	0,89	0,102	32	86,5	5	13,5
Quantas vezes você teve contato com o <u>enfermeiro nefrologista</u> no último ano?	50	49	0,94	0,88-0,99	<0,001	0,95	0,655	46	95,8	2	4,2
Você achou que as informações prestadas pelo <u>enfermeiro nefrologista</u> foram:	42	41	0,81	0,66-0,96	<0,001	0,9	0,414	34	87,2	5	12,8
Quantas vezes você teve contato com o <u>nutricionista</u> no último ano?	49	49	1	-	-	-	-	47	100	0	0
Você achou que as informações prestadas pelo <u>nutricionista</u> foram:	42	42	0,87	0,75-0,99	<0,001	0,94	0,999	37	92,5	3	7,5
Quantas vezes você teve contato com o <u>psicólogo</u> no último ano?	48	49	0,96	0,92-1,00	<0,001	0,96	0,999	45	97,2	1	2,8
Você achou que as informações prestadas pelo <u>psicólogo</u> foram:	31	32	0,9	0,79-1,00	<0,001	0,94	0,564	28	93,3	2	6,7
Quantas vezes você teve contato com o <u>assistente social</u> no último ano?	49	48	0,95	0,90-1,00	<0,001	0,96	0,999	45	97,2	1	2,8
Você achou que as informações prestadas pelo <u>assistente social</u> foram:	41	44	0,91	0,82-1,00	<0,001	0,95	0,564	39	95,1	2	4,9
Você costuma receber lanche (refeição) na unidade de hemodiálise?	56	55	1	-	-	-	-	55	100	0	0
<u>Se recebe lanche (refeição)</u> , sente que o lanche é suficiente?	54	54	1	-	-	-	-	54	100	0	0

Se recebe lanche (refeição), acha que o local que é servido é apropriado?	54	54	0,95	0,86-1,00	<0,001	0,98	0,157	52	96,3	2	3,7
--	----	----	------	-----------	--------	------	-------	----	------	---	-----

*Kappa ajustado variando de 0,78 a 0,98.

Tabela 14 - Análises estatísticas de confiabilidade e reprodutibilidade no instrumento de coleta de dados - Teste piloto Questionário Integrado para medir capital social

Variável	N		Kappa	IC 95% Kappa	P valor de Kappa	Kappa ajustado ***	P valor de McNemar	% concordância		% discordância		Correlação*	P valor da correlação
	Teste	Reteste						N	%	N	%		

De quantos grupos

você, ou alguém em sua casa, faz parte?	53	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,946**	<0,001
De todos os grupos que você ou os membros da sua casa fazem parte, qual é o mais importante?	44	44	0,86	0,65-1,00	<0,001	0,96	0,999	43	97,7	1	2,3	-	-	
A maioria deles é da mesma religião?	47	47	1	-	-	-	-	47	100	0	0	-	-	
A maioria é do mesmo sexo?	46	46	0,82	0,62-1,00	<0,001	0,87	0,083	43	93,5	3	6,5	-	-	
A maioria é do mesmo grupo racial?	46	46	0,9	0,78-1,00	<0,001	0,91	0,157	44	95,6	2	4,4	-	-	
A mesma ocupação (profissão)?	45	45	0,73	0,44-1,00	<0,001	0,87	0,564	42	93,3	3	6,7	-	-	
A mesma formação educacional ou grau de escolaridade?	44	44	0,86	0,67-1,00	<0,001	0,91	0,157	42	91,3	2	8,7	-	-	
Esse grupo trabalha ou interage com grupos fora do(a) bairro/localidade?	40	40	0,96	0,89-1,00	<0,001	0,96	0,317	39	97,5	1	2,5	-	-	

Quantos amigos próximos você diria que tem hoje? Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda? Conte nos dedos!	49	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,99	<0,001
Se de repente você precisasse de uma pequena quantia em dinheiro (o suficiente para pagar as despesas da sua casa durante uma semana) quantas pessoas, de fora da sua casa, estariam dispostas a lhe fornecer este dinheiro, se você pedisse a elas?	55	55	0,96	0,96-1,00	<0,001	0,96	0,564	53	96,4	2	3,6	-	-	-

Se de repente você precisasse de uma pequena quantia em dinheiro: o que você ganharia, digamos, em uma semana de trabalho, quantas pessoas, de fora da sua casa, estariam dispostas a lhe oferecer este dinheiro, se você pedisse a elas?	55	55	0,91	0,85-0,98	<0,001	0,93	0,999	50	90,9	5	9,1	-	-
Falando em geral sobre as pessoas, você diria que:	57	57	0,94	0,83-1,00	<0,001	0,96	0,317	56	98,2	1	1,8	-	-
A maioria das pessoas do seu bairro/localidade estão dispostas a ajudar caso você precise.	56	56	0,94	0,88-0,99	<0,001	0,96	0,655	52	92,8	4	7,2	-	-
No seu bairro/localidade, é preciso estar atento ou alguém pode tirar vantagem de você.	56	56	0,86	0,76-0,96	<0,001	0,91	0,739	49	87,5	7	12,5	-	-
Quanto você confia nos membros do governo local?	57	57	0,92	0,86-0,99	<0,001	0,94	0,999	54	94,7	3	5,3	-	-

Quanto você confia nos membros do governo central?	57	57	0,94	0,89-1,00	<0,001	0,97	0,999	55	96,5	2	3,5	-	-
Você contribuiria com seu tempo?	57	57	0,64	0,26-1,00	<0,001	0,89	0,564	54	94,7	3	5,3	-	-
Você contribuiria com seu dinheiro para o projeto?	56	56	0,85	0,66-1,00	<0,001	0,93	0,157	54	96,4	2	3,6	-	-
Nos últimos 12 meses, você ou alguém da sua casa participou de alguma atividade comunitária, em que as pessoas se reúnem para realizar algum trabalho em benefício da comunidade?	55	56	1	-	-	-	-	55	100	0	0	-	-
Quantas vezes, nos últimos 12 meses?	24	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,992	<0,001
Se houvesse um problema de abastecimento de água nesta comunidade, qual é a probabilidade de que as pessoas	53	55	0,95	0,91-0,99	<0,001	0,96	0,655	51	96,2	2	3,8	-	-

cooperassem para tentar resolver o problema?													
No último mês, quantas vezes você fez ou recebeu um telefonema?	39	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,941	<0,001
A PRIMEIRA fonte mais importante de informação a respeito do que o governo está fazendo (por exemplo: mutirão agrícola, frente de trabalho ou planejamento familiar)	52	55	0,95	0,91-0,98	<0,001	0,96	0,999	51	98,1	1	1,9	-	-

A SEGUNDA fonte mais importante de informação a respeito do que o governo está fazendo (por exemplo: mutirão agrícola, frente de trabalho ou planejamento familiar)	54	55	0,95	0,91-0,98	<0,001	0,96	0,999	51	94,4	3	5,6	-	-
A TERCEIRA fonte mais importante de informação a respeito do que o governo está fazendo (por exemplo: mutirão agrícola, frente de trabalho ou planejamento familiar)	54	55	0,91	0,86-0,96	<0,001	0,95	0,439	49	90,7	5	9,3	-	-

Muitas vezes há diferenças nas características entre as pessoas que vivem num mesmo bairro/localidade. Por exemplo, diferenças de riqueza, renda, posição social, origem técnica ou racial. Também pode haver diferenças em relação às crenças religiosas e políticas, ou pode haver diferenças devido à idade ou sexo. Até que ponto você diria que as pessoas são diferentes em seu bairro?	53	50	0,96	0,91-1,00	<0,001	0,97	0,564	48	97,9	1	2,1	-	-
Alguma dessas diferenças causa problemas?	52	48	1	-	-	-	-	47	100	0	0	-	-
PRIMEIRA diferença que mais frequentemente causa problema.	29	31	0,93	0,89-0,97	<0,001	0,94	0,999	24	85,7	4	14,3	-	-
SEGUNDA diferença que mais frequentemente causa problema.	30	30	0,93	0,88-0,97	<0,001	0,95	0,739	26	89,6	3	10,4	-	-

Algumas vezes esses problemas levaram à violência?	35	36	1	-	-	-	-	35	100	0	0	-	-
Quantas vezes, no último mês, você se reuniu com outras pessoas para comer ou beber, em casa ou em um lugar público?	48	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,976	<0,001
Alguma dessas pessoas era de origem étnica, linguística ou racial diferente?	43	43	0,95	0,85-1,00	<0,001	0,95	0,317	41	97,6	1	2,4	-	-
Alguma dessas pessoas era de situação econômica diferente?	43	43	0,95	0,86-1,00	<0,001	0,95	0,317	41	97,6	1	2,4	-	-
Alguma dessas pessoas era de posição social diferente?	43	43	0,86	0,70-1,00	<0,001	0,86	0,564	39	92,8	3	7,5	-	-
Alguma dessas pessoas era de um grupo religioso diferente?	43	43	0,76	0,56-0,95	<0,001	0,76	0,18	36	87,8	5	12,2	-	-

Em geral, como você se sente em relação ao crime e à violência quando está sozinho(a) em casa?	56	57	0,91	0,81-1,00	<0,001	0,92	0,414	52	92,8	4	7,2	-	-
Em geral, você se considera uma pessoa...	56	56	0,9	0,83-0,97	<0,001	0,94	0,257	51	92,7	4	7,3	-	-
Você sente que tem poder para tomar decisões que podem mudar o curso de sua vida?	55	55	0,89	0,80-0,98	<0,001	0,91	0,257	51	92,7	4	7,3	-	-
Nos últimos 12 meses, quantas vezes as pessoas no seu bairro/localidade se reuniram para entregar conjuntamente uma petição a membros do governo ou a líderes políticos pedindo algo em benefício da comunidade?	51	50	0,96	0,90-1,00	<0,001	0,97	0,999	49	98	1	2	-	-

Muitas pessoas consideram difícil sair para votar. Você votou nas últimas eleições estaduais / nacionais / presidenciais?	56	54	1	-	-	-	-	53	100	0	0	-	-
---	----	----	---	---	---	---	---	----	-----	---	---	---	---

* Correlação de Spearman ** Correlação de Pearson ***Kappa ajustado variando de 0,76 a 0,97