

Factores que dificultan la integralidad del cuidado en hemodiálisis¹

Cinthia Dalasta Caetano Fujii²

Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira³

Este artículo tuvo como objetivo analizar, bajo la óptica del equipo de salud y de los usuarios, los factores que pueden dificultar la práctica de la integralidad del cuidado en una unidad de hemodiálisis. Se trata de investigación cualitativa, cuyos datos fueron recolectados, por medio de entrevista semiestructurada, con dieciséis profesionales de salud y ocho usuarios de un hospital de enseñanza de Rio Grande del Sur, habiendo sido, posteriormente, hecho el análisis de contenido temático. Ese análisis sugiere que, entre los factores que dificultan la práctica de la integralidad en el cuidado en hemodiálisis, se destacaron deficiencias en la red de servicios, demora en el acceso a exámenes de diagnóstico y a consultas con médicos especialistas, y reducido número de profesionales en los equipos de apoyo. Se concluye, entonces, que la ampliación en la red de servicios de salud y el establecimiento de una conexión efectiva entre los servicios de hemodiálisis y esa red podrán representar la superación de las dificultades apuntadas, y, así, contribuir para la integralidad del cuidado en hemodiálisis.

Descriptores: Unidades de Hemodiálisis en Hospital; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud; Atención Integral de Salud.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Desafios da Integralidade no cuidado em hemodiálise: a ótica da equipe de saúde e dos usuários", presentada a la Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Enfermera, Maestría en Enfermería. E-mail: cinthiacaetano@yahoo.com.br.

³ Enfermera, Doctora en educación de la salud, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: dora@enf.ufrgs.br.

Correspondencia:

Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem
Prédio 21103
Rua São Manoel, 963
Bairro: Rio Branco
CEP: 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: dora@enf.ufrgs.br

Fatores que dificultam a integralidade no cuidado em hemodiálise

Este artigo teve como objetivo analisar, sob a ótica da equipe de saúde e dos usuários, os fatores que podem dificultar a prática da integralidade do cuidado em uma unidade de hemodiálise. Trata-se de pesquisa qualitativa, cujos dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, com dezesseis profissionais de saúde e oito usuários de um hospital de ensino do Rio Grande do Sul, tendo sido, posteriormente, feita a análise de conteúdo temática. Essa análise sugeriu que, dentre os fatores que dificultam a prática da integralidade no cuidado em hemodiálise, se destacaram deficiências na rede de serviços, demora no acesso a exames diagnósticos e a consultas com médicos especialistas e reduzido número de profissionais nas equipes de apoio. Concluiu-se, então, que a ampliação na rede de serviços de saúde e o estabelecimento de interface efetiva entre os serviços de hemodiálise e essa rede poderão representar a superação das dificuldades apontadas, e, assim, contribuir para a integralidade no cuidado em hemodiálise.

Descritores: Unidades Hospitalares de Hemodiálise; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Assistência Integral à Saúde.

Factors that hinder of integrality in dialysis care

This study analyzes the factors, which from the perspective of the health team and users, hinder the implementation of integrality in care provided by a dialysis facility. This qualitative study collected data through semi-structured interviews held with 16 health professionals and eight users from a university hospital in Rio Grande do Sul, Brazil. Data were analyzed through thematic content analysis. Among the factors that hinder the implementation of integrality in hemodialysis care, the following were highlighted: a deficient service network, delay in accessing diagnostic exams and consultations with specialists, and a reduced number of professionals in the support team. The conclusion is that the health services network needs to be expanded and an effective interface between such networks and dialysis services needs to be established in order to overcome the reported difficulties and contribute to the implementation of integrality in dialysis care.

Descriptors: Dialysis Units, Hospital; Health Services Needs and Demand; Comprehensive Health Care.

Introducción

Entre las enfermedades crónicas, la enfermedad renal crónica terminal (ERCT), reconocida, en el ámbito mundial, como un problema de salud pública⁽¹⁾, es una de las patologías que más impacta el modo de vida de sus portadores⁽²⁾. De una forma abrupta, generalmente, la persona se ve diagnosticada con ERCT, pasando, entonces, a necesitar de terapia renal sustitutiva. Eso hace que ella y su familia tengan que reorganizar sus vidas en lo que se refiere a los aspectos económico, social, de trabajo, entre otros⁽³⁾. Se estima que, en Brasil, más de 77.589 personas dependen de Terapia Renal Sustitutiva (TRS), entre éstas 89,6% hacen hemodiálisis⁽⁴⁾.

La unidad de hemodiálisis es el servicio de salud que atiende regularmente a individuos que necesitan de tratamiento hemodialítico. A lo largo de sus vidas, o hasta que sea realizado un trasplante renal, ellos serán sometidos, en general, a tres sesiones semanales de hemodiálisis, con duración de cuatro horas cada una. Allí permanecen con la finalidad de sustituir parcialmente las funciones de los riñones y, con eso, garantizar la manutención de su vida⁽³⁾.

A pesar de reconocer la importancia de la manutención de la vida, la atención de un servicio de salud, cuyos usuarios conviven con una condición crónica, precisa

ampliar la inversión en la sobrevida para abarcar, inclusive, en la misma medida o tanto cuanto sea posible, el rescate de la calidad de vida de esas personas⁽³⁾. En ese sentido, avanzar en la dirección de la expansión de los cuidados en hemodiálisis, entendiendo la salud en su sentido amplio, o sea, no como ausencia de enfermedad, pero como un recurso para la vida en el cual están implicados factores sociales, culturales, económicos y ambientales que hacen parte de lo cotidiano de los individuos, se constituye en una meta fundamental para el área de nefrología.

Expandir, en esa dirección, el enfoque de la atención de los servicios de hemodiálisis significa promover la alineación de las prácticas de cuidado con los principios del Sistema Único de Salud (SUS). En el contexto del cuidado en hemodiálisis, escenario de confluencia de una diversidad de experiencias cotidianas y singulares de sufrimiento, interesa, sobretudo, realizar inversiones en una aproximación de las prácticas de cuidado con el principio de la integralidad. Pautar el cuidado a individuos en tratamiento hemodialítico por ese principio significa aliar el acto de cuidar a los proyectos de vida de esos individuos, extrapolando el enfoque de las señales y síntomas de la enfermedad y ampliando la atención para un horizonte que busca, en red con otros servicios, respuestas para sus necesidades de salud.

En este estudio, la integralidad es entendida como un modo ampliado de comprensión de las necesidades de salud de los individuos el cual agrega al conocimiento técnico una perspectiva sobre las dimensiones socioculturales en que ellos se encuentran. Ella se pauta por la contextualización de la vida de esos individuos y por la relación dialógica entre equipo de salud y usuarios⁽⁵⁾.

En la actualidad, la noción de integralidad viene siendo cada vez más abordada por estudiosos, principalmente del área de salud colectiva⁽⁶⁻⁸⁾. En muchos de esos abordajes, la integralidad gana destaque en función de llenar una laguna en la atención en salud, cuando se percibe que solamente los avances tecnológicos, los equipamientos y las atenciones especializadas no contemplan todas las necesidades de salud de las personas⁽⁸⁾. En esa perspectiva, es importante reconocer que la salud del individuo que convive con la ERCT no depende apenas del suceso del tratamiento hemodialítico, viabilizado por la máquina de hemodiálisis, pero, también, de las respuestas que la red de atención en salud puede dar al conjunto de esas necesidades de salud, originadas o no en su condición de enfermo renal.

Entre los principios y las directrices del SUS, tal vez, la integralidad sea el menos visible en la trayectoria del sistema y de sus prácticas. De forma más explícita, se observan cambios en el SUS tanto en el eje de la

descentralización como en la participación social, pero, en lo que concierne a la integralidad, por no alcanzar la visibilidad y la generalización deseadas, los cambios no han sido tan evidentes⁽⁵⁾.

En ese sentido, experiencias e investigaciones relacionadas a la integralidad y a sus dimensiones son importantes espacios para análisis de los factores que influyen en la aplicación de ese principio en la práctica cotidiana de los servicios de salud y de los equipos que en ellos actúan⁽⁵⁾.

A pesar de su importancia y de la creciente presencia en el debate realizado en el ámbito de la atención básica, todavía es pequeño el número de estudios que articulan la noción de integralidad en análisis y reflexiones sobre la atención en el contexto hospitalario. Específicamente con relación a la nefrología y enfermería en nefrología, son escasos los trabajos que se aproximan de los referenciales de la salud colectiva y de la noción de integralidad en el cuidado, lo que indica una laguna de conocimiento en ese campo. Esa constatación evidencia la relevancia del desarrollo de investigaciones que exploren, bajo tal perspectiva, el cuidado al individuo en hemodiálisis.

En el contexto de un curso de maestría, se desarrolló la investigación, titulada "Desafíos de la integralidad en el cuidado en hemodiálisis: la óptica del equipo de salud y de los usuarios"⁽³⁾, que objetivó analizar, a partir de la óptica del equipo de salud y de los usuarios, las posibilidades de integralidad en el cuidado en una unidad de hemodiálisis. Conocer las necesidades de salud de los individuos en hemodiálisis, conocer en qué medida las acciones de atención a la salud han atendido a esas necesidades en la perspectiva de la integralidad y revelar los aspectos que dificultan y facilitan la integralidad en el cuidado en hemodiálisis fueron las preguntas orientadoras del estudio. Ese trabajo pretende contribuir para llenar una laguna al proponer como campo de estudio en una unidad de hemodiálisis situada en un hospital de enseñanza de Rio Grande del Sur. Los conocimientos producidos podrán promover reflexiones acerca de la atención a la salud del individuo en tratamiento hemodialítico, además de posibles transformaciones en la lógica que sustenta ese cuidado y, con eso, ampliar sus límites.

Este artículo, originado de un recorte de la investigación ya citada, analiza, especialmente, la óptica del equipo de salud y de los usuarios acerca de los factores que pueden dificultar la integralidad del cuidado.

Método

El estudio se delineó como una investigación cualitativa, de abordaje exploratorio-descriptivo,

desarrollado en una unidad de hemodiálisis, localizada en un hospital de enseñanza en el Estado de Rio Grande del Sur. Este servicio de salud presta atención por el SUS y por el sector suplementar a individuos adultos, portadores de enfermedad renal crónica o insuficiencia renal aguda, que necesitan de terapia dialítica.

Los sujetos de la investigación fueron 24 individuos: dieciséis profesionales del equipo de salud que actuaban en el contexto investigado (cuatro enfermeras, seis técnicos de enfermería, una nutricionista, una psicóloga, una asistente social, tres médicos) y ocho usuarios de la unidad de hemodiálisis. Los usuarios y técnicos de enfermería fueron seleccionados de propósito, o sea, de modo a contemplar los intereses del estudio⁽⁹⁾. En la investigación cualitativa, el tamaño de la muestra debe ser determinado a partir de la necesidad de informaciones; por eso, no existe la preocupación con generalizaciones, una vez que ella se propone a adquirir un entendimiento profundo del fenómeno de interés⁽⁹⁾. Eso se tornó posible mediante la muestra recolectada que satisface los objetivos del estudio.

La recolección de los datos ocurrió entre los meses de abril a julio del año de 2008, siendo realizada por medio de entrevistas individuales semiestructuradas, programadas previamente, de acuerdo con la disponibilidad de los participantes, y en local reservado en la unidad de hemodiálisis. El contenido fue grabado por equipamiento digital, con posterior transcripción para fines de análisis.

Para la realización de las entrevistas, fue definido, *a priori*, un guión que fue utilizado de forma flexible para posibilitar a los entrevistados la construcción de narrativas de sus vivencias sobre el fenómeno estudiado. La orientación de las preguntas de la entrevista fue definida a partir del referencial teórico pautado en las concepciones de integralidad del cuidado y necesidades de salud⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Para organización de los datos, se usó un software que auxilió en la codificación y en el almacenamiento de los datos en categorías específicas⁽¹³⁾, proporcionando la manutención de un banco de datos cualitativos de fácil acceso y manoseo.

El análisis de esos datos fue hecho a partir del abordaje del análisis de contenido temático⁽¹⁴⁾, apoyado en el referencial teórico en que se basó el estudio. De ella, emergieron dos categorías: percepciones de necesidades de salud que guían el cuidado en hemodiálisis; aproximaciones y distanciamientos de la integralidad en el cuidado en hemodiálisis.

Este artículo abordará el contenido de la segunda categoría de análisis. Dado el énfasis conferido por los sujetos de la investigación a los límites que les son impuestos para práctica de la integralidad en hemodiálisis,

se optó por enfocar específicamente los factores dificultadores que emergieron de la investigación, que son: demora en el acceso a exámenes diagnósticos y a consultas con médicos especialistas, red deficiente de servicios y reducido número de profesionales en el equipo de apoyo.

Se aseguró una conducción ética durante todo el desarrollo del estudio, una vez que fueron seguidas las disposiciones de la Resolución nº. 196/96 del Consejo Nacional de Salud, que regula la investigación envolviendo seres humanos. El proyecto de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital, con parecer número 08071.

Los sujetos de la investigación fueron convidados a participar de ella e informados sobre su finalidad. Para aquellos que aceptaron la invitación, el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido fue leído y, posteriormente, firmado. Con la finalidad de mantener el anonimato de los participantes, se utilizó la sigla ES, seguida del número de la entrevista, para designar los profesionales del equipo de salud y US, seguida de número, para identificar los usuarios.

Resultados

Considerando la óptica del equipo de salud que actúa en la unidad de hemodiálisis estudiada y de los usuarios del servicio, los factores que dificultan la práctica de la integralidad, en ese escenario de atención a la salud, tiene relación, principalmente, con problemas en la organización y en el funcionamiento del sistema de salud. Hay comprensión de los sujetos de la investigación que las dificultades se limitan a cuestiones estructurales de ese sistema, o sea, que el problema está situado, en principio, fuera del micro escenario de cuidado. Esas observaciones de los profesionales y de los usuarios demostraron cómo las preguntas de orden biomédica (exámenes, consultas, medicamentos) llenan las prácticas de cuidado en una unidad especializada.

A seguir, serán presentados los resultados correspondientes a las dificultades apuntadas por los participantes de la investigación.

Demora en el acceso a exámenes diagnósticos y a consultas con médicos especialistas

Los participantes entrevistados relatan que uno de los factores que dificultan la integralidad en el cuidado en hemodiálisis está relacionado a la demora en conseguir la atención para otras especialidades médicas dentro del sistema de salud; otro dato resaltado se refiere al acceso a exámenes diagnósticos, como muestran los relatos abajo:

El doctor llegó y me dio un papel para yo programar una radiografía de los vasos. Ahí yo fui allá encima a programar y dijeron que no tenía más cupo y que no servía de nada yo querer determinar fecha porque no sería atendida en aquel año. (US 01)

A veces, demora la atención, principalmente cuando hay que ir con el personal de la [cirugía] vascular. Y allá hay que esperar mucho y no es fácil conseguir hablar con ellos. Ahí tú quedas allá, toda la mañana para golpear en la puerta, ellos te dan un respuesta todavía, para tú programar, para venir tal día a consultar con ellos. Yo creo que pacientes de hemodiálisis deberían tener más acceso, más rápido, porque dependemos de la fístula para dializar, es una cuestión de vida o muerte, entonces deberíamos tener prioridad. (US 08)

Para algunas especialidades, así, es muy difícil, demora mucho, así, por ejemplo, cirugía vascular, urología, proctología, ortopedia, principalmente en el área quirúrgica, es bien complicado y bien demorado. No que en la parte clínica sea más fácil, pero es un poco más fácil. Acabamos siendo encaminados y con retorno, pero cualquier área demora un poco, hay que tener paciencia, eso podría con seguridad ser mejor. (ES 16)

El único problema de aquí [hospital] es la demora, a veces una consulta lleva en promedio dos años, un año, para ser atendido para otra especialidad. El problema sólo es la demora, no sólo para las atenciones, para realizar los exámenes también. (US 02)

Los relatos revelan los obstáculos encontrados tanto por usuarios como por profesionales. Específicamente en el discurso de US08, queda evidente la preocupación con las posibles repercusiones de la demora en la atención a su necesidad de tener un acceso vascular para realizar el tratamiento hemodialítico.

La enfermedad renal crónica terminal lleva al individuo a presentar otras comorbilidades relacionadas al curso de la enfermedad, esa situación determina que esas personas tengan que acceder regularmente los servicios de salud u otros médicos especialistas. La trayectoria del individuo es acompañada por el equipo de salud de la unidad de hemodiálisis, lo que hace que las dificultades encontradas por los usuarios sean compartidas con ese equipo.

Red deficiente de servicios

Los datos indican que otra dificultad encontrada por los sujetos de la investigación para la práctica de la integralidad en hemodiálisis está relacionada a la restringida red de servicios disponibles para atender las necesidades de salud de los individuos con ERCT, como muestran los relatos a seguir:

(...) vamos a procurar buscar alternativas con la Secretaría de la Salud, a través de lo que la secretaría también puede ofrecer, tenemos ciertas dificultades también, de que eso [solicitudes de auxilio], tenga retorno. (ES 13)

Específico en esa cuestión del transporte que es una situación

que en la que hicimos varias intervenciones porque no consiguió dar resolutiveidad. Y hay varios pacientes que no podrían utilizar el pase libre o el autobús en el caso, por una situación clínica que impide que ese paciente pueda salir de casa e ir para una parada de autobús tener el acceso a ese autobús, subir el peldaño del autobús. Fueron varias situaciones en que no hay de ninguna forma en la red la disponibilidad de un transporte social. Entonces, de repente, quedamos completamente amarrados, imposibilitado de dar solución. (ES 11)

(...) en relación a medicamentos que ellos usan mucho y que no hay dinero para todo, acabamos dando siempre las recetas en dos vías para ser buscado en la secretaría de salud y en las farmacias básicas del SUS. (...) depende de la secretaría de salud de la ciudad, del municipio en donde él [paciente] vive, hay unas que están bien estructuradas y consiguen entregar por lo menos lo básico y otras no, no hay ni paracetamol para dar, no hay ni remedio para dolor, pero la mayoría acaba caminando mucho de aquí y de allí acaba consiguiendo. (ES 15)

La continuidad del cuidado en hemodiálisis depende de, entre otros factores, la atención de las necesidades de salud de los individuos en otros servicios, como demostraron los discursos. De acuerdo con las declaraciones de los profesionales ES13 y ES15, las secretarías de salud son los locales de referencia para la búsqueda de respuestas a las demandas de asistencia que no son contempladas en la unidad de hemodiálisis. Queda evidente por el relato de ES15 que muchas veces, para conseguir los medicamentos prescritos, el individuo en hemodiálisis precisa peregrinar por los servicios de salud.

Reducido número de profesionales en el equipo de apoyo

El reducido número de profesionales en el equipo de apoyo (nutricionista, psicólogo, asistente social), que actúa bajo régimen de consultoría en la unidad de hemodiálisis investigada, también se reveló en los datos obtenidos como un factor que impacta la continuidad del cuidado.

Lo que dificulta, para mí, yo creo que ese equipo de apoyo podría estar más disponible, así, creo que tener un compromiso de evaluación, de seguimiento de ese paciente. (ES 03)

Yo era atendido [por la psicología], pero paró. Me dijeron que ella [psicóloga] iba a volver a atender y no volvió más, nadie sabe decir por qué. (US 08)

No considero el asistente social haciendo parte del equipo, eso es una falla dentro de ese aspecto de la integralidad. El hospital no tiene asistente social en la hemodiálisis haciendo un trabajo sistematizado. (ES12)

El acompañamiento de un equipo multidisciplinar es esencial en la atención de un individuo que hace hemodiálisis, considerándose la gama de cuidados y

adaptaciones que él necesita en el día a día. Algunos de los profesionales que componen el equipo investigado reconocen la importancia de la reunión de los diversos conocimientos para la calidad del cuidado.

Discusión

Las dificultades experimentadas por los participantes de la investigación se deben a la problemática del acceso a servicios de salud, servicios de apoyo y de composición del equipo de salud. En Brasil, el acceso universal e igualitario a acciones y servicios para promoción, protección y recuperación de la salud es una de las exigencias instituidas por la Constitución Federal (art.196) en el sentido de la equidad deseada bajo el concepto de que la salud es un derecho de todos. Las políticas de salud presentan, repetidamente, el acceso del usuario a los servicios como un paradigma básico para planos nacionales y proyectos regionales y locales de ampliación de la red de servicios existentes⁽¹⁵⁾.

A pesar de que el acceso y la integralidad en la atención a la salud están asegurados por las Leyes Orgánicas de la Salud, números 8080/90 y 8142/90, en las cuales se legitima el compromiso de alterar la situación de desigualdades en la asistencia a la salud de la población, garantizando la atención universal a todos los ciudadanos⁽¹⁶⁾, se verifican, en el contexto investigado, algunos obstáculos para hacer efectivos esos principios. Entre estos, la demora en conseguir realizar exámenes diagnósticos y el excesivo tiempo de espera para consultar con médicos especialistas.

Las dificultades presentadas en el sentido de mantener un flujo dentro del sistema de salud y de poder contar con otros servicios de apoyo acaban por perjudicar la práctica de la integralidad, una vez que la salud del individuo no depende apenas del suceso del tratamiento hemodialítico, pero también de las respuestas que la red de atención en salud puede dar a un conjunto de necesidades, originadas o no en su condición de enfermo renal.

Otros estudios⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ también evidenciaron la necesidad de una red de servicios para garantizar la continuidad de la asistencia a los usuarios. Esa red debería ser móvil, asimétrica e incompleta de los servicios que operan diferentes tecnologías de salud los cuales son accedidos por diversas personas o agrupamientos que de ellos necesitan⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Trabajar a partir de la noción de integralidad en el cuidado en salud implica, antes de todo, tener una visión macro de la vida y de la salud, reconociendo el carácter interdisciplinar de ese cuidado y la importancia del trabajo en red.

En cuanto a la introducción de los equipos de

apoyo en el cuidado en hemodiálisis, los datos indican la necesidad percibida por los demás miembros del equipo de haber una participación más efectiva y continua de los profesionales de psicología, nutrición y servicio social. Esa constatación nos lleva a la idea de que, para promover la integralidad en el cuidado en hemodiálisis, es preciso un trabajo en equipo multidisciplinar en el cual, en conjunto con el usuario, sean planificadas las acciones terapéuticas de manera singular, de modo que todos puedan contribuir con sus conocimientos.

En el escenario investigado y en otro estudio⁽²¹⁾, se observó que, a pesar de que los profesionales reconocen la importancia del trabajo multidisciplinar, éste no siempre consigue hacerse efectivo. Los datos permiten inferir que eso se debe al restringido número de profesionales de las áreas de apoyo, lo que hace que ellos no consigan participar realmente de la planificación y seguimiento del cuidado al individuo en hemodiálisis.

Consideraciones finales

Se concluye que, en el escenario investigado, es urgente la ampliación de la red de servicios de salud para que ella pueda ser accesada tanto por los usuarios de la unidad de hemodiálisis, como por los profesionales que actúan directamente en el cuidado en hemodiálisis, principalmente en nivel de atención secundaria.

Para individuos que conviven con una enfermedad crónica, es fundamental una red de servicios organizada y con capacidad de responder a sus necesidades.

Una red de servicios mejor estructurada facilitaría el acceso de los individuos que hacen hemodiálisis y la resolución de sus necesidades. Al analizar esos datos en la perspectiva constitucional sobre integralidad, es posible afirmar que el tránsito de los usuarios por los diferentes niveles de complejidad, dentro del sistema de salud, encuentra resistencias para hacerse efectiva.

Este estudio muestra, también, la necesidad sentida por los integrantes del equipo de salud de una aproximación más efectiva de los profesionales de psicología, servicio social y nutrición en el cuidado en hemodiálisis. Ese dato refuerza la idea de que la integralidad en el cuidado se apoya en un trabajo multidisciplinar, siendo que el equipo de la unidad de hemodiálisis investigada comprende esa dimensión.

A partir de los hallazgos de este estudio, también es posible reflexionar sobre la proporción de profesionales de salud de las diferentes categorías que actúan en ambiente hospitalario. Se observa, más una vez, que la inversión de las instituciones hospitalarias, basado en la cura, acaba por dejar, al margen, la atención en los servicios de nutrición,

servicio social y psicología. La valorización de esas áreas del conocimiento, que están superpuestos directamente en la atención a la salud de los individuos, precisa ganar destaque en esas instituciones, así como ocurre con otras categorías profesionales.

Los hallazgos de esta investigación podrán auxiliar a los equipos de salud y a los gestores en la atención a los individuos con enfermedad renal crónica o con otras enfermedades crónicas, ya que apunta elementos importantes y que deben ser contemplados en el momento de la planificación de los cuidados a personas que pasan a convivir permanentemente con una enfermedad. Para esos individuos, no basta garantizar el alivio de sus síntomas, es preciso que, los actores envueltos en el proceso de cuidado, sean responsables con el proyecto de vida de aquellos que buscan atención,

Referencias

1. National Kidney Foundation (NKF). [Internet]. KDOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification - New York - 2002. [acceso 25 out 2002]. Disponible em: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/pdf/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf
2. Menezes CL, Maia ER, Lima JF Junior. O impacto da hemodiálise na vida dos portadores de insuficiência renal crônica: uma análise a partir das necessidades humanas básicas. *Rev Nurs.* 2007;10(115):570-6.
3. Fujii CDC. Desafios da integralidade no cuidado em hemodiálise: a ótica da equipe de saúde e dos usuários [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. 122 p.
4. Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). [Internet]. Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo, 2009. [acceso 30 out 2010]. Disponible em: <http://www.sbn.org.br/Censo/2009/censoSBN2009.ppt>.
5. Mattos RA. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública.* 2004;20(5):1411-6.
6. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6 ed. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2006. p. 41-66.
7. Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: fronteiras da integralidade. 3.ed. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2006. p. 9-36.
8. Camargo KR Junior. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. 4. ed. Rio de Janeiro(RJ): IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2007. p. 37-46.
9. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Análise dos planos de amostragem. In: Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004. p. 222-44.
10. Campos CMS, Bataieiro M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface - Comunic. Saúde, Educ.* 2007;11(23):5-18.
11. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(4):1260-8.
12. Matsumoto NF. A Operacionalização do PAS de uma unidade básica de Saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das Necessidades de Saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.
13. Guizzo BS, Krzimirski CO, Oliveira DLLC. O software QSR Nvivo 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para pesquisa em ciências humanas e da saúde. *Rev Gauch Enferm.* 2003;24(1):53-69.
14. Minayo MCS. Fase de análise do material qualitativo. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2007. p. 303-60.
15. Cohn A, Nunes E, Jacobi PR, Karsch, US. O acesso em discussão: o viés da racionalidade e o viés da carência. In: Cohn A, Nunes E, Jacobi PR, Karsch U. A Saúde como Direito e como Serviço. São Paulo (SP): Cortez; 2008. p. 67-94.
16. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. [acceso 24 março 2008]. Disponible em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm
17. Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da família: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(2):437-44.
18. Montenegro LC, Penna CMM, Brito MJM. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(3):649-56.
19. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. 4. ed. Rio de Janeiro(RJ): IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2007. p. 199-212.
20. Mandú ENT. Intersubjetividade na qualificação

do cuidado em saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004;12(4):665-75.

21. Santos DL, Santos JLG, Prochnow AG, Pedroso MLR, Lima MADS. A integralidade nas ações da equipe de saúde de uma unidade de internação pediátrica. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2009;13(31):359-68.

Recibido: 13.12.2010

Aceptado: 4.5.2011

Como citar este artículo:

Fujii CDC, Oliveira DLLC. Factores que dificultan la integralidad del cuidado en hemodiálisis. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul.-ago. 2011 [acceso: / /];19(4):[08 pantallas]. Disponible en: _____

día

año

mes abreviado con punto

URL