UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

THATIANE DELATORRE

**O papel da Atenção Primária à Saúde na linha de cuidado da pessoa com
Doença Renal Crônica- conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde**

Ribeirão Preto
2018

THATIANE DELATORRE

O papel da Atenção Primária à Saúde na linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica- conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Janise Braga Barros Ferreira

Ribeirão Preto
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Delatorre, Thatiane

O papel da Atenção Primária à Saúde na linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica - conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde. Ribeirão Preto, 2018.

133 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Braga Barros Ferreira, Janise.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Doença Renal Crônica.
3. Profissional de Saúde. 4. Gestão em Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: DELATORRE, Thatiane.

Título: O papel da Atenção Primária na linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica- conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão em
saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, por ter desde cedo incentivado e lutado pelos estudos de seus filhos e por ser meu exemplo de vida, de amor e dedicação;

Ao meu noivo Rogério por participar da minha vida e dessa conquista com apoio, compreensão e companheirismo dia após dia;

Ao Prof. Dr. Augustus Tadeu Relo de Mattos, por plantar essa semente, abrir os caminhos, me apoiar e incentivar sempre e, principalmente, pela amizade e carinho;

À Prof. Dra. Janise Braga Barros Ferreira, por me acolher com empatia, me orientar com dedicação e por partilhar comigo tantas experiências e conhecimentos. Sinto-me privilegiada e muito feliz por tudo isso. Obrigada.

À Prof. Dra. Elen Almeida Romão, pelas importantes contribuições nesse trabalho;

À Rosane A. Monteiro, pelo auxílio fundamental em fases importantes desse projeto e por ser uma pessoa tão carinhosa comigo;

Aos médicos e enfermeiros juízes do questionário da pesquisa, pelas contribuições com o aprimoramento do mesmo, fundamentais nesse processo;

A todos os professores do Departamento de Medicina Social da FMRP/USP que passaram por essa trajetória contribuindo em meu aprendizado;

À minha amiga e Profa. Dra. Amanda Salles Margatho do Nascimento, que me incentivou a todo momento e em diversas etapas me auxiliou com todo amor com o qual sempre faz tudo;

À Equipe do Núcleo de Saúde da Família 5, pelo apoio nessa trajetória, fidelidade e compromisso com os objetivos do SUS e por tornar esse serviço um espaço privilegiado na formação de alunos e na assistência aos usuários;

À Nilce Helena de Paula Kezh, articuladora da Atenção Básica da DRS13, por ter sido uma facilitadora desse processo, contribuindo muito para sua concretização;

A todos os gestores dos municípios estudados, que abriram as portas dos seus serviços e tiveram disposição em contribuir;

Aos 104 enfermeiros e 92 médicos que, com prontidão e carinho, dedicaram seu disputado tempo para contribuir com esse estudo;

E por fim, o mais importante: a Deus por colocar em meu caminho todas as pessoas acima e por me abençoar com tantas graças.

Senhor! Fazei de mim um instrumento da vossa paz.
Onde houver ódio, que eu leve o amor.
Onde houver ofensa, que eu leve o perdão.
Onde houver discórdia, que eu leve a união.
Onde houver dúvidas, que eu leve a fé.
Onde houver erro, que eu leve a verdade.
Onde houver desespero, que eu leve a esperança.
Onde houver tristeza, que eu leve a alegria.
Onde houver trevas, que eu leve a luz.
Ó Mestre, fazei que eu procure mais:
Consolar, que ser consolado,
Compreender, que ser compreendido,
Amar, que ser amado,
Pois é dando que se recebe.
É perdoando que se é perdoado.
E é morrendo que se vive para a vida eterna.

São Francisco de Assis

RESUMO

DELATORRE, Thatiane. **O papel da Atenção Primária à Saúde na linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica- conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde.** 2018. 133f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Esta dissertação teve como objetivo identificar o conhecimento e as atitudes dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) acerca do cuidado ao portador de Doença Renal Crônica (DRC), considerando que esse ponto de atenção tem um papel essencial na Linha de Cuidado da pessoa com DRC, desempenhando ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação. Foi realizada uma pesquisa avaliativa, de caráter transversal e com abordagem mista (quantitativa e qualitativa) em 9 municípios da Região de Saúde do Aquífero Guarani, pertencente ao Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII. Participaram dessa investigação 92 médicos e 104 enfermeiros atuantes nas unidades de APS, que responderam a um questionário autoaplicável, previamente submetido à validação de conteúdo por juízes inseridos na prática clínica dos serviços da linha de cuidado analisada. O questionário para o profissional médico abordou aspectos como: diretrizes clínicas para o cuidado ao portador de DRC no SUS e no âmbito da APS; regulação e coordenação do cuidado na rede de atenção do portador de DRC e a disponibilidade de recursos nessa linha de cuidado. O instrumento de coleta de dados do profissional enfermeiro focalizou os aspectos da integralidade do cuidado e da atenção centrada no usuário e na família que a equipe realiza. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva. Para os dados qualitativos, foi realizada a análise de conteúdo em sua vertente temática. O estudo revelou fortalezas e fragilidades relativas ao processo de trabalho e aos atributos da APS, ao diagnóstico precoce e tratamento da DRC, à APS como centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede de atenção ao Portador de DRC. Dentre as fortalezas, os resultados apontaram que a APS parece funcionar como porta de entrada no sistema de saúde, os profissionais médicos identificaram os principais fatores de risco para o rastreamento da DRC, houve considerável disponibilidade de ofertas de diversas ações de saúde na APS e nos outros pontos de atenção voltados ao portador de DRC. Foram identificadas fragilidades nos processos de educação na saúde, na organização das equipes com base territorial, nos critérios diagnósticos e de regulação, no matriciamento das equipes, integração e comunicação na rede de atenção, com comprometimento à coordenação de cuidados, entre outros. O estudo, por meio de seus potenciais resultados, poderá contribuir com o fortalecimento do papel da APS, na linha de cuidado ao portador de DRC, visando à abordagem integral dessa condição crônica na rede de saúde.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde, Doença Renal Crônica, Profissional de Saúde, Gestão em Saúde.

ABSTRACT

DELATORRE, Thatiane. **The role of Primary Health Care in the care of people with Chronic Kidney Disease - knowledge and attitudes of health professionals.** 2018. 133f. Dissertation (Master) - Medical School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

This master thesis aimed to identify the knowledge and the attitudes of the professionals that work at the Primary Health Care about the care of the chronic kidney disease patient, considering that this point of attention has an essential role on the Care Line of the person with Chronic Kidney Disease, performing actions of promotion, prevention, treatment and recovery. An evaluative survey was conducted, of cross-sectional character and with mixed approach (quantitative and qualitative) in 9 cities of the Aquífero Guarani Health Region, which belongs to the XIII Regional Health Department. 92 doctors and 104 nurses, all working in unities of Primary Health Care, participated in this study. They answered to a self-applicable questionnaire, previously submitted to content validation by judges inserted in the clinical practice of the services of the care line analyzed. The questionnaire directed to the doctors approached aspects as clinical guidelines for the care of the chronic kidney disease patient in the Brazilian Public Health System and in the field of Primary Health Care; regulation and coordination of the care in the attention to the chronic kidney disease patient and the availableness of resources in this care line. The questionnaire directed to the nurses focused on the aspects of the integrality of the care and attention given by the team to the user and his family. The quantitative data was analyzed through descriptive statistics. For the qualitative data, an analysis of content was done in its thematic aspect. The study revealed strengths and weaknesses related to the work process and to the attributes of the Primary Health Care, to the early diagnose and the treatment of the chronic kidney disease, to the Primary Health Care as a center of communication to the Health Care Network, coordinator of the care and ordinator of the actions and services provided by the Care network to the chronic kidney disease patient. Among the strengths, the results showed that the Primary Health Care seems to work as an entrance door in the health system, the doctors identified the main risk factors to tracking chronic kidney disease, there was a considerable availableness of offers of several actions of health at the Primary Health Care and in others points of care directed to the chronic kidney disease patient. There have been identified weaknesses on the process of health education, on the organization of the teams with territorial basis, on the diagnoses criteria and regulation, on the matrix support of the teams, integration and communication on the care network, compromising the coordination of care, among others. The study, through its potential results, will be able to contribute with the strengthening of the Primary Health Care role, in the care line to the chronic kidney disease patient, aiming a full approach of this chronic condition in the health network.

Keywords: Primary Health Care, Chronic Kidney Disease, Health Personnel, Health Management.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição de profissionais participantes por município de atuação.....	39
Gráfico 2 - Distribuição dos participantes por tipo de unidade de saúde em que atua	40
Gráfico 3 - Áreas de contato intersetorial pela equipe de APS.....	45
Gráfico 4 - Distribuição dos treinamentos dos profissionais médicos e enfermeiros, por ano, 2013 a 2017	50
Gráfico 5 - Áreas contempladas nos treinamentos por categoria profissional.....	51
Gráfico 6 - Temas de grupos de promoção de saúde e/ou prevenção de agravos nas unidades de saúde	53
Gráfico 7 - Identificação dos grupos de risco para desenvolver DRC segundo médicos da APS.....	54
Gráfico 8 - Conhecimento e registro dos Grupos de Risco para desenvolver DRC por enfermeiros	54
Gráfico 9 - Ofertas de saúde para grupos de risco no desenvolvimento de DRC	55
Gráfico 10 - Seguimento da DRC na APS segundo os estágios de classificação....	59
Gráfico 11 - Objetivos do manejo clínico dos pacientes com DRC por médicos da APS.....	61
Gráfico 12 - Fatores identificados como preditores de progressão da DRC por médicos da APS.....	63
Gráfico 13 - Grupos Populacionais atendidos em consultas de enfermagem na APS	64
Gráfico 14 - Frequência de VD por profissional da APS para população geral e portador de doença renal crônica da área de abrangência da Unidade de Saúde....	66
Gráfico 15 - Ações de saúde ofertadas na APS para os usuários encaminhados para outros pontos da rede de atenção à saúde	67
Gráfico 16 - Encaminhamento da DRC segundo os estágios de classificação	68
Gráfico 17 - Serviços secundários e terciários reconhecidos por médicos da APS para atender DRC, na Região de Saúde do Aquífero Guarani.....	70
Gráfico 18 - Áreas de matriciamento na APS, segundo enfermeiros	71

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tempo (anos) de atuação na Atenção Primária à Saúde dos médicos e enfermeiros	41
Figura 2 - Carga semanal (horas) na Atenção Primária à Saúde de médicos e enfermeiros	41
Figura 3 - Fonte de aquisição de treinamento em Doença Renal Crônica segundo categoria profissional	50
Figura 4 - Tempo (dias) entre a solicitação de exame laboratorial ao paciente com fator de risco para DRC na APS e o conhecimento do resultado pelo mesmo	57
Figura 5 - Periodicidade de solicitação de exames pelos médicos para identificação de DRC na APS	58
Figura 6 - Tipo de acesso às informações dos pacientes com DRC encaminhados para outros pontos da rede de atenção à saúde	72
Figura 7 - Prognóstico da DRC pela TFG e categorias da albuminúria (KDIGO, 2012)	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População estimada na Região de Saúde do Aquífero Guarani, por município, de acordo com os estágios da DRC.....	23
Tabela 2 - Perfil geral dos profissionais médicos e enfermeiros	43
Tabela 3 - Recursos diagnósticos utilizados para identificação de DRC pelos médicos da APS.....	56
Tabela 4 - População estimada da população com sobrepeso e obesidade nos municípios do Aquífero Guarani	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos municípios da Região de Saúde do Aquífero Guarani e suas populações (IBGE, 2017).....	30
Quadro 2 - Distribuições do número de questões por dimensão e subdimensão do questionário do profissional médico	35
Quadro 3 - Distribuição do número de questões por dimensão do questionário do profissional enfermeiro	35
Quadro 4 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais médicos por núcleo de sentido quanto às características do modelo de atenção (Tema 1).....	45
Quadro 5 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais enfermeiros por núcleo de sentido quanto às características do modelo de atenção (Tema 1).....	46
Quadro 6 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais médicos por núcleo de sentido sobre a aptidão para a abordagem de DRC na APS.....	52
Quadro 7 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais enfermeiros sobre o conhecimento e registro dos pacientes com DRC na APS por núcleo de sentido.....	59
Quadro 8 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais médicos por núcleo de sentido sobre o cuidado na doença renal crônica na Atenção Primária à Saúde (Tema 2)	62
Quadro 9 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais enfermeiros por núcleo de sentido sobre o cuidado na doença renal crônica na Atenção Primária à Saúde (Tema 2)	65
Quadro 10 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais enfermeiros por núcleo de sentido sobre o conhecimento e registro dos pacientes com DRC em TRS, na área de abrangência da Unidade de Saúde	69
Quadro 11 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais médicos por núcleo de sentido sobre a Atenção Primária e a Regulação Assistencial na Rede de Atenção à Saúde (Tema 3)	72
Quadro 12 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais enfermeiros por núcleo de sentido sobre a Atenção Primária e a Regulação Assistencial na Rede de Atenção à Saúde (Tema 3)	74

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AD - Assistência Domiciliar
AE - Atenção Especializada
APS - Atenção Primária à Saúde
CAPP - Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa
CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CHS - Carga Horária Semanal
CIR - Comissão Intergestora Regional
CKD-EPI - *Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration*
COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAC - Doença do Aparelho Circulatório
DCNT - Doença Crônica Não Transmissível
DM - Diabetes Mellitus
DRC - Doença Renal Crônica
DRS - Departamento Regional de Saúde
EAS - Exame Sumário de Urina
ESF - Estratégia de Saúde da Família
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HD - Hemodiálise
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KDIGO - *Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*
LC - Linha de Cuidado
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MBA - *Master in Business Administration*
MDRD - *Modification of Diet in Renal Disease Study*
MS - Ministério da Saúde
NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB - Norma Operacional Básica
NS - Núcleo de Sentido
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PA - Pronto Atendimento
PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNCT - Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNI - Programa Nacional de Imunização
PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RRAS - Redes Regionais de Atenção à Saúde
RS - Região de Saúde
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde
SF - Saúde da Família
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE - Técnico de Enfermagem
TFG - Taxa de Filtração Glomerular
TRS - Terapia Renal Substitutiva
UBDS - Unidade Básica e Distrital de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 O Sistema Único de Saúde e a Atenção Primária à Saúde	16
1.2 Redes de Atenção à Saúde	17
1.3 Linha de cuidado do portador de doença renal crônica	19
2 O PROBLEMA DE PESQUISA.....	27
3 OBJETIVOS.....	28
3.1 Objetivo Geral	28
3.2 Objetivos Específicos	28
4 MÉTODO.....	29
4.1 Tipo de Estudo	29
4.2 Local do Estudo	30
4.3 Participantes do estudo.....	31
4.3.1 Critérios de inclusão e de exclusão.....	31
4.4 Coleta de Dados	32
4.4.1 Caracterização dos Juízes.....	34
4.4.2 Instrumento de Coleta de Dados.....	34
4.5 Análise dos dados.....	36
5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	38
6 RESULTADOS.....	39
6.1 Perfil dos profissionais médicos e enfermeiros na APS	39
6.2 A organização e o processo de trabalho das equipes APS	44
6.3 O diagnóstico e tratamento da DRC no âmbito da APS.....	53
6.4 A longitudinalidade e a continuidade do cuidado na APS aos portadores de DRC	66
6.5 A APS como centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede de atenção ao Portador de DRC	67
7 DISCUSSÃO	75
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS.....	101
APÊNDICES	107
APÊNDICE A - Carta Convite	107
APÊNDICE B - Avaliação dos juízes - Questionário Médico.....	109
APÊNDICE C - Avaliação dos juízes - Questionário Enfermeiro	113

APÊNDICE D - Certificado de participação.....	117
APÊNDICE E - Instrumento de coleta de dados para profissionais de saúde médicos da Atenção Primária a Saúde (APS)	118
APÊNDICE F - Instrumento de coleta de dados para profissionais de saúde enfermeiros da Atenção Primária a Saúde (APS)	125
ANEXOS	130
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Juízes	130
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Profissionais	132

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Sistema Único de Saúde e a Atenção Primária à Saúde

No Brasil, com a publicação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito de toda a população e um dever do Estado (BRASIL, 1988). A conquista desse direito sem a prévia organização dos serviços de saúde, voltados para o atendimento de um público restrito e norteados pelo viés curativo, gerou um aumento no desequilíbrio entre a necessidade da população e os recursos disponíveis, caracterizando-se como um dos primeiros indicativos da necessidade de se pensar a reorganização do sistema de saúde (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

A proposta organizativa do sistema público de saúde brasileiro está contemplada nas orientações normativas do Sistema Único de Saúde (SUS), inicialmente, nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8080/90 e nº 8142/90, principalmente a operacionalização do princípio da descentralização, incluindo a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde; também reafirmam o uso da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades e a elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde, como base da programação e das atividades do sistema de saúde. Além disso, como competência da esfera federal está a definição e coordenação do sistema de redes integradas de assistência de alta complexidade, e nas esferas estaduais e municipais a competência de acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS (BRASIL, 1990).

As primeiras Normas Operacionais Básicas (NOB) foram lançadas em 1993 e estabeleceram procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão. Em 1996, foi lançada a NOB-96 que instituiu que a totalidade das ações e serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deveria ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, voltado ao atendimento integral da população. Também estabeleceu que as sedes dos serviços de saúde do “SUS municipal” não precisariam ser da prefeitura e nem estar situadas em território municipal, mas seria função do gestor municipal garantir acesso universal e atendimento integral à população (BRASIL, 1997). Visando reduzir o acúmulo injusto de tecnologias em alguns municípios com consequente espoliação de outros, a NOB-96 propôs que a composição dos sistemas municipais contasse com

as redes regionais, para ampliação do acesso, com qualidade e menor custo (BRASIL, 1997). Nesse sistema de saúde, organizado a partir de princípios e diretrizes, a Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida, no país, como sinônimo de Atenção Básica (AB) e a título de esclarecimento, adotaremos neste estudo a terminologia APS.

A APS é a estrutura de maior capilaridade do sistema e dispõe de recursos universais, integrais e continuados a toda população. É, assim, a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e deve oferecer um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2017; STARFIELD, 2002). A APS deve ser compreendida como ponto de atenção essencial de uma rede, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os demais pontos de atenção, sendo esses últimos entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular, diferenciando-se apenas pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (BRASIL, 2010a). Um dos elementos importantes da APS é a coordenação do cuidado, definida como um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum” (STARFIELD, 2002, p. 365), e isso depende essencialmente da vinculação entre profissional e usuário. A coordenação impacta na longitudinalidade e na integralidade desse cuidado, tornando-o mais resolutivo.

Na perspectiva de cuidado em rede, esse elemento é uma característica da APS, que alinha necessidade de saúde, ofertas e responsabilização, tornando-a elo essencial para que a rede de saúde se concretize de modo integral (STARFIELD, 2002).

1.2 Redes de Atenção à Saúde

Em 2010 foi lançada a Portaria GM/MS 4.279/2010 que estabeleceu diretrizes para a organização e estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão das Regiões de Saúde com vistas a assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços com eficiência e efetividade (BRASIL, 2010a). O documento de referência contendo as “Diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS” define a Rede de

Atenção à Saúde como:

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010a, p. 1).

Nesse sentido, a implantação das RAS convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS, apontando para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas (MENDES, 2011).

Em 2011, o Decreto 7.508 reafirmou a importância da organização do SUS, do planejamento e da articulação intergestores e trouxe em seu escopo novas estratégias de pactuação entre os entes federativos, documentos e dinâmicas de gestão compartilhada. Dentre esses novos elementos, destacam-se o Mapa da Saúde, o Planejamento Integrado das Ações, o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) e as Regiões de Saúde (BRASIL, 2011a).

O atendimento no SUS, segundo esse mesmo Decreto, deve ser iniciado pelas portas de entrada do sistema e ser complementado nas Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), de acordo com a complexidade do serviço. Sendo assim, a integralidade da assistência deve se iniciar e se completar na Rede. Definiu-se como portas de entrada: a atenção básica, a urgência e emergência, a atenção psicossocial e as “especiais de acesso aberto”. Por sua vez, atribuiu-se a ordenação da Rede à APS, fundamentada na avaliação de gravidade e nos critérios cronológicos (BRASIL, 2011a).

A RAS é, portanto, caracterizada pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, responsabilização na atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional e compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Sua operacionalização se dá pela interação de 3 elementos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção (BRASIL, 2010a).

Desse modo, a transição entre o ideário da RAS e sua concretização ocorre por meio de um processo contínuo e perpassa o uso de estratégias de integração que permitam desenvolver sistematicamente o conjunto de atributos que caracteriza um

sistema de saúde organizado em rede (BRASIL, 2010a). Uma dessas estratégias, a Linha de Cuidado (LC), é conceituada como a expressão dos fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender as suas necessidades de saúde. São os caminhos desse usuário dentro de uma rede diversa de saúde, incluindo segmentos intersetoriais, de modo a promover um cuidado integral. A LC tem início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema de saúde, contempla serviços dos diversos pontos de atenção e se completa na medida em que macroprocessos se articulam com os microprocessos (FRANCO, T.; FRANCO, C., 2011; MALTA; MERHY, 2010).

1.3 Linha de cuidado do portador de doença renal crônica

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008 (BRASIL, 2011b). A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório (DAC), ao câncer, ao diabetes e às doenças respiratórias crônicas, doenças diretamente ligadas a fatores de risco modificáveis. No Brasil, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes (BRASIL, 2011b). No caso dos portadores de DCNT, as LC necessitam articular ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, possibilitando o manejo oportuno dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e de terapêutica, e uma visão global e integral das suas condições de vida e saúde (MALTA; MERHY, 2010; BRASIL, 2011b).

No rol de DCNT, a Doença Renal Crônica (DRC) é um termo geral para alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura quanto a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico (BRASIL, 2014a). De acordo com o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2016, o número total estimado de pacientes em tratamento dialítico no país em 1 de julho de 2016 foi de 122.825. Esse número representa um aumento de 31,5 mil pacientes nos últimos 5 anos (91.314 em 2011), ou seja, um aumento anual médio no número de pacientes de 6,3% nos últimos 5 anos. A prevalência de tratamento dialítico (estimada em 2016) foi de 596 pacientes por milhão de população (pmp), com variação de 344 na região Norte e 700 na região Sudeste. No estado de São Paulo, a prevalência de tratamento dialítico estimada foi

de 642 pmp. Por sua vez, a taxa de incidência anual estimada de tratamento dialítico, em 2016, foi de 193 (pmp), variando de 111 na região norte a 259 no centro-oeste. Em 2016, 65,7% das diálises foram realizadas na faixa etária de 19-64 anos e a principal fonte pagadora de diálise (83%) foi o SUS (SESSO et al., 2017).

O censo mostra também uma estimativa que, em julho de 2016, havia 29.268 pessoas na fila de espera para transplante renal. Porém, dados do Registro Brasileiro de Transplantes informam uma fila de espera de 21.059 pacientes ativos em dezembro de 2017, caracterizando o transplante de rim como a maior lista de espera de transplante de órgão sólido, por corresponder a 90,8% da fila para transplante (RBT, 2017). Do total de pacientes na fila de espera do transplante de rim, 10.767 são do Estado de São Paulo, o que corresponde a 51% da fila. Segundo esse documento, em Ribeirão Preto, foram realizados 73 transplantes de rim no ano de 2017 em 2 centros transplantadores. Importante ressaltar que, no Brasil, ainda não foram realizados estudos epidemiológicos abrangentes para a identificar a DRC nos estágios pré-diálise.

Um estudo realizado com a população residente do município de São Paulo em tratamento por hemodiálise e diálise peritoneal avaliou os custos desses tratamentos no período de 2008 a 2012, em um total de 16.891 indivíduos atendidos pelo SUS ou rede conveniada, que resultaram em um gasto total de R\$ 594.903.264,75 (CRUZ, 2014). Além da repercussão financeira, a DRC tem um impacto social na vida da pessoa acometida e dos familiares devido à cronicidade, evolução e complicações da doença e de seu tratamento que afetam a qualidade de vida, a capacidade física, laboral e funcional, a saúde sexual, o lazer e os aspectos emocionais (MARTINS, 2005; LOPES, 2014).

As Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Portador de Doença Renal Crônica (2014) afirmam que é portador de DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresente por pelo menos três meses consecutivos uma Taxa de Filtração Glomerular (TFG) $< 60\text{ml/min/1,73m}^2$. Nos casos de pacientes com TFG $\geq 60\text{ml/min/1,73m}^2$, deve se considerar DRC se associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem. Os fatores de risco para o desenvolvimento da DRC são diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, tabagismo, idoso, histórico de doença do aparelho circulatório, histórico de DRC na família e uso de agentes nefrotóxicos (BRASIL, 2014a). Estudo realizado com médicos da APS do município de Fortaleza (CE)

identificou que a medida da TFG foi lembrada por apenas 8.1% dos médicos para pacientes com DM e 4.8% para aqueles pacientes que eram acompanhados por HAS (PENA et. al., 2012).

A DRC é classificada em estágios 1, 2, 3a, 3b, 4, 5 a depender da TFG e, segundo o Ministério da Saúde (MS), o acompanhamento desses indivíduos nos estágios 1, 2 e 3 deverá ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2014b). No mesmo estudo já citado, em relação aos encaminhamentos a outros pontos de atenção, mais da metade dos profissionais (51,2%) referenciavam pacientes com DRC em estágio leve ou moderado, ou seja, em estágios considerados passíveis de abordagem pela APS (PENA et. al., 2012). Outra pesquisa, realizada em hospital de alta complexidade, referência em Nefrologia, apontou que 26% dos pacientes que chegaram ao ambulatório encaminhados da rede primária necessitaram de novos exames para definição do diagnóstico por encaminhamentos duvidosos, incompletos ou pela defasagem entre o período de atendimento e a realização dos exames, que variou de uma semana até três anos. Também verificaram que do total dos pacientes avaliados, 12% deveriam ser acompanhados pelo médico de atendimento primário em sua própria unidade básica, ou seja, foram encaminhamentos desnecessários (PADOVANI; SCHOR; LARANJA, 2012). Os dados foram ainda mais preocupantes em estudo realizado na Bahia/BR, onde no período analisado, de todos os encaminhamentos ao ambulatório de nefrologia, em 52,7% dos casos não havia necessidade de nefrologista para o diagnóstico ou para a conduta clínica, bem como para o seguimento dos pacientes, naquele momento (OLIVEIRA et.al., 2010). Em contrapartida, um estudo de coorte retrospectivo que avaliou a relação do tempo transcorrido entre a primeira consulta na unidade de diálise e o início do programa dialítico, na taxa de mortalidade, mostrou que 60,3% dos encaminhamentos ocorreram tardiamente, e que a mortalidade ocorreu em 47,8% dos pacientes encaminhados tardiamente e em 20,5% dos encaminhados precocemente (DIEGOLI et.al., 2015). Esse dado corrobora outro achado em relação aos encaminhamentos aos serviços secundários, ao ser representado um caso com redução avançada da função renal, 25,8% dos médicos da APS não encaminhariam o paciente à atenção especializada (PENA et. al., 2012). Esses estudos mostram um panorama geral de alguns nós críticos que dificultam a atenção ao DRC, na perspectiva do diagnóstico precoce, do cuidado em rede e da resolubilidade, e destacam a necessidade de qualificar e reorganizar os diferentes pontos de atenção.

Devido aos inúmeros fatores de risco modificáveis, acredita-se que as DRC serão amplamente beneficiadas com o manejo da HAS, do DM, bem como com a redução do consumo de sal, metas estas incluídas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, lançado pelo MS em 2011. Esse plano tem ainda outras metas nacionais, tais como deter o crescimento da obesidade em adultos, reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool, aumentar a prevalência de atividade física no lazer e reduzir a prevalência de tabagismo em adultos (BRASIL, 2011b).

Na Região de Saúde do Aquífero Guarani, a população portadora de DRC é estimada conforme a tabela 1, que mostra que a maior concentração de pacientes ocorre nos estágios 1, 2 e 3, passíveis de cuidados na APS.

Tabela 1 - População estimada na Região de Saúde do Aquífero Guarani, por município, de acordo com os estágios da DRC

Município	% acima 20 anos (IBGE, 2012)	Pop. IBGE, 2014	Estimativa 2014 IBGE Pop. acima 20 anos.	Estágio 1 (9,6% pop. > 20 anos)	Estágio 2 (0,9% pop. > 20 anos)	Estágio 3 (1,5% pop. > 20 anos)	Estágio 4 (0,1% pop. > 20 anos)	Estágio 5 Diálise Novos (0,014% pop. > 20 anos)	Estágio 5 Diálise Prevalência (0,075% pop. > 20 anos)
Cravinhos	69,18	33.831	23.404	2.247	211	351	23	3	18
Guatapar	66,65	7.394	4.928	473	44	74	5	1	4
Jardinópolis	67,89	41.228	27.991	2.687	252	420	28	4	21
Luís Antnio	64,69	13.046	8.440	810	76	127	8	1	6
Ribeirão Preto	72,76	658.059	478.810	45.966	4.309	7.182	479	67	359
Santa Rita do Passa Quatro	75,28	27.457	20.671	1.984	186	310	21	3	16
Santa Rosa do Viterbo	70,98	25.459	18.070	1.735	163	271	18	3	14
São Simão	70,17	15.041	10.554	1.013	95	158	11	1	8
Serra Azul	72,03	12.908	9.298	893	84	139	9	1	7
Serrana	66,20	42.264	27.978	2.686	252	420	28	4	21
Total	-	876.687	630.144	60.494	5.672	9.452	630	88	474

Fonte: Adaptado de Linha de Cuidado da pessoa com doença renal crônica da rede de atenção  saúde das pessoas com doenças crônicas - Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto- DRS XIII (2015) utilizando os parâmetros estabelecidos na portaria GM 1631 de 1 de outubro de 2015, com os critérios e parâmetros SUS.

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal foi instituída pela Portaria GM/MS Nº 1168, de 15 de junho de 2004, e no Art 2º coloca que de forma articulada o MS, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais da Saúde devem “organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção” (BRASIL, 2004). Somente em 2014, a Portaria nº 389 definiu os critérios para a organização da linha de cuidado do portador de DRC e instituiu o incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico, aprovando as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC, no âmbito do SUS. Para os estabelecimentos de saúde se integrarem à linha de cuidado à pessoa com DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a portaria trouxe as seguintes diretrizes: foco da atenção nas necessidades de saúde da população, coordenada pela APS e contemplando todos os pontos de atenção; diagnóstico precoce de modo a identificar as pessoas com DRC; implementação da estratificação de risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da TFG; garantia de financiamento adequado para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, em especial ao cuidado das pessoas com DRC em estágios clínicos pré-dialíticos, bem como para o cuidado das pessoas com necessidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS); garantia da educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC; implementação das diretrizes expressas no Programa Nacional de Segurança do Paciente; garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutica adequados para tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC baseado nas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e desenvolvimento de medidas que garantam a difusão das ações e cuidado à pessoa com DRC em todos os pontos de atenção da linha de cuidado, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado (BRASIL, 2014b).

A portaria trouxe ainda as atribuições de todos os pontos de atenção, o financiamento, a composição das equipes, a avaliação, monitoramento e indicadores

de qualidade. Outro ponto importante dessa legislação foi a ênfase na atuação multiprofissional, com incentivo financeiro e no matriciamento das equipes de APS. Salienta-se que, quanto à abordagem multiprofissional de pacientes hipertensos e diabéticos, estudo apontou que 20,5% dos médicos de família encaminhavam pacientes diabéticos para outros profissionais não médicos, enquanto 12,3% encaminhavam os pacientes hipertensos (PENA et. al., 2012). A importância da atuação multiprofissional foi demonstrada em estudo prospectivo, no qual os aspectos clínicos e laboratoriais dos pacientes com DRC submetidos a cuidados de uma equipe multiprofissional apresentaram melhoras significativas no controle de pressão arterial, glicemia, redução da proteinúria e redução discreta da TFG, fatores que contribuem para a redução da progressão da DRC (LUCIANO et.al., 2015). As Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao portador de DRC também ratificam a importância das pessoas com DRC serem acompanhadas por uma equipe multiprofissional na APS, e, nos casos que requerem, nas unidades de atenção especializada em doença renal crônica para: aconselhamento e suporte sobre mudança do estilo de vida; avaliação nutricional; orientação sobre exercícios físicos e abandono do tabagismo; inclusão na programação de vacinação; seguimento contínuo dos medicamentos prescritos; programa de educação sobre DRC e TRS; orientação sobre o autocuidado; orientações sobre as modalidades de tratamento da DRC; cuidado ao acesso vascular ou peritoneal, entre outros (BRASIL, 2014a).

A LC para a DRC estabelece um pacto entre os diversos atores dos pontos de atenção da rede de atenção à saúde, estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência para assistir o usuário com DRC no SUS, buscando mudar assim a realidade de, aproximadamente, 70% dos pacientes que iniciam a diálise acessando o sistema de saúde pela porta da urgência. Assim, a organização da linha de cuidado deve favorecer o diagnóstico precoce da DRC, o tratamento de suas complicações, e consequentemente favorecer um início na TRS em melhores condições clínicas (BRASIL, 2014b).

Deste modo, a análise da LC possibilita: mapear os recursos disponíveis nos diversos segmentos da saúde, avaliar as tecnologias utilizadas para assistir o usuário, quanto ao tipo, fluxos, mecanismos de regulação, tentativas de negação de acesso, ações de vigilância à saúde, promoção e utilização dos recursos das clínicas especializadas. Ao analisar o caminhar do usuário na linha, pode-se verificar se esse fluxo está centrado no campo de suas necessidades, determinado pelo suposto

projeto terapêutico que lhe é indicado, a sua acessibilidade aos serviços, comodidade, segurança no atendimento, acompanhamento, tratamento, orientação e promoção, ou, ao contrário, se ocorre a fragmentação ou interrupção da assistência (MALTA; MERHY, 2010).

2 O PROBLEMA DE PESQUISA

Este estudo integra um projeto maior denominado “A Rede de Atenção à Saúde: avaliação e implementação da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica”, da Linha de Pesquisa Política, Planejamento e Gestão em Saúde do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Tendo em vista a importância da atenção aos portadores de DRC pelas equipes de saúde, a APS como ordenadora do cuidado e seu papel fundamental dentro da linha de cuidado e da rede de atenção à saúde, interrogasse-se qual o conhecimento e quais as atitudes dos profissionais que atuam nesse ponto da atenção frente a essa problemática?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar o conhecimento e as atitudes dos profissionais da atenção primária à saúde acerca do cuidado ao portador de doença renal crônica.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na APS;
- Identificar o conhecimento desses profissionais acerca das diretrizes clínicas e de regulação para o cuidado ao portador de DRC no âmbito da APS;
- Identificar aspectos da abordagem da integralidade e da coordenação do cuidado ao portador de DRC na APS.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Pesquisa avaliativa, de caráter transversal e abordagem quantitativa e qualitativa. O conceito de avaliação foi evoluindo ao longo do tempo, contando com uma polissemia conceitual e metodológica, abrindo espaço para opções de linhas teóricas e técnicas, bem como de combinações entre estas de acordo com o objetivo da avaliação (SILVA, 2005). Segundo Contandriopoulos et al. (1997), avaliar significa investigar e sistematizar conhecimentos para fazer julgamento de valor de uma intervenção, objetivando auxiliar na tomada de decisão. Esses autores tipificam o processo avaliativo em avaliação normativa, quando o julgamento se dá baseado em critérios e normas, e em pesquisa avaliativa, quando o julgamento ocorre baseado em procedimento científico. Donabedian (1990) e sua tríade estrutura, processo e resultado na avaliação de serviços, reforçam a ideia da necessidade da aplicabilidade da avaliação não apenas em processos, mas também em serviços e sistemas, de forma mais ampliada.

O processo de avaliação no Brasil vem sendo estimulado desde os anos 1980, quando a Declaração de Alma ATA- Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a incluir a avaliação como importante componente do processo de gestão sanitária. O Brasil iniciou com a prática tardiamente devido à presença do Estado autoritário no início dessa década, uma sociedade que estava longe de requerer dos políticos, gerentes e gestores, responsabilidade e transparência nas políticas públicas e a presença de programas e serviços advindos de políticas sociais focalizadas e residuais (FURTADO; SILVA, 2016).

A avaliação dos serviços de saúde está centrada na relação entre necessidade de saúde e oferta, em sua eficiência e efetividade, visando produzir dados confiáveis e válidos para que os serviços possam dar respostas apropriadas aos problemas de saúde da população. (VIEIRA, 2005)

No estudo transversal, as medições são feitas em um único momento e é usado quando se quer observar os padrões de distribuição entre as variáveis. Esse tipo de estudo tem maior facilidade de controle e é também econômico, pois se trata de um modelo baseado em um único ponto temporal. (HULLEY et. al., 2008; POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no território da Região de Saúde do Aquífero Guarani, pertencente ao Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII, órgão representante da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, localizado na região nordeste do estado.

A Região de Saúde do Aquífero Guarani possui, aproximadamente, 907.906 habitantes, sendo composta por 10 municípios, a saber: Cravinhos, Guataporá, Jardinópolis, Luís Antônio, Ribeirão Preto, Santa Rosa de Viterbo, Santa Rita do Passa Quatro, São Simão, Serra Azul e Serrana. O quadro 1 traz a distribuição dos municípios dessa região de saúde e suas populações conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2017).

Quadro 1 - Distribuição dos municípios da Região de Saúde do Aquífero Guarani e suas populações (IBGE, 2017)

Municípios - Aquífero Guarani	População (hab.)
Guataporá	7.546
Serra Azul	13.810
Luís Antônio	14.021
São Simão	15.225
Santa Rosa do Viterbo	26.067
Santa Rita do Passa Quatro	27.590
Cravinhos	34.651
Jardinópolis	42.904
Serrana	43.790
Ribeirão Preto	682.302
TOTAL	907.906

Fonte: IBGE (2017)

O município de Guataporá foi excluído da pesquisa, pois segundo informações da gestora, confirmado pela articuladora do DRS na APS, o município estava em fase de reestruturação, sendo a maior parte dos atendimentos realizados no formato de Pronto Atendimento (PA) e especialidades. Nesse contexto, não havia equipe de saúde específica da APS, inviabilizando a coleta de dados de acordo com os objetivos do estudo.

4.3 Participantes do estudo

4.3.1 Critérios de inclusão e de exclusão

Foram incluídos no estudo médicos e enfermeiros que atuavam em unidades básicas de saúde ou unidades de saúde da família dos municípios da Região do Aquífero Guarani, com no mínimo 1 ano de atuação na APS desses municípios.

Adotou-se como critério de exclusão o tempo de atuação na APS menor que 1 ano, pois esse foi considerado o tempo mínimo necessário para o conhecimento da organização da rede de saúde. Ao profissional que atuava na APS de mais de 1 município ou unidade de saúde e que atendia ao critério de inclusão em todos os municípios ou unidades onde trabalhava, foi facultado responder 1 questionário por cada município/unidade ou decidido, juntamente com a pesquisadora, por qual município/unidade o profissional iria responder, a depender do número de profissionais representantes dos municípios/unidade participantes, de modo a garantir a participação de profissionais de todos os municípios/unidades da região de saúde estudada.

Para a definição do número de participantes foi realizado um levantamento inicial por meio do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), que apontou a existência de 231 médicos e 199 enfermeiros lotados nas 82 unidades de APS da RS do Aquífero Guarani. No entanto, visitas realizadas aos nove (9) municípios incluídos no estudo revelaram um total de 183 médicos e 142 enfermeiros atuando nas unidades de APS dessa região. Desses totais, atenderam aos critérios de inclusão e foram encontrados e convidados para participar da pesquisa 145 (79,2%) médicos e 121 (85,2%) enfermeiros. A recusa de participação foi de 15% na categoria médica e 4% na categoria de enfermeiros, e a taxa de não devolução dos questionários respondidos foi de 21% e 10%, respectivamente. Assim, participaram do estudo 92 médicos e 104 enfermeiros, o que correspondeu a 50% e 73%, respectivamente, de todos os profissionais que atuavam na APS desses municípios.

4.4 Coleta de Dados

A etapa de coleta de dados ocorreu de maio a novembro de 2017. O contato inicial com a articuladora da APS do DRS 13 possibilitou o acesso aos coordenadores da APS dos municípios em estudo, que ocorreu por meio de *e-mail* e/ou via telefone, com o objetivo de explicar sobre o projeto e programar a ida aos municípios. A visita inicial, realizada com os gestores, possibilitou também reafirmar o compromisso da pesquisa em oferecer um *feedback* dos resultados. Observou-se que na maioria dos municípios houve troca de gestores e, devido a isso, os mesmos não tinham conhecimento do projeto que havia sido apresentado na reunião da Comissão Intergestora Regional - CIR, da região do Aquífero Guarani, realizada em 2016.

Foram coletados dados primários por meio de questionário para cada categoria profissional contida no estudo (enfermeiro e médico) que abordava os aspectos do conhecimento considerados relevantes para a linha de cuidado ao portador de Doença Renal Crônica no âmbito da APS.

A princípio, os instrumentos foram elaborados baseados nas atribuições da APS contidas nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao portador de Doença Renal Crônica – DRC no SUS (MS, 2014), no Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil (MS, 2011) e na PORTARIA Nº 389/2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica. Os questionários de pesquisa foram revisados pela pesquisadora e aplicados, como pré-teste, em 2 médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade que atuavam em uma unidade de saúde da família de um município da RS estudada. O objetivo dessa aplicação foi verificar o tempo médio de preenchimento, as possíveis dificuldades quanto à interpretação das questões, a percepção sobre o tamanho do questionário e a facilidade/ dificuldade de preenchimento. Os médicos residentes levaram em média 18 minutos para o preenchimento, apontaram alguns erros ortográficos e relataram que o instrumento estava de fácil compreensão. Quanto à percepção do tamanho do questionário, relataram sentirem-se confortáveis quanto à extensão e negaram fadiga para seu preenchimento. Os instrumentos foram revisados e aprimorados após revisão de literatura e submetidos ao processo de validação de conteúdo por juízes inseridos na prática clínica dos serviços da linha de cuidado analisada (MONTEIRO; HORA, 2014). A validação de conteúdo é uma dimensão da validade do instrumento de pesquisa

que analisa “a completude de determinado índice quanto à cobertura da área mais importante do domínio que pretende representar” (MONTEIRO; HORA, 2014, p. 43). Assim, refere-se à realização de um juízo em relação à propriedade e representatividade das variáveis que formarão o índice e não a uma análise estatística.

Essa etapa ocorreu de fevereiro a maio de 2017. Os especialistas foram escolhidos, inicialmente, pela competência na área estudada. Foram definidos como critérios para escolha dos juízes Médicos e Enfermeiros serem Especialistas em Nefrologia, com título pelas sociedades de classe e atuantes na rede do SUS, no Estado de São Paulo (SP). O contato com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, Conselho Regional de Medicina do Estado de SP, Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia, Conselho Regional de Enfermagem e Sociedade de Nefrologia do Estado de SP para o envio das relações de profissionais não obteve sucesso. Assim, definiu-se como critérios médicos nefrologistas ou médicos com experiência na temática de linhas de cuidado, atuantes na rede do SUS no Estado de SP, universidades e/ou com publicações relevantes na área, e Enfermeiros Especialistas em APS e/ou Especialistas em Nefrologia atuantes na rede do SUS no Estado de SP, universidades e/ou com publicações relevantes na área. A busca desses profissionais foi realizada por meio de pesquisa de publicações/ atuações e conhecimento das pesquisadoras desses profissionais, sendo definidos 7 nomes de profissionais médicos e 6 enfermeiros. Foi enviada por *e-mail* uma carta convite (APÊNDICE A) explicando o projeto e convidando os profissionais para participar do processo. Dos profissionais convidados, apenas 1 médico não respondeu o *e-mail* e não foi obtido contato por outra via. Todos os 6 profissionais de cada categoria aceitaram participar do estudo, sendo enviado via *e-mail* o instrumento a ser avaliado, juntamente, com um *link* de um formulário no *Google forms*, para o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (ANEXO A) e do questionário a ser respondido (APÊNDICES B e C). O retorno dos questionários respondidos foi de 100% dos médicos e de 83,3% dos enfermeiros. Ao final do processo foi enviado um certificado de participação aos juízes (APÊNDICE D).

4.4.1 Caracterização dos Juízes

Os juízes enfermeiros que participaram do processo (n=5) foram todos do sexo feminino (100%) com média de idade de 44 anos e com tempo de formação maior que 16 anos (100%). Em relação à formação, 3 profissionais referiram especialização em nefrologia (60%), 2 em saúde pública/coletiva (40%), 1 possuía mestrado com ênfase em nefrologia (20%) e 2 doutorados, com ênfase em nefrologia e saúde coletiva (40%). Quanto ao local de trabalho atual, 3 atuavam na docência em universidades (60%), 1 em clínica de nefrologia (20%) e 1 na gestão municipal (20%). Em relação à experiência na APS, 20% possuíam experiência na gestão, 20% como profissional da rede e 60% referiram outras atuações, sem especificar quais seriam. Os juízes médicos (n=6) foram 4 do sexo feminino (66,6%) e 2 do sexo masculino (33,3%), e uma idade média de 45 anos. O tempo de formação de 66,6% foi de mais de 16 anos, 2 profissionais (33,3%) possuíam mestrado e doutorado em nefrologia, 2 profissionais possuíam mestrado (33,3%), 1 profissional (16,6%) possuía *Master in Business Administration* (MBA), 2 referiram residência médica em nefrologia/medicina de família (33,3%) e 1 profissional não especificou o tipo de pós-graduação que possuía, referindo apenas a área clínica médica/nefrologia. Quanto ao local de trabalho atual, 5 profissionais (83,3%) atuavam na prática clínica em hospitais e/ou clínicas de nefrologia, sendo que 3 desses também atuavam na docência. Um profissional (16,6%) atuava em teleconsultoria. Em relação à experiência na APS, 2 profissionais (33,3%) referiram experiência como profissional da rede, 2 como docente (33,3%), 1 em outras atuações (16,6%) e 1 referiu não ter experiência na APS (16,6%).

4.4.2 Instrumento de Coleta de Dados

O processo de validação foi de extrema importância para a melhoria do questionário e as contribuições consistiram em inclusão e exclusão de variáveis, ajuste de variáveis para melhor análise estatística dos dados, correções ortográficas e semânticas, alteração da ordem das questões. O resultado final do questionário aplicado aos participantes do estudo encontra-se nos APÊNDICES E e F.

A primeira etapa do instrumento constitui-se da caracterização dos participantes, comum aos dois participantes. O instrumento para o profissional médico (APÊNDICE E) é dividido em 4 dimensões: DIMENSÃO 1- Diretrizes Clínicas para o

cuidado ao portador de doença renal crônica – DRC no SUS e no âmbito da APS; DIMENSÃO 2- Regulação do Paciente na rede de atenção do portador de DRC; DIMENSÃO 3- Disponibilidade de recursos da linha de cuidado do portador de DRC; DIMENSÃO 4: Coordenação do cuidado do portador de DRC no âmbito da APS. A DIMENSÃO 1, por ser considerada ampla e com vários aspectos a explorar, foi dividida em 4 subdimensões, sendo: SUBDIMENSÃO 1.1: Identificação dos grupos de risco; SUBDIMENSÃO 1.2: Estratégias de prevenção para a DRC nos pacientes sob o risco de desenvolver a doença; SUBDIMENSÃO 1.3: Diagnóstico Precoces e SUBDIMENSÃO 1.4: Tratamento. O número de questões de cada dimensão e subdimensão segue descrito no quadro 2.

Quadro 2 - Distribuições do número de questões por dimensão e subdimensão do questionário do profissional médico

Nº QUESTÕES	DIMENSÃO 1				DIMENSÃO 2	DIMENSÃO 3	DIMENSÃO 4
	SUB1	SUB 2	SUB 3	SUB 4	4	2	5
	1	1	4	6			
TOTAL	23						

Fonte: produção da própria autora

Além das questões semiestruturadas, o instrumento para o profissional médico possui 1 questão aberta para a avaliação de aspectos complementares.

O instrumento de coleta de dados do profissional enfermeiro focaliza os aspectos da integralidade do cuidado e da atenção centrada no usuário e na família que a equipe realiza (APÊNDICE F). O instrumento para este participante é dividido em 2 dimensões DIMENSÃO 1: Organização do processo de trabalho e ações com foco na integralidade e DIMENSÃO 2- Atenção à DRC no âmbito da APS. O número de questões de cada dimensão segue descrito no quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição do número de questões por dimensão do questionário do profissional enfermeiro

NÚMERO DE QUESTÕES	DIMENSÃO 1	DIMENSÃO 2
	8	8
TOTAL	16	

Fonte: produção da própria autora

Além das questões semiestruturadas, o instrumento para o profissional enfermeiro possui 1 questão aberta para a avaliação de aspectos complementares.

4.5 Análise dos dados

Nesta etapa procedemos a análise e interpretação articulada dos dados quantitativos e qualitativos na busca da compreensão das informações obtidas, relacionando-as ao problema de pesquisa.

Os dados quantitativos coletados foram inseridos no programa de computador Epi Info™ 7.2, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e de domínio público. Foi utilizado o módulo - Criar formulário - para definição e atributos das variáveis e o módulo - Gravar dados - para armazenamento dos questionários e, posteriormente, foi feita a conferência dos dados utilizando a frequência relativa e a tabulação cruzada na avaliação das inconsistências para consolidação dos dados finais. Para a análise quantitativa foi utilizada estatística descritiva com frequências, medidas de tendência central e de dispersão com o módulo - Análise clássica – do EpiInfo™ 7.2, elaborando tabelas e figuras.

Na análise dos dados qualitativos foi realizada a análise de conteúdo em sua vertente temática que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens com a finalidade de realizar uma inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (BARDIN, 2000; MINAYO, 2004). O método consiste em fases como a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na fase de pré-análise, foi realizada a organização do material, a leitura flutuante e exaustiva e verificada a pertinência e homogeneidade das falas. Nesse estudo não foi utilizada a representatividade, ou seja, foram utilizadas todas as falas dos participantes. Nesse momento, constitui-se um *corpus*, formulam-se as hipóteses, referenciam-se os índices e elaboraram-se os indicadores.

A exploração do material foi realizada pela codificação, ou seja, o tratamento do material segundo regras precisas para atingir a representação do conteúdo, ou de sua expressão. Assim, os dados brutos foram transformados sistematicamente por meio de recorte, agregação e enumeração a fim de permitirem representar um conteúdo. O recorte das unidades de registro foi realizado em nível semântico ou por tema, ou seja, aquelas

unidades de significação que se destacaram naturalmente do texto analisado segundo critérios relativos à teoria presente nos referenciais teóricos utilizados, tais como Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao portador de Doença Renal Crônica – DRC no SUS (MS, 2014); a Política Nacional de Atenção Básica (MS, 2017) e APS (STARFIELD, 2002). A agregação se deu por meio de agrupamento de unidades comparáveis e afins. A regra de enumeração utilizada foi a frequência simples, na qual todas as aparições possuem o mesmo peso, seguindo o postulado de que todos os elementos têm uma importância igual. Para a descrição e a interpretação da realidade, foi considerada a significância do tema quanto maior a frequência de sua aparição.

O tratamento de resultados obtidos foi realizado a fim de que os resultados brutos fossem significativos e válidos. Para isso, foram realizadas operações estatísticas simples de porcentagem para o estabelecimento de quadros de resultados que condensassem e colocassem em relevo as informações fornecidas pela análise. Enfatiza-se que foi realizada a análise de frequência como critério de objetividade e cientificidade.

Após o tratamento de resultados, foi realizada a inferência dos achados, de acordo com o emissor, a mensagem, o código e a significação. Seguido da etapa de interpretação, a qual levou em consideração o referencial teórico escolhido.

5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O desenvolvimento da pesquisa contemplou o cumprimento da Resolução 466/2012 e do Capítulo IV da Resolução 251/97, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/CSE-FMRP-USP (CAAE: 58545116.3.0000.5414). A autorização para a realização do estudo foi aprovada em reunião da Comissão Intergestora Regional - CIR, da região do Aquífero Guarani da DRS XIII, realizada em 31/08/2016, composta pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios selecionados. No município de Ribeirão Preto, o projeto foi submetido e aprovado na Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (CAPP/SMSRP). Foi realizado o contato com os participantes da pesquisa para convidá-los a participar da mesma após a explicação dos objetivos, do método proposto e das implicações decorrentes da participação. Para aqueles que aceitaram participar da pesquisa, foram entregues os questionários e o recolhimento do questionário preenchido foi realizado em momento oportuno, sem que houvesse comprometimento do atendimento e da rotina de seus serviços. A cada um dos participantes que aceitaram participar do estudo foi fornecido um TCLE assinado pelos pesquisadores (ANEXO B).

6 RESULTADOS

6.1 Perfil dos profissionais médicos e enfermeiros na APS

Os participantes do estudo estão distribuídos conforme município de atuação no gráfico 1. Observa-se que, em números absolutos, Ribeirão Preto foi o município que concentrou o maior número de participantes. No município de Serra Azul, apenas 1 médico atendia aos critérios de inclusão, porém o mesmo não devolveu o questionário respondido, não havendo, portanto, a participação dessa categoria nesse município.

Gráfico 1 - Distribuição de profissionais participantes por município de atuação

Fonte: produção da própria autora

Os profissionais de saúde participantes atuavam em seis (6) diferentes modelos de unidades de APS dos municípios pesquisados, com predomínio de Unidade Básica sem Saúde da Família, conforme Gráfico 2. Do total de 92 médicos participantes, 89 (96,7%) informaram o tipo de unidade em que trabalham. Desses, 47(52,9%) atuavam em UBS sem saúde da família (SF), 27(30,3%) em Unidade de

SF, 9(10,1%) em UBS com SF, 4 (4,5%) em UBS Parametrizada¹, 1(1,1%) em UBS com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 1 (1,1%) em Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) com AB. Em relação aos enfermeiros, dos 104 participantes 43(41,4%) atuavam em UBS sem SF, 36(34,7%) em USF, 5(4,8%) em UBS com SF, 6(5,7%) em UBS Parametrizada¹, 13(12,5%) em UBS com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 1 (0,9%) em Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) com AB.(Gráfico 2)

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes por tipo de unidade de saúde em que atua²

Fonte: produção da própria autora

Em relação ao tempo de atuação na APS, o tempo mínimo de atuação foi de 1 ano em ambas as categorias e o tempo máximo foi de 33 anos para o profissional médico (mediana de 8 anos) e 31 anos e 6 meses para o profissional enfermeiro (mediana de 10 anos), conforme Figura 1.

¹ A equipe parametrizada foi publicada na Portaria nº 576/2011 com a finalidade de promover a adesão das EAB que se organizam de maneira diferente da Estratégia SF no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), instituindo novas regras para a carga horária semanal (CHS) dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgião dentista.

² 3 Médicos não informaram o tipo de unidade em que atuavam.

Figura 1 - Tempo (anos) de atuação na Atenção Primária à Saúde dos médicos e enfermeiros

Fonte: produção da própria autora

A carga horária semanal (CHS) de atuação na APS de ambos os profissionais variou entre 4h-60 horas, com mediana de 30h para o profissional médico e de 40h para o enfermeiro, conforme figura 2.

Figura 2 - Carga semanal (horas) na Atenção Primária à Saúde de médicos e enfermeiros

Fonte: produção da própria autora

Em ambas as categorias, a maioria dos participantes foi do sexo feminino na faixa etária de 31-40 anos e com tempo médio de formação para os médicos que informaram (n=70) de 14,2 anos e para os enfermeiros (n=88) de 18,5 anos, conforme Tabela 1. A nacionalidade prevalente foi a brasileira, porém na categoria médica observou-se a presença de profissionais de outras nacionalidades, em especial a cubana.

Tabela 2 - Perfil geral dos profissionais médicos e enfermeiros

Variável		Médico		Enfermeiro	
		N	%	N	%
Sexo	Feminino	47	51,1	100	96,15
	Masculino	45	48,9	4	3,85
Faixa etária	25-30	8	8,7	11	10,6
	31-40	41	44,6	37	35,6
	41-50	15	16,3	17	16,3
	51-60	14	15,2	27	26
	60 e mais	3	3,3	3	2,9
	Não informado	11	11,9	9	8,6
Nacionalidade	Brasileira	81	94,2	104	100
	Cubana	3	3,5	0	-
	Boliviana	1	1,2	0	-
	Alemã	1	1,2	0	-
Pós-graduação	Residência	62	67,4	3	2,9
	Especialização	43	46,7	87	83,6
	Mestrado	8	8,7	20	19,2
	Doutorado	6	6,5	6	5,8
	Outros	10	10,9	1	0,96
Ano da Graduação	1972-1979	2	2,2	3	2,9
	1980-1989	6	6,5	21	20,2
	1990-1999	13	14,1	12	11,5
	2000-2009	28	30,4	41	39,4
	2010-2016	21	22,8	11	10,6
	Não informado	22	23,9	16	15,4

Fonte: produção da própria autora

Quanto à formação profissional, observou-se que todos os participantes referiram formação em pós-graduação, com diferenças entre as categorias em relação às modalidades, sendo mais frequente enfermeiros com especialização enquanto entre os médicos predominou a residência médica.

Entre os médicos com residência médica (n=62), 85% dos programas citados foram da área clínica e, entre estes, o mais frequente - 41% - foi o de residência médica em Medicina de Família e Comunidade (n=19), seguido do programa de Clínica Médica com o percentual de 17% (n=8). A residência médica em Nefrologia foi referida por 2 médicos, correspondendo a 4% dentre as citadas.

6.2 A organização e o processo de trabalho das equipes APS

Foram levantados com os profissionais enfermeiros alguns aspectos do processo de trabalho das equipes que podem contribuir para a integralidade dentro de um serviço de APS. Possuir espaços na equipe para a discussão de casos e/ou construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) foram referidos por 54% dos profissionais, sendo o tempo prevalente destinado para tal finalidade de 1 a 2 horas semanais. Ainda, 19,5% referiram tempo semanal de 3 a 4 horas e 5,5% 6 ou mais horas semanais. Dezoito por cento não citaram o tempo destinado para essa finalidade. Também, 46,5% dos enfermeiros (n= 47) referiram que as equipes usavam alguma classificação de famílias em relação ao risco e vulnerabilidade.

Em relação à intersetorialidade, 89% dos enfermeiros responderam que suas equipes realizavam algum tipo de contato intersetorial, sendo o encaminhamento a via de contato mais frequente (64%) entre o serviço de APS e outros setores e pontos da rede de atenção. Reuniões conjuntas foram referidas por 8% das equipes, e ambas as modalidades de contato intersetorial em 29% das equipes. As principais áreas intersetoriais contatadas pela equipe de APS estão apresentadas no Gráfico 3 prevalecendo o serviço social (83%) como área de maior contato. Ainda, 67% dos enfermeiros (n=68) responderam que as equipes possuíam algum tipo de recurso social de apoio em casos de emergências, entre eles o recurso mais prevalente foi o passe de ônibus (94%), seguidos pela cesta básica (28%) e outros (13%).

Gráfico 3 - Áreas de contato intersetorial pela equipe de APS

Fonte: produção da própria autora

Nesse sentido, na abordagem qualitativa de ambas as categorias profissionais, observou-se referências às características do modelo de atenção, organização e processo de trabalho que dificultavam a assistência à pessoa com DRC na APS. No tema 1 da análise qualitativa do profissional médico, 16 falas fizeram referência às dificuldades em relação à necessidade de treinamentos na temática, infraestrutura dos serviços, volume de trabalho, falta de equipe multiprofissional e comprometimento do seguimento do paciente com DRC na APS devido à demora no intervalo entre as consultas, entre outros, conforme descrito no quadro 4.

Quadro 4 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais médicos por núcleo de sentido quanto às características do modelo de atenção (Tema 1)

Tema 1: Características do Modelo de Atenção			
Núcleo de sentido	Exemplos (citações da fala do participante)	Frequência	%
Educação na Saúde	“Gostaria de maiores orientações e esclarecimentos sobre o seguimento do paciente portador de doença renal crônica pois muitas vezes a consulta com nefrologista está distante e o paciente necessita de informações do médico e de toda a equipe da atenção primária” M33.	7	44

	<p>“Preciso me atualizar sobre a diretriz de 2014 do Ministério da Saúde” M2.</p> <p>“Pouco conhecimento sobre o assunto” M17.</p>		
Continuidade do Cuidado	<p>“Devido à superlotação e sobrecarga do nível primário, há dificuldade de manejo com retorno precoce” M23.</p> <p>“O paciente com DRC sempre mantém seguimento Clínico na UBS devido muitas vezes à várias comorbidades e ou doenças associadas e na maioria dos casos não temos contra-referência (sic) do profissional que o acompanha no serviço especializado. A dificuldade é o trabalho em equipe” M73.</p> <p>“Demora para realização de exame e intervalo entre as consultas” M85.</p>	5	31
Equipe de Saúde	<p>“A frequente ausência da equipe multidisciplinar, (escassos) capacitações/reciclagem profissional. Serviços ineficientes na prevenção” M30.</p>	2	12,5
Infraestrutura	<p>“As dificuldades são da estrutura dos serviços, volume e falta de treinamento” M29.</p>	2	12,5
Total		16	100

Fonte: produção da própria autora

Esse tema, na análise qualitativa das falas dos enfermeiros, também emergiu de forma expressiva com 60 respostas abordando aspectos como a importância e necessidade da educação na saúde, a coordenação de cuidados, sobretudo na nuance horizontal, o território e sua influência no cuidado em saúde, a equipe e o processo de trabalho, entre outras, exemplificadas no quadro 5.

Quadro 5 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais enfermeiros por núcleo de sentido quanto às características do modelo de atenção (Tema 1)

Tema 1: Características do Modelo de Atenção			
Núcleo de sentido	Exemplos (citações da fala do participante)	Frequência	%
Coordenação de Cuidado	<p>“Sabemos ser um grande problema de saúde o DRC, porém, nessa unidade tínhamos profissionais que realizavam o HIPERDIA, então, ficava mais fácil acompanhar e conhecer os renais crônicos. Após várias mudanças de profissionais não houve interesse em continuar o programa. Uma pena! Acho muito importante” E66.</p>	20	33,3

	<p>“A atenção básica deste município não realiza ações, seja específica a este grupo populacional ou nesta unidade; não tenho conhecimento de nenhum paciente com doença renal crônica que é atendido nesta unidade” E13.</p> <p>“Como sugestão poderíamos ter uma opção em nosso sistema para identificarmos os doentes renais crônicos e dessa forma poderemos atuar de forma objetiva com este grupo” E6.</p> <p>“Não trabalhamos com visita domiciliar ou território. Atendemos todo município com agendamento de consultas. O Enfermeiro realiza consulta de pré-natal, citologia, faz triagem de clínica médica e Pediatria e na oportunidade já realiza a consulta de enfermagem. E caso algum paciente procura a unidade com queixa também realizamos o acolhimento e avaliação; porém não temos o controle de todos os pacientes por se tratar de um posto central, mas todos os pacientes que procuram a unidade são acolhidos. São discutidos os casos de saúde relevantes sempre que necessário junto com a equipe na própria unidade, contamos com o apoio das especialidades e outros serviços desse município” E9.</p>		
Educação na Saúde	<p>“Acho que a equipe de atenção básica necessita mais capacitação sobre esses aspectos para poder oferecer melhor atendimento. Doença renal crônica é um problema grave de saúde pública, as pessoas (usuários) desconhecem os cuidados e a prevenção; a equipe também necessita a capacitação continuada e uma maior motivação” E80.</p> <p>“Na minha opinião o que precisamos é receber capacitação para todos os membros da equipe sobre doença renal crônica pois o objetivo da atenção primária é cuidar, orientar os pacientes para que eles não se tornem um renal crônico no futuro” E28.</p> <p>“Tenho impressão que apesar da necessidade e importância, é um público quase "Invisível" em que a equipe enxerga na vigência de complicações mais sérias. Sugiro educação por parte da gestão bem como educação permanente pela própria equipe para visualizar melhor esta população e suas necessidades” E42.</p> <p>“Os portadores de doença renal crônica são tratados com muita seriedade no serviço de saúde, a equipe geralmente tem um olhar diferenciado</p>	20	33,3

	para essas pessoas, no entanto, treinamentos voltados para esta temática não são frequentes” E7.		
Equipe de Saúde	<p>“A equipe não tem enfermeiro da unidade à tarde, trabalha com enfermeiros plantonistas. Isso dificulta a formação de vínculo com a comunidade e o estabelecimento de rotinas. É preciso constituir a equipe de saúde primeiro. Nesse momento também estamos sem médico clínico à tarde, com profissionais da enfermagem a menos do que necessário e etc.. Esses são fatores que dificultam a assistência à saúde” E46.</p> <p>“Devido ao déficit de funcionários não conseguimos desempenhar um trabalho com mais qualidade, mas diante das nossas dificuldades e limitações desempenhamos com profissionalismo buscando sempre a qualidade de vida e saúde dos nossos pacientes” E26.</p>	6	10
Continuidade do Cuidado	<p>“Acredito que a equipe esteja muito preparada para atuação com pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Quando uma complicação dessas doenças se instala, o paciente muitas vezes é encaminhado para um nível mais especializado de atenção à saúde e observo uma descontinuidade da nossa assistência quando na verdade ela deveria ser intensificada. Talvez isso ocorra por falta de conhecimento da doença renal e o despreparo da equipe em melhorar a qualidade de vida desse paciente” E81.</p> <p>“Os pacientes com doença renal crônica são atendidos pelo setor especializado, porém fazem uso da sala de imunização e são atendidos sempre que procuram a unidade onde é realizado o acolhimento com classificação de risco” E87.</p>	6	10
Territorialização	<p>“Por não se tratar de uma estratégia de saúde da família é difícil o acompanhamento desses pacientes já que nessa Unidade são atendidos residentes de todos os bairros da cidade. Se algum paciente é encaminhado para tratamento especializado em outro município nem sempre ele retorna a esta unidade para acompanhamento do seu caso. Prefere uma unidade de saúde que fique mais próximo a sua residência e isso dificulta o acompanhamento da equipe” E20.</p> <p>“Esta unidade de saúde não contempla a territorialização, sendo que todos os cidadãos podem usufruir deste serviço. Assim sendo, temos muita demanda para pouca estrutura, o que não permite conhecermos bem o paciente com doença renal crônica. O número reduzido de funcionários</p>	5	8,3

	inviabiliza o desenvolvimento de programas específicos para os portadores de doenças crônicas bem como a vontade política nem sempre vem de encontro com as propostas do Ministério da Saúde” E18.		
Processo de Trabalho	“Sou enfermeira do vespertino, possuo agenda diária para atendimento em saúde da mulher. Tenho equipe de enfermagem reduzida (4 auxiliares), mas tentamos trabalhar com orientação básica aos pacientes hipertensos e diabéticos como orientação da alimentação, controle pressórico, atividade física, cuidado com os pés, orientação e supervisão na aplicação inicial da insulina, mas não temos registro dessas atividades. Acredito que se houvesse uma melhor organização do agendamento de retornos e identificação das vagas para estes pacientes, teríamos como trabalhar melhor a questão da identificação precoce dos fatores de risco para doença renal crônica e possíveis estratégias de atuação na APS com identificação e cadastro dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes com propostas de orientação e manejo dos mesmos” E53.	3	5
Total		60	100

Fonte: produção da própria autora

Conforme os quadros 4 e 5, o núcleo de sentido “Educação na Saúde” foi o mais frequente nas falas de médicos (44%) e enfermeiros (33%) dentro da temática. As fragilidades dos processos de educação na saúde também foram identificadas no questionário, no qual ter participado de algum treinamento em DRC foi relatado por apenas 42,5% dos médicos e por somente 18,3% dos enfermeiros.

Observou-se que a oferta do treinamento para a categoria médica foi predominantemente realizada pelo serviço ou instituição em que o mesmo atuava ou atuou, enquanto 44% dos enfermeiros treinados buscaram meios próprios para a capacitação e 45% receberam treinamentos pelo serviço/instituição (Figura 3).

Figura 3 - Fonte de aquisição de treinamento em Doença Renal Crônica segundo categoria profissional

Fonte: produção da própria autora

Conforme apontado no gráfico 4 houve uma ascensão importante na quantidade de profissionais médicos treinados a partir de 2014, com ápice em 2016, porém o mesmo não ocorreu para a categoria de enfermeiros. Dos profissionais médicos treinados em 2016, 95 % (n=18) eram do município de Ribeirão Preto-SP.

Gráfico 4 - Distribuição dos treinamentos dos profissionais médicos e enfermeiros, por ano, 2013 a 2017

Fonte: produção da própria autora

Segundo os participantes, os treinamentos contemplaram áreas de

conhecimento importantes em relação à DRC, tais como prevenção, diagnóstico e tratamento (Gráfico 5). Para os médicos, o tema mais frequente foi o diagnóstico da pessoa com DRC (91,9%) e o menos frequente, dentre os temas mais citados, foi o de tratamento da DRC, já para os enfermeiros o tema mais frequente foi o de prevenção da DRC (89,4%).

Gráfico 5 - Áreas contempladas nos treinamentos por categoria profissional

Fonte: produção da própria autora

Além de tais treinamentos/capacitações no âmbito externo do serviço, apenas 46,5% dos enfermeiros referiram que a equipe possuía espaço de educação permanente ou continuada ou outro processo educacional próprio. Nessas equipes, 43% não citaram o número de horas semanais destinadas a essa atividade, 46% referiram terem de 1 a 2 horas semanais reservadas para tal fim e 11% terem 3 horas ou mais. Ainda, a maioria dos profissionais médicos (50,5%) referiram não ter conhecimento da Diretriz de 2014 do MS sobre o atendimento ao portador de DRC na APS, no entanto, a maioria (83%) se considerava “apto” para abordar a DRC nos estágios atribuíveis à APS. As principais justificativas da “não aptidão”, reportadas por 17% dos médicos, foram analisadas e estão apresentadas no quadro 6. Observou-se a fragilidade da educação na saúde como o principal motivo dos profissionais médicos não se sentirem “aptos” para a abordagem da pessoa com DRC na APS, correspondendo a 52,9% (n=9) dos motivos citados.

Quadro 6 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais médicos por núcleo de sentido sobre a aptidão para a abordagem de DRC na APS

Aptidão para a abordagem de DRC nos estágios atribuíveis à APS segundo os médicos			
Núcleo de sentido	Exemplos (citações da fala do participante)	Frequência	%
Educação na Saúde	<p>“Pois não aprendi acompanhar adequadamente doentes renais graves. Desejo educação continuada sobre o tema”.</p> <p>“Necessidade de mais treinamento”</p>	9	52,9
Manejo Clínico	“Acho o tema muito complexo, me atenho a prevenção de fatores de risco”.	3	17,6
Instrumentos de regulação	“Não tem um protocolo para seguir”.	2	11,8
Matriciamento	“Deverá melhorar o matriciamento para uma melhor qualidade assistencial”.	2	11,8
Recursos diagnósticos	“Porque não temos todos os meios diagnósticos laboratoriais. Foi vedado o pedido de <i>clearance</i> de creatinina”.	1	5,9
Total		17	100

Fonte: produção da própria autora

Em relação a grupos de promoção de saúde e/ou prevenção de agravos, 68 % (n= 71) dos profissionais enfermeiros referiram que suas equipes têm essa oferta de saúde, sendo as áreas temáticas trabalhadas as descritas no Gráfico 6 abaixo. Observou-se que alimentação saudável (50%) foi a mais frequente das temáticas abordadas.

Gráfico 6 - Temas de grupos de promoção de saúde e/ou prevenção de agravos nas unidades de saúde

Fonte: produção da própria autora

Entre os outros temas citados, os mais frequentes foram: grupo de gestante (n= 16), grupo de HAS e DM (n=8), grupo de diabetes (n= 4), grupo de planejamento familiar (n=4), grupo de saúde da mulher (n=3), grupo de amamentação (n=2) e grupo de idoso (n=2).

6.3 O diagnóstico e tratamento da DRC no âmbito da APS

Em relação ao diagnóstico precoce, a identificação de grupos de risco para o desenvolvimento da DRC é de extrema importância, pois espera-se que a partir do reconhecimento dessa população as ações de rastreio ocorram de modo oportuno. No presente estudo, as condições de saúde HAS e diabetes foram reconhecidas como condições de risco para DRC por todos os médicos participantes (100%). Porém, outros fatores de riscos tiveram um declínio gradual nesse reconhecimento, com o tabagismo e a obesidade sendo os menos identificados como condição de risco para DRC (59% e 58% dos participantes, respectivamente), conforme Gráfico 7.

Em relação a tais grupos de risco para desenvolver DRC, 63,5% (n= 66) dos enfermeiros referem que a equipe de saúde conhece e tem registro atualizado dos mesmos na área de atuação da equipe, enquanto 12,5% (n=13) referem que não tem

conhecimento e registro e 24% (n= 25) referem não saber. O conhecimento e registro também é mais frequente dos pacientes com HAS e DM, 61% para ambos e menos frequente nos pacientes com história familiar de DRC e pacientes em uso de agentes nefrotóxicos, 0% e 11% respectivamente (Gráfico 8).

Gráfico 7 - Identificação dos grupos de risco para desenvolver DRC segundo médicos da APS

Fonte: produção da própria autora

Gráfico 8 - Conhecimento e registro dos Grupos de Risco para desenvolver DRC por enfermeiros

Fonte: produção da própria autora

Os profissionais médicos identificaram diversas ofertas de saúde para os grupos populacionais de risco para desenvolver DRC, disponíveis nos serviços onde atuavam, conforme Gráfico 9 abaixo. Observa-se que a oferta de tratamento medicamentoso para controle de fatores de risco predominou como oferta de saúde (96%), seguida da consulta de saúde (82%). Os profissionais que mais realizam tais consultas são médicos (59%) e enfermeiros (23%). Apenas 26% dos profissionais referiram grupos de educação em saúde como uma oferta disponível no serviço em que atuavam, sendo os temas de grupos mais citados a alimentação saudável (39%) e a HAS e/ou DM (31%). Também, apenas 27% dos profissionais referiram o atendimento multiprofissional como oferta de saúde disponível, sendo os nutricionistas (27%) e os farmacêuticos (13%) os profissionais mais citados no desenvolvimento dessa ação.

Em relação à oferta de visitas domiciliares, citada por 51% dos profissionais médicos, os profissionais que mais as realizavam eram os enfermeiros (28%), médicos (28%) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (25%).

Gráfico 9 - Ofertas de saúde para grupos de risco no desenvolvimento de DRC

Fonte: produção da própria autora

Em relação ao diagnóstico da DRC, os recursos diagnósticos utilizados pelos médicos participantes para identificar o paciente com DRC na APS foram variados, descritos na tabela 3, abaixo. Observa-se a maior frequência de utilização dos exames de Creatinina Sérica (89%), TFG pela creatinina sérica (76%) e urina (72%). Na análise cruzada, observou-se que 23% dos que utilizavam a creatinina sérica não utilizam a TFG pela creatinina sérica e 10% utilizavam a TFG pela creatinina sérica, porém não utilizavam a creatinina sérica. Quarenta e um por cento utilizavam o exame de urina e microalbuminúria de 24h e 22,5% utilizavam a microalbuminúria de 24h e não utilizavam o exame de urina. Ainda, a combinação de uso de TFG pela creatinina sérica e exame de urina foi utilizada por 56% dos médicos para o diagnóstico da DRC.

Tabela 3 - Recursos diagnósticos utilizados para identificação de DRC pelos médicos da APS

Exame	N	%
Creatinina sérica	82	89%
TFG creatinina sérica	70	76%
Urina	66	72%
Ultrassom (US) rins e vias urinárias	63	68%
Relação Albumina Creatinina	53	58%
Microalbuminúria 24h	49	53%
TFG urina 24h	23	25%
Microalbuminúria isolada	17	18%
Depuração de creatinina 24h	11	12%
RX vias urinárias	7	8%
Outros recursos	4	4%
Tomografia computadorizada	2	2%

Fonte: produção da própria autora

A maioria dos profissionais (80,4%) referiram solicitar tais exames para os pacientes identificados como de risco para desenvolver DRC, 7,6% dos profissionais referiram solicitar para todos os pacientes e 11,9% referiram outros critérios para a solicitação dos exames.

Em relação ao tempo médio entre a solicitação do exame e o paciente saber seu resultado, a maioria dos profissionais (91,2%) conhecia tal tempo que foi em média 72 dias, mediana de 60 dias e tempo máximo de 182 dias, conforme figura 4.

Figura 4 - Tempo (dias) entre a solicitação de exame laboratorial ao paciente com fator de risco para DRC na APS e o conhecimento do resultado pelo mesmo

Fonte: produção da própria autora

Quanto à periodicidade de solicitação dos exames aos pacientes de risco nos quais a DRC não foi identificada na primeira avaliação, apenas 37% usaram a periodicidade anual de solicitação, conforme Figura 5. Observa-se que 21% dos participantes referiram outras periodicidades, destes, 1 participante referiu periodicidade trimestral e outros 18 assinalaram mais de uma possibilidade de periodicidade.

Figura 5 - Periodicidade de solicitação de exames pelos médicos para identificação de DRC na APS

Fonte: produção da própria autora

O tratamento da DRC na APS é fundamental, em especial nos estágios em que o manejo é de atribuição da APS, local oportuno para um cuidado integral. Questionados sobre atender à pessoa com DRC, 89,1% dos profissionais médicos referiram atender esse paciente no serviço de APS em que atuavam. Em relação ao acompanhamento dos casos na APS, observou-se os estágios 1, 2 e 3A com maior frequência de acompanhamento exclusivo na APS, sendo o estágio 1 acompanhado na APS por 79,3% dos médicos. Ainda, foi observado que o seguimento exclusivo na APS foi declinando no decorrer dos estágios e apenas 10 profissionais (10,8%) referiram seguir exclusivamente na APS todos os estágios 1, 2, 3A e 3B (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Seguimento da DRC na APS segundo os estágios de classificação

Fonte: produção da própria autora

Ainda, apenas 26% (n= 27) dos enfermeiros referiram que a equipe conhecia e tinha registro atualizado dos pacientes com DRC, na área de abrangência da unidade de saúde, enquanto a maioria 55,5% (n= 57) referiu não conhecer nem ter registro atualizado desses pacientes, e 18,5% (n=19) referiram não saber. Em relação a essa questão, os enfermeiros que responderam “não” relataram as principais dificuldades para manter essa atividade, as quais estão descritas no quadro 7, abaixo.

Quadro 7 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais enfermeiros sobre o conhecimento e registro dos pacientes com DRC na APS por núcleo de sentido

Conhecimento e Registro dos pacientes com DRC na área de abrangência segundo os enfermeiros			
Núcleo de sentido	Exemplos (citações da fala do participante)	Frequência	%
Coordenação de Cuidado	<p>“Não temos cadastro desses pacientes. Geralmente são acompanhados pelo HCRP” (Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto).</p> <p>“Conhece, mas não há registro sistematizado e atualizado. Acredito que por falta de organização/priorização pois as informações têm na equipe”</p> <p>“Na minha unidade não tem ESF, então quando acontece do paciente utilizar a unidade é encaminhado para outros serviços”</p>	21	42

	“Não se faz controle”		
Territorialização e População Adscrita	“A UBS atende pacientes que vêm de toda cidade. O município não tem regionalização das UBS” “Área muito grande, não tem cobertura total de ACS” “Sabemos apenas daqueles que vêm na unidade” “Não temos casos/pacientes de DRC na área”	14	28
Planejamento local	“A equipe não tem DRC como marcador de estatística” “Equipe reduzida, desorganização da UBS (agendamento), não abertura de prontuário de casos novos, erros no agendamento (consulta de 1 médico agendado para outro), falta de trabalho em equipe”	7	14
Sistema de informação	“Fazemos acompanhamento pelo eSUS, não tem DRC como condicionalidade” “O sistema não visualiza. Não há como cadastrar separadamente para identificar”	5	10
Recursos Humanos na Saúde	“Quadro da equipe insuficiente, déficit de funcionários”	3	6
Total		50	100

Fonte: produção da própria autora

Quanto aos objetivos do manejo clínico do paciente com DRC na APS, apesar da alta frequência (próxima ou acima de 90%) de todos os objetivos pertinentes a esse ponto de atenção, observa-se que o controle da glicemia e da HAS foram os mais frequentemente citados pelos profissionais médicos, enquanto o abandono do tabagismo e o estímulo à atividade física foram os menos citados (Gráfico 11). Ainda, 74% dos médicos referiram encaminhar o paciente com DRC para atualização vacinal, conforme Programa Nacional de Imunização do MS (PNI/MS).

Gráfico 11 - Objetivos do manejo clínico dos pacientes com DRC por médicos da APS

Fonte: produção da própria autora

Como outros objetivos, foram citados o abandono do álcool, a aceitação da doença, o controle da anemia secundária, o controle da TFG após início de Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA), diminuição da ingesta proteica, a educação sobre doença renal, os fatores de risco e as possíveis complicações e evolução, evitar drogas nefrotóxicas, o controle da ingesta hídrica, manter qualidade de vida, o suporte psicológico em pacientes dialíticos, o apoio psicológico, o controle de Infecção de Trato Urinário (ITU) de repetição e suporte inicial às intercorrências.

Aspectos de diagnóstico e do manejo clínico também emergiram nas falas dos profissionais médicos em referência aos fatores que dificultam a assistência à pessoa com DRC na APS, exemplificadas no quadro 8.

Quadro 8 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais médicos por núcleo de sentido sobre o cuidado na doença renal crônica na Atenção Primária à Saúde (Tema 2)

Tema 2: O cuidado na doença renal crônica na Atenção Primária à Saúde			
Núcleo de sentido	Exemplos (citações da fala do participante)	Frequência	%
Manejo Clínico	<p>“O uso indiscriminado de anti-inflamatório por pacientes com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade chama muita atenção durante os atendimentos. Os pacientes são mal informados sobre a patologia, orientação alimentar, controle de comorbidades. Todas essas coisas ficam muito difícil (sic) somente para o médico em uma consulta de rotina abordar e orientar devido ao tempo reduzido” M71.</p> <p>“Muitos pacientes se recusam a fazer seguimento com o nefrologista pois referem “não sentir nada” mesmo após insistente orientação” M14.</p> <p>“Precisa melhorar a segurança dos profissionais da atenção básica para a prática diária dos DRC” M24.</p>	7	58
Apoio Diagnóstico	<p>“Liberação para solicitação de alguns exames: PTH (paratormonio), NTD (nucleotidase) (com justificativa do médico) para melhor acompanhamento dos estágios 3A que poderiam estar em acompanhamento somente na UBS/USF” M92.</p> <p>“Demora para realização de exame e intervalo entre as consultas” M85.</p>	5	42
Total		12	100

Fonte: produção da própria autora

Os preditores são marcadores de que o indivíduo com DRC tem pior prognóstico para perda de função renal ao longo da evolução clínica. Neste estudo, os fatores mais identificados como preditores, pelos médicos participantes, foram a HAS (99%) e a glicemia não controlada (99%), enquanto os menos identificados foram o colesterol alto (53%) e o tabagismo (49%), conforme descritos abaixo no Gráfico 12.

Gráfico 12 - Fatores identificados como preditores de progressão da DRC por médicos da APS

Fonte: produção da própria autora

A realização de consulta de enfermagem foi referida por 86,5% dos profissionais (n= 89) e os grupos populacionais que foram mais frequentemente atendidos nessas consultas foram pessoas com DM e HAS. Somente 32,6% dos profissionais que realizavam consulta de enfermagem referiram atender os portadores de DRC (Gráfico 13). Interessante observar que apenas 23% dos médicos, conforme já citado, referiram a consulta de enfermagem como uma das ofertas de saúde disponíveis nos serviços em que atuavam para os grupos populacionais de risco para desenvolver DRC.

Gráfico 13 - Grupos Populacionais atendidos em consultas de enfermagem na APS

Fonte: produção da própria autora

Ainda, nas ofertas de tratamento, 95% (n=98) dos enfermeiros referiram que a unidade realizava o controle pressórico e glicêmico nos usuários sob recomendação e apenas 7,7% dos profissionais enfermeiros (n=8) afirmaram que a equipe de saúde possuía grupo de apoio e/ou orientação aos portadores de DRC e seus familiares.

Da análise qualitativa dos enfermeiros, também emergiram falas em relação ao cuidado da DRC na APS, em especial sobre as percepções e ações dos enfermeiros dentro dessa temática, conforme exemplificado no quadro 9.

Quadro 9 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais enfermeiros por núcleo de sentido sobre o cuidado na doença renal crônica na Atenção Primária à Saúde (Tema 2)

Tema 2: O cuidado da doença renal crônica na Atenção Primária à Saúde			
Núcleo de sentido	Exemplos (citações da fala do participante)	Frequência	%
Ações e atribuições do enfermeiro	<p>“Precisa mapear os portadores de DRC, mas trabalhamos na consulta de enfermagem para prevenir, o que encontramos muita resistência da população principalmente dos homens” E78.</p> <p>“Ter protocolo instituído para atuação do enfermeiro na assistência do mesmo, digo no contexto da atenção às pessoas com doenças renais crônicas. Ter mais capacitação e treinamento em nível central com foco para esta clientela, acredito que no município há poucos profissionais altamente capacitados para atuar” E82.</p>	5	62,5
Manejo Clínico	<p>“Acredito que a atuação frente a esses usuários e sua condição de saúde por parte da equipe ainda é muito incipiente. Acho necessário que sejam implantadas e implementadas estratégias que busquem identificar tais indivíduos e acompanhá-los efetivamente para proporcionar melhor qualidade de vida. Acredito que deva-se implantar e implementar ações de promoção de saúde e prevenção de agravos e condições favoráveis ao desenvolvimento da doença renal crônica tais como atividade física coletiva mais dias durante a semana, grupos de discussão alimentação saudável e principalmente realizar efetivamente o diagnóstico de saúde do território” E30.</p> <p>“A assistência à pessoa com doença renal crônica é uma temática pouco abordada na atenção primária, é necessário aproximar este nível de atenção desta temática, principalmente abordando questões de prevenção e promoção à saúde que minimizem a possibilidade da doença renal. Abordar e cuidar adequadamente do portador de diabetes e Hipertensão pode prevenir/reduzir a incidência da doença renal crônica. Treinamentos específicos deste tema para os profissionais (todos) da atenção primária” E24.</p>	3	37,5
Total		8	100

Fonte: produção da própria autora

Em relação às visitas domiciliares (VD) para a população geral, segundo os enfermeiros, 85% (n=87) das equipes as realizavam, enquanto para os pacientes com DRC, 61% (n= 62) responderam que a equipe realizava essa ação de saúde. Os

profissionais envolvidos nas visitas estão descritos no gráfico 14 abaixo, com predomínio do profissional enfermeiro realizando VD e diferenças em todas as categorias entre a frequência de VD para a população em geral e para a pessoa com DRC. Nas VD, também se observou diferenças em relação à referência dessa oferta de saúde entre médicos e enfermeiros, uma vez que, conforme já citado, apenas 51% dos médicos referiram essa oferta de saúde disponível nos serviços em que atuavam.

No gráfico 14 observamos que a frequência de VD na APS, referida pelos enfermeiros, varia por categoria profissional e difere em relação à população visitada.

Gráfico 14 - Frequência de VD por profissional da APS para população geral e portador de doença renal crônica da área de abrangência da Unidade de Saúde

6.4 A longitudinalidade e a continuidade do cuidado na APS aos portadores de DRC

A continuidade do cuidado, em especial quando o paciente é encaminhado para outro serviço da RAS, foi referida por 94% (n=86) dos médicos que relataram que o paciente encaminhado mantinha retorno regular na unidade de saúde nas diferentes ações de saúde ofertadas, conforme indicado no gráfico 15. Observa-se que a consulta médica foi a ação de saúde mais utilizada (91%), enquanto os menores

percentuais foram registrados na consulta multiprofissional (22%) e nos grupos (17%). Segundo os profissionais enfermeiros, 93% das equipes fazia acolhimento à demanda espontânea dos pacientes com DRC, para todas as queixas referidas por eles. Dificuldades na continuidade do cuidado também foram apontadas nas falas dos profissionais médicos, representando 31% das falas (quadro 4) e 10% das falas dos enfermeiros (quadro 5), dados que foram apresentados anteriormente no Tema 1. O profissional médico relatou comprometimento do seguimento do paciente com DRC na APS devido à dificuldade no retorno precoce, ocasionado pela superlotação e sobrecarga da APS, falta de insumos na rede primária, tais como medicamentos, e consequente comprometimento no manejo e na manutenção da terapêutica adequada ao paciente com patologias relacionadas à DRC, como HAS e DM.

Gráfico 15 - Ações de saúde ofertadas na APS para os usuários encaminhados para outros pontos da rede de atenção à saúde

Fonte: produção da própria autora

6.5 A APS como centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede de atenção ao Portador de DRC

Na DRC, estratificar é classificar os estágios de acordo com a TFG, estimando

o prognóstico da doença e auxiliando o profissional na tomada de decisão, frente ao cuidado que deverá ser dispensado ao paciente na APS e nos outros pontos de atenção. No presente estudo, apenas 64,6% (n=53) dos profissionais médicos referiram classificar os estágios da DRC.

Em relação ao encaminhamento dos casos à atenção especializada da RAS, observou-se que tal encaminhamento ocorria com maior frequência nos estágios 3B, 4 e 5 (Gráfico 16). Os casos dos estágios 4 e 5 foram os mais encaminhados (70,6%). Porém, também se observa que 75 profissionais (81,5%) encaminhavam para a atenção especializada casos dos estágios 1, 2, 3A e 3B.

Gráfico 16 - Encaminhamento da DRC segundo os estágios de classificação

Fonte: produção da própria autora

Quando questionados sobre conhecer no município a existência de um protocolo de encaminhamento para a nefrologia nos casos que julgassem necessário, 77% (n= 70) dos participantes médicos referiram conhecer o protocolo e utilizá-lo, enquanto 23% (n= 21) referiram não conhecer a existência de um protocolo. Ao ser necessário e realizado o encaminhamento, metade dos médicos (n= 46) referiram conhecer o tempo médio que o paciente aguardava entre o encaminhamento realizado na APS e a consulta com o nefrologista em outro ponto de atenção, o qual foi de 3,2 meses com o máximo de 12 meses.

Nos estágios mais avançados da doença, apenas 29,3% (n= 29) dos

enfermeiros referiram que a equipe conhecia e tinha registro atualizado dos pacientes com DRC em TRS, na área de abrangência da unidade de saúde, enquanto a maioria 53,5% (n= 53) referiu não conhecer nem ter registro atualizado desses pacientes e 17,2% (n=17) referiram não saber. Aos profissionais que responderam “não”, foi interrogada a causa e as falas apontaram para dificuldades em relação a aspectos do modelo de atenção (Quadro 10).

Quadro 10 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais enfermeiros por núcleo de sentido sobre o conhecimento e registro dos pacientes com DRC em TRS, na área de abrangência da Unidade de Saúde

Conhecimento e Registro dos pacientes com DRC em TRS na área de abrangência-Enfermeiros			
Núcleo de sentido	Exemplos (citações da fala do participante)	Frequência	%
Coordenação de Cuidado	“Os pacientes são acompanhados em serviços terciários” “Falta de registro e controle” “Sabemos que tem, mas não temos registrado essa informação”	12	37,5
Territorialização e População Adscrita	“Não trabalhamos com VD ou território” “Sabemos apenas daqueles que vem na unidade. Não há mapeamento das famílias da área (é UBS)” “Não temos paciente com DRC” “Aqui é UBS e não tem área de abrangência”	12	37,5
Planejamento local	“Estou na equipe há 3 anos e nunca foi proposta por mim ou qualquer outro profissional. Não foi discutida a prioridade mesmo sendo” “Excesso de atendimentos agendados e eventuais diariamente e não encontra tempo para levantamento de perfil dos pacientes”	6	19
Recursos Humanos na Saúde	“Área de abrangência muito populosa e pouco profissional”	2	6
Total		32	100

Fonte: produção da própria autora

A existência de integração entre a APS e os serviços de nefrologia da rede de saúde foi referida por 66% dos participantes médicos (n=61) e tal integração ocorria de variadas formas: regulação eletrônica (43,5%), regulação por referência e

contrarreferência em suporte papel (28,2%), telefone (6,5%) e *e-mail* (4,3%). Quanto aos serviços secundários e terciários disponíveis no município do participante médico para atender à pessoa com DRC, 61% referiram existir tais serviços no próprio município em que eles atuavam, 19,5% referiram não existir tais recursos no município e 19,5% não sabiam se havia os recursos no município. Os serviços disponíveis mais citados pelos médicos (Gráfico 17) foram o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (HCFMRP) (24%), Serviço de Nefrologia de Ribeirão Preto- SENERP (19%) e CLINICA LUND (18%). Todos os serviços citados estavam sediados no município de Ribeirão Preto.

Gráfico 17 - Serviços secundários e terciários reconhecidos por médicos da APS para atender DRC, na Região de Saúde do Aquífero Guarani

Fonte: produção da própria autora

Os municípios mais citados como ofertantes dos serviços de atenção secundária e terciária aos portadores de DRC, não disponíveis no município de origem do participante, foram Ribeirão Preto (n= 16) e Sertãozinho (n=4).

Em relação ao matriciamento, 40,6% dos enfermeiros referiram que a equipe recebia o matriciamento, apoio ou consultoria de outros profissionais ou serviços de atenção especializada, em diversas áreas apresentadas no gráfico 18. A área mais citada em relação a esta ação foi a psiquiatria/saúde mental com 17%.

Gráfico 18 - Áreas de matriciamento na APS, segundo enfermeiros

Fonte: produção da própria autora

A maioria (74%) dos médicos referiu não receber matriciamento, apoio ou consultoria em relação à DRC, enquanto 16% referiu receber de modo informal, por contato com colegas e apenas 10% referiu receber de modo formal pela instituição ou pelo município. Quando o usuário era encaminhado para acompanhamento em outro ponto da rede de atenção, 80% dos profissionais médicos referiram que a equipe de saúde local tinha acesso às informações do paciente encaminhado. Esse acesso ocorria, principalmente, pelo relato do paciente, conforme indicado na figura 6.

Figura 6 - Tipo de acesso às informações dos pacientes com DRC encaminhados para outros pontos da rede de atenção à saúde

Fonte: produção da própria autora

Os aspectos relacionados a essa temática foram também relatados nas falas dos profissionais médicos e enfermeiros em referência aos fatores que dificultavam a assistência à pessoa com DRC na APS, conforme indicado nos quadros 11 e 12.

Quadro 11 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais médicos por núcleo de sentido sobre a Atenção Primária e a Regulação Assistencial na Rede de Atenção à Saúde (Tema 3)

Tema 3: A Atenção Primária e a Regulação Assistencial na Rede de Atenção à Saúde.			
Núcleo de sentido	Exemplos (citações da fala do participante)	Frequência	%
Instrumentos de Regulação	“O protocolo vigente restringe demais o portador de doença renal crônica a seguir nos níveis de atenção do município pois só aqueles classificados em DRC 3B vão para o nível secundário. Já os 3A seguem em nossa unidade muitas vezes com valores próximos de 3 B porém sem acesso a outros níveis de atenção” M40.	18	50
	“Ter um protocolo para seguimento e/ou encaminhamento” M4		
	“A principal dificuldade na atenção não só portador de DRC mas de toda doença crônica não transmissível é a falta de contra referência e o plano terapêutico dos níveis secundário e terciário para a APS. Ao ser referenciado o paciente se torna "propriedade" do nível secundário e terciário		

	<p>e a APS é utilizada somente para as outras referências não realizadas pelos outros níveis e é excluída do cuidado do paciente. Felizmente o paciente mantém o vínculo apesar da exclusão dos outros níveis de assistência à atenção básica” M53.</p> <p>“O serviço Municipal de Saúde tem como falha a não "contra referência", legalmente obrigatória de comunicação entre os serviços básicos e os especializados, que não se prestam a emitir laudos ou dar satisfação formal de contra referência aos serviços básicos por desídia desses profissionais em prestar essas importantes intervenções. Em suma- da atenção básica só circulam nesse sentido e sem atenção retroativa por aqueles. No meu ponto de vista essa é uma falha gritante na comunicação entre os serviços” M91.</p> <p>“Demora no atendimento do Especialista; protocolo muito burocratizado; recusa eletrônica sem contato com profissional que encaminhou (indeferimento do encaminhamento); falta de integração entre profissionais especialistas e o médico da APS para estabelecer fluxos de encaminhamento e capacitação em DRC; o atendimento médico do Especialista frequentemente não é digitado no sistema eletrônico ou por que o profissional não o faz ou porque o serviço não tem acesso ao prontuário eletrônico; dificuldade no acompanhamento pelo médico da APS que mesmo capacitado não tem acesso fácil a recursos diagnósticos que são de uso exclusivo do Especialista. Isso trava o sistema, gera filas e diminui a eficiência e a resolutividade do serviço” M76.</p>		
Acessibilidade	<p>“Demora excessiva no tempo entre encaminhamento e consulta” M6.</p> <p>“Dificuldade para exames, tanto de laboratório como de imagem; falta de medicamento na rede; dificuldade de consulta com especialista nem mesmo para avaliação e orientação; demora para retorno em consulta” M5.</p>	4	11
Integração e Comunicação	<p>“Falta maior contato para troca de informações sobre os pacientes que são seguidos nos serviços de referência em nefrologia sobre diálise ou não, para trabalharmos o cuidado na mesma direção, nem todos os serviços enviam contrarreferência nem todos os serviços têm a equipe multiprofissional de apoio”. M18</p> <p>“Apenas difundir para os colegas onde são acompanhados os pacientes. Eu não sei quais os</p>	11	30,5

	<p>serviços que atendem SUS apenas superficialmente- SENERP, NGA HC, UE? Não sei se nestes serviços atendem intercorrências e se tem suporte pontual. Afinal, eu apenas regulo via Hygia e eles que se responsabilizam pelo destino do paciente. No geral é isso, os pacientes compensados são bem orientados quanto às medidas comportamentais” M64”</p> <p>“Integração ruim entre serviço secundário/ terciários. Temos como ver prontuário eletrônico, porém muitas vezes as informações são bem escassas e alguns serviços de especialidade nem prontuário está disponível para visualização. Falta medidas para educação nutricional aos doentes e prevenção de doenças relacionadas- obesidade e cardiovasculares. Muitas vezes falta de medicação na UBS, muitas vezes pacientes param de tomar anti-hipertensivos/ hipoglicemiantes por um período pois medicações estão em falta na rede causando descontrole nas doenças relacionadas à doença renal crônica” M84.</p> <p>“Falta de matriciamento por equipes de nefrologia; sistema deficiente de contra referência que oferece apenas informações parciais e frequentemente desconexas com atenção primária” M47.</p>		
Coordenação de Cuidados	<p>“Não temos acesso nem escuta por meio de contra referência e nem eletrônico (sistema Hygia) sobre o que ocorre com paciente na especialidade. Seria interessante termos essas orientações para a coordenação de ações da APS” M57.</p>	3	8,5
Total		36	100,0

Fonte: produção da própria autora

Quadro 12 - Frequência e exemplificação das falas dos profissionais enfermeiros por núcleo de sentido sobre a Atenção Primária e a Regulação Assistencial na Rede de Atenção à Saúde (Tema 3)

Tema 3: A Atenção Primária e a Regulação Assistencial na Rede de Atenção à Saúde.			
Núcleo de sentido	Exemplos (citações da fala do participante)	Frequência	%
Regulação e Instrumentos de Regulação	“Os pacientes retornam somente para medicação sem contrarreferência na maioria das vezes” E50.	2	100%
Total		2	100%

Fonte: produção da própria autora

7 DISCUSSÃO

As unidades de APS são constituídas por atores e elementos singulares, tais como profissionais, população, territórios, modelo de atenção, entre outros, que articulados conformam a base do serviço de saúde.

Até 2016, havia uma polissemia de nomenclaturas em relação aos tipos de unidades de saúde no SUS, o que com a nova PNAB foi modificado em seu artigo 6º que diz “todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde – UBS”. Ainda, apesar de reconhecer outras estratégias em caráter transitório, reforça a Saúde da Família como sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS (BRASIL, 2016). Em abril de 2018, segundo dados MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB, na Região de Saúde (RS) do Aquífero Guarani, a estimativa de população coberta com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi de 25,38%, assim, nas 81 unidades pesquisadas, há um contingente relevante de unidades de saúde que não estão organizadas na lógica da ESF e que possivelmente poderão passar pela conversão no futuro. A cobertura de ESF dessa RS é menor do que a cobertura observada para o Estado de SP, estimada em 40,02% no mesmo período (MS/SAS/DAB, 2018).

Os 196 profissionais de saúde participantes, médicos e enfermeiros, refletem um perfil do trabalhador da APS da RS do Aquífero Guarani composto por brasileiros, com predomínio de mulheres, faixa etária de 31-40 anos, que trabalham uma média de 30-40h na APS. Esses dados se assemelham aos do 1º Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária em Minas Gerais, em 2006, que registrou 55.801 profissionais atuando na APS, naquele estado, prevalecendo o sexo masculino na categoria médica e o feminino na de enfermeiros, e, em relação à faixa etária, a maioria dos médicos e enfermeiros tinham idade entre 30-49 anos (BARBOSA et RODRIGUES, 2006).

Interessante observar que o tempo de formação da maioria dos médicos foi de 14,2 anos, com mediana no tempo de atuação na APS de 8 anos e de 18,5 anos para enfermeiros, com mediana no tempo de atuação na APS de 10 anos, o que demonstra que eram profissionais que atuavam na maior parte dos anos de trabalho, após a formação, na APS, ou seja, detinham uma relativa experiência e estabilidade em relação a esse ponto de atenção. Também é relevante o volume de profissionais que

após a formação de graduação se inseriram em programas diversos de pós-graduação, refletindo um investimento educacional desses profissionais. Em estudo conduzido pelo Observatório de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde SES-SP em 2008, com amostra representativa de 250 municípios do Estado, verificou-se que 45,9% dos médicos que atuavam na AB Tradicional e 65,9% no PSF não tinham nenhuma formação em residência médica. No presente estudo, 32,6% dos médicos não possuíam essa formação e, outro fator importante, foi o predomínio da Residência em Medicina de Família e Comunidade. Esses achados podem ser reflexo de mudanças ocorridas nos últimos anos como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica- PROVAB (2011) e o Programa Mais Médicos (2013), iniciativas que destacaram a necessidade de formação com enfoque na APS.

A formação de profissionais de saúde é um processo essencial no desenvolvimento e sustentabilidade do SUS, pois o trabalho em saúde se baseia no elemento humano, ou seja, na sua capacidade de agir e refletir, de compreender os determinantes do processo saúde-doença em sua dinamicidade e complexidade e em sua empatia (CAMPOS et al., 2008). Assim, a formação na graduação, pós-graduação e os processos de educação permanente nos serviços constituem esse processo continuamente. A OPAS (2015) aponta a escassez mundial de trabalhadores de saúde qualificados para atender as diversas necessidades de saúde da população em geral e, além disso, que a maior parte da força de trabalho atual foi treinada para tratar de enfermidades agudas, e não de problemas crônicos, que exigem diferentes competências e habilidades.

Nesse estudo, utilizamos o termo Educação na Saúde, entendido como a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2009a) para designar todos os processos educativos aplicados ao trabalhador de saúde. Na educação na saúde deve ser enfatizada a educação permanente em saúde, de maneira a buscar nas lacunas de conhecimento dos profissionais ações direcionadas à qualificação dos processos de trabalho em saúde, considerando as especificidades locais e as necessidades reais do trabalho (FALKENBERG et al., 2014).

O direcionamento da formação e desenvolvimento para o SUS tem como seu marco mais recente a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009b), que visa articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades

de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutive dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde, contando inclusive com repasse financeiro federal aos municípios. Nesse documento, a Educação Permanente é entendida como a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Para Ceccim (2005, p. 161):

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino.

No presente estudo, fragilidades nos processos de educação na saúde foram evidentes tanto nos dados quantitativos como nos qualitativos. Menos da metade das equipes possuía espaço de educação permanente ou continuada ou outro processo educacional próprio. Espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas são importantes na autoanálise e autogestão dos coletivos da realidade, pois são os atores do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas (CECCIM, 2005).

Apesar de menos da metade dos médicos terem recebido algum tipo de treinamento, na maioria das vezes, esses foram ofertados pelos serviços em que atuavam, enquanto que para os enfermeiros observou-se uma escassez de oferta de treinamento em DRC e ainda um expressivo número de busca de treinamentos por meios próprios, o que sugere a não priorização dessa categoria profissional para os treinamentos nessa temática.

Outro ponto importante é que apesar de mais da metade dos médicos referirem desconhecimento da Portaria 389, já citada, que definiu os critérios para a organização da linha de cuidado do portador de DRC e aprovou as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC, no âmbito do SUS, observou-se a ascensão de profissionais médicos treinados a partir do ano de 2014, ano de publicação da mesma. Isso mostra uma reação local às determinações no âmbito federal frente a essa temática, o que sugere uma articulação dos gestores da saúde. Ainda, as temáticas

abordadas nos treinamentos corroboram a adequação ao conteúdo das diretrizes clínicas.

Nos dados qualitativos, o Núcleo de Sentido (NS) “Educação na Saúde” foi o mais frequente no “Tema 1” das duas categorias profissionais, e nas justificativas de “Não aptidão” para a abordagem da DRC pelos médicos, totalizando 36 falas sobre esse aspecto. As falas remetem à dificuldade no manejo do paciente com DRC na APS, apontam a escassa oferta de capacitação/atualização na temática da DRC na APS, a necessidade de mais educação na saúde, sugerem palestra ou pequeno curso sobre o tema para ACS, Técnico de Enfermagem (TE) e todos envolvidos no cuidado desse paciente.

Um outro processo educacional potente para a diminuição dessas lacunas referidas é o matriciamento ou apoio matricial, que objetiva assegurar retaguarda assistencial especializada e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência e profissionais (CAMPOS, 2007). As ações em conjunto têm a finalidade educacional ao propor alinhamento de conceitos, organização de protocolos e linhas de cuidado, discussões de casos e temas, atendimento individual e atividades coletivas compartilhadas (BRASIL, 2014c).

No Brasil, a principal estratégia de matriciamento adotada pelo MS é o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), que constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por diversas categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na APS, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) (BRASIL, 2017). Nesse estudo, 40,6% dos enfermeiros referiram que a equipe recebia o matriciamento, apoio ou consultoria de outros profissionais ou serviços de atenção especializada em diversas áreas, o que difere do encontrado em estudo com dados secundários da base de dados da avaliação externa do PMAQ no seu primeiro ciclo (2011-2012), que afirmou que para resolver os casos mais complexos 89% das equipes responderam que os profissionais da APS recebiam apoio de outros, sendo que 76% afirmaram terem recebido apoio de especialistas da rede, estivessem eles na própria UBS, em outra, ou em serviços especializados ou só com esta atribuição designada pela gestão, e 64% afirmaram que recebiam apoio de profissionais do Nasf (JUNIOR; PINTO, 2014). No estado de SP, segundo dados do DAB de abril/2018, na população estimada de 44.749.699 habitantes havia 288 Nasf tipo 1, 57 Nasf tipo 2 e 123 Nasf

tipo 3 implantados, o que corresponde 0,001% da população coberta por esse tipo de serviço (MS/SAS/DAB/IBGE, 2018), corroborando os achados desse estudo e sinalizando a presença ainda tímida dessa estratégia no Estado de SP.

Na LC da pessoa com DRC da RAS das pessoas com doenças crônicas do DRS XIII (2015), a operacionalização do apoio matricial foi planejada conforme a seguinte estrutura: 1. Educação Permanente por meio de cursos oferecidos anualmente aos médicos clínicos da Rede Municipal de Saúde com o tema, contemplando os protocolos clínicos e de regulação em nefrologia; 2. Regulação de consultas encaminhadas à especialidade nefrologia, segundo protocolo baseado nas diretrizes clínicas, com orientação em caso de devolução; 3. Contato entre as equipes da Unidade Especializada e as equipes da APS, para segunda opinião formativa, discussão de casos, momento de discussão conjunto que poderá se dar através de *Messenger*, *Whatsapp*, *e-mail* ou telefone, dependendo da disponibilidade do município. Essas mensagens terão um prazo de até 48 h para serem respondidas. O contato telefônico poderá ser realizado de acordo com o caso a ser discutido e necessidade do médico especialista e 4. Intervenções no território e intersetoriais feitas pela Equipe de Unidade de TRS de acordo com a prioridade na resolução de possíveis problemas que possam surgir, a fim de compartilhar a responsabilidade pelo cuidado. Porém, identificamos nesse estudo a ocorrência incipiente de matriciamento ou apoio ou consultoria de outros profissionais ou serviços de atenção especializada nas equipes de APS em relação à DRC, com uma escassez importante desse potente arranjo institucional, referido por apenas 10% dos médicos e corroborado pelas falas dos mesmos.

Assim, nesse estudo, observamos profissionais de APS experientes, com alto nível de formação complementar à graduação, porém com déficits de ações de educação na saúde em relação à DRC durante a inserção nos serviços de saúde.

Na APS, há diversos documentos de referência norteando a conformação e relação desses elementos de modo a atingir os principais objetivos de uma atenção de qualidade. O SUS tem algumas diretrizes, entre elas a de territorialização e população adscrita, que, segundo a Política Nacional de Atenção Básica- PNAB- (2017, p. 8), são definidas, respectivamente, como:

Unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os territórios são destinados

para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

População que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

Antonio Junior (2017a, p. 63) desperta para a combinação entre território e população adscrita na APS como potente espaço de expressão política em saúde e traz que:

Se, por um lado, para ser bem-sucedida, a territorialização requer o conhecimento sobre as dinâmicas sociais, relevando suas necessidades e suas condições de saúde, por outro lado, a territorialização norteia a organização dos serviços de saúde, de maneira que a oferta seja compatível com a demanda.

Apesar de serem diretrizes da APS brasileira, a efetivação desses conceitos foi identificada, em especial pelas falas dos participantes enfermeiros, como algo ainda frágil dentro desse ponto de atenção, o que prejudica o cuidado às pessoas com condições crônicas. Algumas falas chamaram atenção ao associar a ausência de delimitação de território à ausência da ESF, o que não condiz com a diretriz nacional, porém parece ser fator limitador ao alcance de diversos atributos da APS como integralidade, coordenação do cuidado, longitudinalidade, orientação familiar e comunitária, competência cultural e ao planejamento de ações a esse grupo populacional. Também, muitas falas dos enfermeiros relativas ao não conhecimento e/ou ausência de registro atualizado dos pacientes com DRC e dos pacientes com DRC em TRS de sua área estão relacionadas aos aspectos do tipo de abordagem do território na prestação da atenção à saúde.

Outro ponto importante relativo ao território e população adscrita é a visita domiciliar (VD), atividade referida como disponível nas unidades de 51% dos médicos, enquanto 85% dos profissionais enfermeiros referiram tal oferta nos serviços em que atuavam, dado que pode aventar questionamentos sobre o desconhecimento de muitos profissionais médicos sobre a oferta dessa ação por outros membros da equipe. Notou-se, ainda, que a frequência de VD para a população com DRC foi menor em relação à população em geral, o que pode sugerir que as pessoas com DRC

podem não ser o grupo eletivo prioritário para algumas equipes realizarem a VD. A frequência de VD identificada, nesse estudo, mostrou-se inferior ao encontrado em estudo em 4 capitais brasileiras, onde a VD foi uma atividade rotineira de enfermeiros e médicos em todas as capitais investigadas, com uma pequena proporção de profissionais que não a realizam (< 7%). Porém, os municípios investigados possuíam experiências consolidadas, considerando-se: elevada cobertura populacional da ESF (> 50%), tempo de implementação mínimo de cinco anos, presença de práticas inovadoras e/ ou bem-sucedidas na mudança do modelo assistencial (SANTOS et al., 2012). A assistência domiciliar (AD) da APS é prevista pela Portaria 825 (BRASIL, 2016) para o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. É preconizada para a APS e não exclusiva da ESF, porém algumas falas dos profissionais enfermeiros remeteram a ausência de VD associada à ausência de ACS e/ou de território definido, o que aponta uma dificuldade da equipe em organizar tal ação.

A APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica exercitá-la de forma a seguir certos atributos, essenciais e derivados que necessitam ser compreendidos e aplicados pelos profissionais e gestores (STARFIELD, 2002). O Primeiro Contato significa a APS como a porta de entrada preferencial e acessível ao usuário na rede de saúde. A Integralidade pressupõe um conceito amplo de saúde e depende da capacidade de se identificar as necessidades percebidas e as não percebidas pelas pessoas, da abordagem do ciclo de vida e familiar, incluindo ações de promoção da saúde e prevenção da doença. A Longitudinalidade indica que o cuidado em saúde deve ocorrer de modo contínuo, mesmo em momentos de ausência de problemas de saúde, pois é nesse ponto de atenção que o usuário terá acesso a ações preventivas e de promoção da saúde. A Coordenação implica no compromisso entre as ações propostas a uma pessoa ou unidade familiar e as respostas frente a essas ações. Conota a capacidade de manejo de um conjunto informacional para apoiar a continuidade da atenção no serviço de APS e nos outros serviços da rede de saúde. Nos atributos derivados, a Orientação Familiar coloca a família no centro da atenção visando compreender os problemas e necessidades de saúde no contexto familiar e de sua rede social. Também, a Orientação Comunitária presume reconhecer o cenário físico, econômico, social e cultural em que vivem as famílias e seus reflexos na saúde das pessoas. A Competência Cultural implica em reconhecer que

particularidades culturais podem influenciar no modo de adoecer e na concepção de saúde-doença dos diferentes grupos, influenciando na abordagem da equipe de saúde (STARFIELD, 2002).

O atributo do primeiro contato apareceu na evidência de que o acolhimento à demanda espontânea era realizado pela maioria das equipes (93%), em especial, no paciente com DRC, para todas as queixas que porventura surgissem. Esse achado vai ao encontro dos resultados de outro estudo no qual a prática do atendimento à demanda espontânea era realizada diariamente na maioria das equipes pesquisadas, com exceção de um município, onde tal atividade era referida por 35% dos enfermeiros e 56% dos médicos (SANTOS et al., 2012). No presente estudo, também a maioria dos médicos (89,1%) referiu atender o paciente com DRC, o que aponta, nesses aspectos abordados, que a APS pode estar cumprindo esse atributo de capilaridade dentro da rede de saúde, sugerindo atuar como porta de entrada preferencial na linha de cuidado da pessoa com DRC. Estudo já citado mostrou aspectos positivos, no Brasil, relativos a esse atributo em relação à acessibilidade geográfica, em que 87% dos usuários responderam que demoravam até 30 minutos para chegar à UBS mais próxima de sua casa, e organizacional, em que 85% dos entrevistados foram atendidos ao menos uma vez nos últimos 12 meses e 51% dos usuários que procuraram o serviço foram atendidos no mesmo dia (JUNIOR; PINTO, 2014).

Algumas ferramentas podem ampliar a capacidade da equipe em exercitar tais atributos. No atributo da integralidade, por exemplo, possuir espaços na equipe para a discussão de casos e/ou construção de PTS, entendido como *“um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar”* (BRASIL, 2007, p. 40), presente em somente 54% das equipes participantes, pode ser um diferencial. A intersectorialidade também se mostra como uma ferramenta que contribui para o alcance da integralidade, pois abordar os problemas de saúde apenas na ótica biológica pode não responder às demandas de saúde em toda sua complexidade. A ação intersectorial incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, dos direitos sociais e também da perspectiva de rede de atenção (JUNQUEIRA, 2000). Nesse contato intersectorial, presente na maioria das equipes (89%), a coordenação deve ser considerada, uma vez que o meio mais utilizado, o encaminhamento, não garante por si só que a função desse atributo seja alcançada.

A integralidade e a longitudinalidade também são identificadas nas ofertas de ações de promoção de saúde e/ou prevenção de agravos disponíveis na APS, tais como os grupos de educação em saúde. Interessante observar que 68% dos enfermeiros referiram possuir essa oferta em suas equipes, porém apenas 26% dos profissionais médicos referiram essa prática coletiva como uma oferta de saúde para os grupos populacionais de risco para desenvolver DRC. Esse achado também pode inferir o desconhecimento de muitos profissionais médicos sobre a presença dessa oferta na equipe ou ainda o não reconhecimento da mesma como uma ação em saúde relevante no cuidado dos pacientes com fatores de risco para DRC. Isso se faz importante uma vez que para se atingir a integralidade, o profissional médico atuando como “prescritor de cuidados” pode também reconhecer e valorizar outras possibilidades de atenção à saúde alternativas à assistência médica individual. O tema “Alimentação Saudável” foi o mais referido por ambos os profissionais, o que mostra que a equipe está sensibilizada a uma temática importante e diretamente ligada aos principais fatores de risco para a DRC.

Nesse estudo, aspectos relativos ao atributo da coordenação do cuidado apareceram sobre diversos enfoques. Foram frequentes falas, em especial dos profissionais enfermeiros, de desconhecimento da existência de pacientes com DRC na área de atuação da equipe, ou ainda, dificuldades de identificar tais pacientes relacionadas às questões do território, conforme já apontado, e fragilidades do sistema de informação.

Do ponto de vista de continuidade do cuidado, observamos falas relativas a dificuldades de retorno precoce na APS associadas às dificuldades de agenda e outras relativas à descontinuidade da atenção quando o paciente é encaminhado para pontos de atenção da rede mais especializados. Giovanella (2014) citando Kringos et al. aponta que a coordenação de cuidados está relacionada à continuidade dos cuidados nos seus componentes de longitudinalidade, de continuidade informacional e de continuidade relacional e que, desse modo, a coordenação é inseparável de estratégias de integração horizontal e vertical do sistema de saúde e da organização da rede assistencial.

Na relação com outros pontos de atenção da rede, houve repetidas falas sobre a falta de contrarreferência e a dificuldade de acesso à informação do paciente encaminhado para outros setores, o que ratifica os resultados de estudo realizado em quatro grandes centros urbanos do Brasil (ALMEIDA et al., 2010), nos quais o

percentual de médicos que recebiam a contrarreferência sempre/na maioria das vezes após consulta do usuário com especialista variou de apenas 2,8% a 11,5%. Em pesquisa com os dados secundários do PMAQ, apenas 15% dos profissionais da APS disseram que mantinham contato com os da Atenção Especializada (AE) para troca de informações 'sempre', outros 52% responderam 'algumas vezes' e expressivos 33% responderam 'nunca'. Ainda, quando a comunicação era realizada, os modos mais frequentes foram: o instrumento de referência e contrarreferência (83%), a discussão de casos (35%) e a realização de reuniões técnicas com especialistas da rede (26%) (JUNIOR; PINTO, 2014).

Nos estágios mais avançados da doença, quando o paciente se encontra em TRS, apenas 29,3% dos enfermeiros referiram conhecer e ter registro desses pacientes, o que mostra uma fragilidade em diversos aspectos da coordenação da atenção referentes a esses pacientes. Outro ponto interessante referente à coordenação, quando o paciente é encaminhado, apenas metade dos médicos referiu conhecer o tempo médio que o paciente aguardava entre o encaminhamento realizado pela equipe de APS e a consulta com o nefrologista. Ainda, 19,5% dos médicos não conheciam se havia recursos, como serviços secundários e terciários, no município em que atuavam, para atender à pessoa com DRC. Alguns desses aspectos podem ser identificados na fala “não temos acesso nem escuta por meio de contrarreferência e nem eletrônico (sistema Hygia) sobre o que ocorre com paciente na especialidade. Seria interessante termos essas orientações para a coordenação de ações da APS” (M57).

No mesmo estudo de âmbito nacional (JUNIOR; PINTO, 2014), alguns aspectos sobre a coordenação também foram apontados, tais como, apenas 48% e 52% das eAB mostraram ter registro, respectivamente, das pessoas com HAS e das pessoas com *diabetes mellitus* (DM) com maior risco e gravidade. Ainda, apenas 38% das eAB disseram, e conseguiram comprovar, que mantinham registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos da rede de atenção, avaliando nos resultados que há clara deficiência na coordenação do cuidado e também na gestão clínica de casos que necessitam de cuidado continuado (JUNIOR; PINTO, 2014). Assim, Giovanella (2014) aponta para a relevância da coordenação do cuidado, uma vez que ela resulta em melhor qualidade da atenção, ao proporcionar seguimento adequado, solucionar o problema no espaço mais apropriado da rede de saúde, prevenir complicações, melhorar a segurança dos pacientes e reduzir intervenções

desnecessárias.

Ainda que não objeto desse estudo, Mendes (2012) aponta diferenças significativas entre a ESF e os modelos tradicionais no cumprimento dos atributos da APS em diversos trabalhos revisados. Também destaca diversos problemas associados, como a concepção ideológica da APS, a infraestrutura inadequada, o modelo de atenção centrado na condição e nos eventos agudos, a ausência de equipe multiprofissional, a inadequação dos processos educacionais dos profissionais de saúde, o modelo de atenção inadequado, a precarização das relações de trabalho, a fragilidade do sistema gerencial, a ausência de sistemas de informações clínicas potentes, o que reforça muitos resultados desse estudo.

No que tange às especificidades das atribuições da APS na linha de cuidado da pessoa com DRC, os resultados do presente estudo mostraram diversos aspectos importantes. Observou-se alta sensibilidade dos profissionais médicos no reconhecimento dos fatores de risco para identificar DRC, sendo as condições de saúde hipertensão arterial sistêmica e diabetes reconhecidas como condições de risco para DRC por todos os médicos. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (2013), a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico de hipertensão arterial, no Brasil, foi de 21,4% e diabetes de 6,2% em 2013, o que correspondeu respectivamente à 31,3 e 9,1 milhões de pessoas. Esse percentual aumentou conforme a idade, chegando a 55,0% na HAS entre as pessoas de 75 anos ou mais de idade e 19,9% na DM entre as pessoas de 65 a 74 anos de idade. Entre as pessoas com diagnóstico de DM há mais 10 anos, 13,3% referiram doença nos rins como complicação associada. Ainda, nesse estudo, estimou-se que, dentre as pessoas de 18 anos ou mais de idade, 1,4% referiu diagnóstico médico de insuficiência renal crônica. No censo brasileiro de diálise de 2016, dos 50.807 pacientes nas 309 unidades pesquisadas, os diagnósticos da doença renal primária mais frequentes foram hipertensão arterial (34%) e diabetes (30%), seguidos por glomerulonefrite crônica (9%) e rins policísticos (4%); outros diagnósticos foram feitos em 12% dos pacientes e ficou indefinido em 11% dos casos (SESSO et al., 2017), o que mostra que os profissionais da APS, nesse estudo, estavam despertos a identificar os principais fatores de risco para o desenvolvimento da DRC. No outro extremo, a obesidade foi a condição de risco para DRC reconhecida por apenas 58% dos participantes. Porém, Geraldo Junior et al. (2017b) discutem as alterações renais hemodinâmicas, estruturais e histológicas, bem como desordens metabólicas e

bioquímicas da obesidade que predis põem à doença renal e indicam que vários estudos têm evidenciado associação significativa entre obesidade e doença renal, o que mostra a necessidade dos profissionais se atentarem para essa importante e crescente condição crônica. A LC apresenta uma estimativa da população com sobrepeso e obesidade nos municípios da área de abrangência do DRS XIII de Ribeirão Preto, população IBGE 2014 mostrando, conforme Tabela 4, que somados sobrepeso e obesidade há em média 30% de prevalência desses fatores na RS do Aquífero Guarani, percentual muito significativo.

É alto o predomínio de fatores de risco de DCNTs no Brasil. Esses fatores de risco são a causa de muitas DCNTs e contribuem bastante para a alta carga de doenças (BANCO MUNDIAL, 2005). É importante identificar e desenvolver estratégias de cuidado em relação aos fatores de risco pois, conforme aponta relatório do Banco Mundial (2005), os dez principais fatores de risco são responsáveis por 61% das mortes em países como o Brasil, sendo destes 12,8% das mortes atribuíveis à pressão arterial e 10,1% ao sobrepeso. E conclui que, no Brasil, dois-terços das mortes prematuras poderiam ser prevenidas eliminando-se a exposição a esses fatores de risco.

Em estudo realizado por Silva e Brune et al. (2011), no grupo de 40 pacientes potencialmente apresentando risco a desenvolver DRC, 50% (n=20) apresentaram os estágios III e IV da DRC, o que evidencia a necessidade do reconhecimento e da atuação da equipe da APS em relação a esses fatores de risco.

Tabela 4 - População estimada da população com sobrepeso e obesidade nos municípios do Aquífero Guarani

Municípios	População			Sobrepeso				Obesidade			
	Masculina	Feminina	Total	Masculino	%	Feminino	%	Masculino	%	Feminino	%
Cravinhos	16.919	16.912	33.831	8.069	23,85	7.704	22,77	1.936	5,72	2.728	8,06
Guataporá	3.785	3.609	7.394	1.815	24,55	1.644	22,23	435	5,88	582	7,87
Jardinópolis	20.688	20.540	41.228	9.740	23,62	9.229	22,39	2.337	5,67	3.311	8,03
Luís Antônio	6.729	6.317	13.046	3.077	23,59	2.762	21,17	738	5,66	978	7,50
Ribeirão Preto	316.066	341.993	658.059	148.701	22,60	154.725	23,51	35.688	5,42	54.798	8,33
Santa Rita do Passa Quatro	13.284	14.173	27.457	6.417	23,37	6.574	23,94	1.540	5,61	2.328	8,48
Santa Rosa do Viterbo	12.544	12.915	25.459	5.980	23,49	5.889	23,13	1.435	5,64	2.085	8,19
São Simão	7.399	7.642	15.041	3.556	23,64	3.519	23,40	853	5,67	1.246	8,28
Serra Azul	7.803	5.105	12.908	3.613	27,99	2.210	17,12	867	6,72	783	6,07
Serrana	21.140	21.124	42.264	9.981	23,62	9.535	22,56	2.385	5,64	3.377	7,99
Aquífero Guarani	426.357	450.330	876.687	200.949	22,92	203.791	23,25	48.214	5,50	72.216	8,24

Fonte: Adaptado de LC da pessoa com DRC da RAS das pessoas com doenças crônicas da DRS XIII (2015).
 ENDEF-2008-2009 (população atualizada- estimativa IBGE - 2014)

As intervenções relativas aos fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida podem ser feitas em diversos âmbitos e serviços. Prevenir DRC é tratar e controlar os fatores de risco modificáveis: diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, doença cardiovascular e tabagismo (BRASIL, 2014b). Nesse estudo, a abordagem individual do profissional médico e medicamentosa foram predominantemente identificadas como as principais ofertas de saúde na APS disponíveis para tais intervenções, e apenas 26% e 27% dos médicos identificaram, respectivamente, a abordagem coletiva em grupo e a abordagem multiprofissional como ofertas de saúde potenciais para o controle dos fatores de risco modificáveis.

A melhoria da saúde das pessoas com DCNTs demanda a transformação de sistemas de saúde essencialmente reativos (que respondem principalmente quando uma pessoa está doente) em sistemas proativos e concentrados em manter a pessoa o mais saudável possível (OPAS, 2015). Nesse sentido, no manejo dessas condições, é importante que a APS tenha disponível ofertas de saúde para além das abordagens médica isolada e medicamentosa. Uma revisão integrativa sobre ações educativas em condições crônicas revelou que a utilização de palestras dialogadas ou rodas de conversa com o objetivo de orientar e esclarecer dúvidas sobre a doença e/ou tratamento medicamentoso e não medicamentoso, bem como favorecer a integração entre usuários e equipe de saúde, foi a abordagem amplamente escolhida pelos pesquisadores como metodologia, evidenciando experiências positivas para o controle das mesmas, a partir da adesão a hábitos de vida saudáveis (AZEVEDO et al., 2018). Ainda, a LC da pessoa com DRC da RAS das pessoas com doenças crônicas da DRS XIII (2015, p. 40) menciona que:

[...] os esforços no fomento a promoção em saúde necessitam ser ampliados e permanentes, pois as ações realizadas nos municípios ainda são incipientes, demonstrando dificuldades nos investimentos e nas discussões entre os membros da equipe, na promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, gerando um impacto negativo no SUS com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. A assistência à saúde ainda está consolidada no aspecto curativo, paradigma este, que deve ser quebrado dando lugar às novas maneiras que sejam eficientes, efetivas e eficazes, na prevenção das doenças para a gestão e para o usuário SUS.

Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a APS lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas (PNAB, 2017; OPAS, 2015), valorizando o

trabalho multiprofissional, centrado no usuário, como uma estratégica oferta de saúde na APS. A Organização Pan-Americana da Saúde -OPAS (2015) aponta que as evidências indicam que a atenção por profissionais de saúde não médicos, quando há apoio, pode ser tão efetiva quanto a prestada por médicos (e, às vezes, melhor) em determinadas circunstâncias.

No cuidado em saúde, a detecção precoce tem o objetivo de promover a conscientização dos sinais iniciais de problemas de saúde e rastrear pessoas sob risco, de modo a detectar um problema de saúde em sua fase inicial, no intuito de que isso traga mais benefícios do que prejuízos aos indivíduos. Ela baseia-se na premissa de que algumas doenças têm maiores chances de cura, sobrevida e/ou qualidade de vida do indivíduo quando diagnosticadas o mais breve possível. O diagnóstico precoce e o rastreamento são estratégias para a detecção precoce, porém diferem entre si, sendo a primeira relacionada à abordagem de indivíduos que já apresentam sinais e/ou sintomas de uma doença, enquanto a segunda é uma ação dirigida à população assintomática, na fase subclínica do problema, por meio da realização de testes ou exames diagnósticos (BRASIL, 2010b).

A detecção precoce, em especial na APS, é fundamental para diminuir situações como as apontadas em estudo que analisou a procedência dos pacientes em Serviços de Diálise (COUTINHO et TAVARES, 2011). Nesse estudo, com 330 pacientes em tratamento hemodialítico, 34,8% eram procedentes de serviços de urgência e emergência e 9,1% de unidades de atenção primária. Esses dados evidenciam deficiências na APS em identificar e tratar a doença renal no estágio inicial e também um diagnóstico tardio, uma vez que da APS o usuário ingressou diretamente no serviço de TRS.

Desse modo, as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Portador de Doença Renal Crônica (2014) recomendam tanto o diagnóstico precoce como o rastreamento dos grupos de risco para DRC. Definem que os recursos diagnósticos que devem ser utilizados para identificar o paciente com DRC são a TFG, o exame sumário de urina (EAS) e um exame de imagem, preferencialmente a ultrassonografia dos rins e vias urinárias para indivíduos com história de DRC familiar, infecção urinária de repetição e doenças urológicas. Também recomenda a reavaliação da TFG e do EAS, anualmente, nos indivíduos de risco nos quais a DRC não foi identificada na primeira avaliação. Destaca-se que essa recomendação foi seguida por apenas 37% dos médicos desse estudo.

A TFG pode ser estimada por fórmulas baseadas na creatinina sérica desenvolvidas nos estudos *Modification of Diet in Renal Disease Study* (MDRD) e *Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration* (CKD-EPI), atualmente mais indicadas e, menos indicada, pela depuração de creatinina medida através da coleta de urina de 24 horas, devido ao potencial de erro de coleta, além dos inconvenientes da coleta temporal. Observa-se que, no presente estudo, apesar da alta frequência de uso de TFG baseado na creatinina sérica, 37% dos médicos ainda utilizam a TFG/depuração de creatinina de 24h.

A combinação de uso de TFG pela creatinina sérica e urina foi utilizada por 56% dos médicos para o diagnóstico da DRC. Ainda, 68% afirmaram solicitar o exame de US Rins e Vias Urinárias. Também merece citação que 23% dos médicos que utilizavam a creatinina sérica não utilizavam a TFG pela creatinina sérica. O *Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease* (KDIGO, 2012) recomenda utilizar a equação de estimativa de TFG derivada da creatinina sérica, ao invés da concentração sérica de creatinina isolada e compreender as situações clínicas em que esse método também é menos preciso. Estudo epidemiológico descritivo de corte transversal e prospectivo (SILVA; BRUNE et al., 2011), com 50 indivíduos adultos de ambos os sexos, avaliando a TFG pela estimativa de fórmulas baseadas na creatinina (MDRD e Cockcroft-Gault), mostrou 8% dos indivíduos no Estágio 1, 44% dos indivíduos no Estágio II, 46% no Estágio III e 2% dos indivíduos no estágio IV da DRC. Porém, dos pacientes que se encontravam nesses estágios, a maioria apresentou a creatinina isolada dentro dos valores de referência ($\leq 1,3$ mg/dl nesse estudo). A creatinina sérica apresentou uma sensibilidade de somente 21% em detectar indivíduos com TFG alterada. Ainda, dos 24 pacientes dos estágios III e IV, 79% (n=19) apresentaram creatinina sérica normal. Assim, basear-se exclusivamente na dosagem de creatinina sérica para avaliar a TFG é inadequado e pode significar o atraso do diagnóstico da DRC.

Na avaliação de outras funções dos rins, além da filtração glomerular, a pesquisa de proteinúria, de um modo geral e, em especial, de microalbuminúria, traz muita informação e é um marcador precoce de lesão renal. Para rastreamento de doença renal, a presença de proteinúria ou de albuminúria pode ser testada em amostra isolada de urina, o que facilita muito esse tipo de procedimento (KIRSZTAJN, 2009). No estágio 3 A, recomenda-se a dosagem anual do fósforo e do paratormônio (PTH) intacto, e no 3 B é recomendada a realização anual dos exames de cálcio,

fósforo, hematócrito e hemoglobina, ferritina e índice de saturação de transferrina (IST) em pacientes com diagnóstico de anemia ($Hb < 13g/dL$, para homens e $Hb < 12$, para mulheres), PTH e proteínas totais e frações (KDIGO, 2013). Entretanto, chama a atenção o relato de alguns médicos sobre a indisponibilidade de alguns desses exames na APS, o que pode comprometer o cuidado ofertado. Nesse sentido, é preciso que gestores e profissionais de saúde estejam alinhados quanto à população alvo de rastreio e diagnóstico precoce, aos recursos diagnósticos adequados e ao tempo adequado e oportuno de utilizá-los, evitando assim o desperdício de recursos e o comprometimento da atenção aos pacientes.

O tratamento dessa condição crônica na APS está pautado na resolutividade necessária nesse ponto de atenção, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas) (PNAB, 2017). Na DRC, os estágios 1, 2 e 3 de cuidado preferencial pela APS visam ao tratamento conservador que consiste em controlar os fatores de risco para a progressão da DRC, bem como para os eventos cardiovasculares e mortalidade, com o objetivo de conservar a TFG pelo maior tempo de evolução possível (BRASIL, 2014a). Foi expressiva nas respostas dos participantes médicos a frequência dos objetivos importantes no manejo clínico dos pacientes, o que revela que eles estavam sensibilizados quanto aos cuidados requeridos por essa população. Também se observou alta identificação dos fatores preditores, com exceção do tabagismo, reconhecido como preditor por menos da metade dos médicos (49%). A LC da pessoa com DRC da DRS XIII (2015) também destaca o tabagismo como um fator de risco importante para o desenvolvimento e progressão da DRC e cita o movimento dessa RS em torno do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), em que os municípios da área de abrangência do DRS XIII foram estimulados e motivados a aderirem ao Programa, atingindo 25 unidades capacitadas no Aquífero Guarani, no ano de 2015. Ainda, registra que em levantamento realizado referente ao ano 2014 até maio de 2015, considerando relatórios das Unidades credenciadas, em Ribeirão Preto, participaram do programa 583 pacientes e 45% pararam de fumar.

A intensidade de albuminúria, identificada como preditor por 89% dos médicos, tem sido considerada como o principal marcador de progressão de dano renal. O KDIGO (2012) recomenda a classificação da DRC considerando a categoria da albuminúria e ressaltando o uso desse marcador também como critério para a referência ao especialista (figura 7).

Figura 7 - Prognóstico da DRC pela TFG e categorias da albuminúria (KDIGO, 2012)

Prognosis of CKD by GFR and Albuminuria Categories: KDIGO 2012				Persistent albuminuria categories Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
GFR categories (ml/min/ 1.73 m ²) Description and range	G1	Normal or high	≥90	Green	Yellow	Orange
	G2	Mildly decreased	60-89	Green	Yellow	Orange
	G3a	Mildly to moderately decreased	45-59	Yellow	Orange	Red
	G3b	Moderately to severely decreased	30-44	Orange	Red	Red
	G4	Severely decreased	15-29	Red	Red	Red
	G5	Kidney failure	<15	Red	Red	Red

Green: low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); Yellow: moderately increased risk; Orange: high risk; Red, very high risk.

Fonte: KDIGO (2012)

O encaminhamento para a atualização vacinal, referida como realizado pela maioria dos médicos, é importante pois os pacientes com DRC devem ser vacinados precocemente, porque a redução da TFG está associada com redução da capacidade de soroconversão (KDIGO, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2004). No Brasil, a prevalência de sorologia positiva para os vírus da hepatite C e B em pacientes mantidos em diálise crônica vem reduzindo, sendo, respectivamente, 4,2% e 1,4% em 2013 e 3,7% e 0,7% em 2016, o que pode ser reflexo, entre outras coisas, de um acesso oportuno a essa medida preventiva (SESSO et al., 2017).

Ainda, o profissional médico reconheceu dificuldades na adesão do paciente ao tratamento e mudança de estilo de vida proposto, na adesão do paciente ao seguimento com especialista devido ao quadro da DRC assintomático, no controle dos fatores de risco para DRC e nos fatores preditores, referindo que os pacientes são mal informados sobre a patologia, orientação alimentar e controle de comorbidades.

Em relação ao seguimento da DRC exclusivo na APS, os dados do presente estudo revelaram um decréscimo dessa ação conforme o aumento do estágio da DRC, que variou de 79,3% no estágio 1 até 19,5% no estágio 3B. O decréscimo mais relevante foi observado entre o estágio 3A (48,9%) e o 3B, fato esse que pode estar relacionado à especificidade do protocolo do município de maior número de

participantes, que preconiza o seguimento na APS apenas até o estágio 3A.

A consulta de enfermagem, referida pela maioria dos enfermeiros, ocorreu de forma expressiva nos grupos populacionais de maior risco, tais como HAS e DM, porém foi incipiente na oferta específica para o portador de DRC. Essa constatação pode estar relacionada, conforme já apontado em algumas falas, à dificuldade de se identificar tais pacientes no serviço, aos poucos treinamentos sobre a temática voltados para essa categoria profissional e, ao baixo reconhecimento da potencialidade da consulta de enfermagem pela gestão, pelo profissional médico e até mesmo pela própria categoria. Ademais, os enfermeiros apontaram nas suas falas a falta de protocolos institucionais estabelecidos para a atuação do enfermeiro nessa temática e uma atuação fortemente ligada a cuidados materno-infantil, de prevenção, triagem médica e de acolhimento à demanda espontânea. O cuidado direto do paciente é a gênese da assistência de enfermagem; no entanto, hoje em dia o papel da enfermeira tem sido, sobretudo, o de gestora administrativa da assistência, atuando em muitos países de forma subordinadas a médicos e com autonomia profissional limitada (OPAS, 2018).

Recentemente, a OPAS publicou documento ressaltando a importância do papel da enfermeira na APS e defendeu a ampliação desse papel como uma resposta, por um lado, às crescentes necessidades de saúde da população, e, por outro, ao déficit de acesso pela população a recursos humanos para a saúde capacitados e bem distribuídos. Citou, ainda, experiências positivas de vários países com enfermeira de prática avançada (EPA) na APS, em especial no acompanhamento de pacientes crônicos (OPAS, 2018).

Estendendo o cuidado da pessoa com DRC à família e aspectos da educação em saúde, é interessante observar que apenas 7,7% dos enfermeiros referiram que a equipe possui algum tipo de grupo de apoio e/ou orientação aos portadores de DRC e familiares. Lemos et al. (2016) chama a atenção para o impacto social, que integra de forma indissociada a dimensão material, concreta, e a dimensão imaterial, simbólica, dos significados, sentimentos, saberes e crenças gerados pela DRC. Nesse sentido, a APS, à luz de seus atributos, é um espaço potencial para trabalhar com tais dimensões, fortalecendo a autoestima, o autocuidado e a qualidade de vida desses usuários e famílias.

A estratificação de risco é o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para

identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na RAS para um cuidado integral (PNAB, 2017).

Para Mendes (2012), o processo de estratificação da população é central nos modelos de atenção à saúde, uma vez que permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos, racionalizando-os de acordo com cada linha-guia. A partir disso, deve-se apoiar os cuidados com base nas diretrizes clínicas, diferenciando os tipos de atenção e a sua concentração relativa a cada grupo populacional. Ainda, sugere que as metodologias de estratificação de riscos de uma população envolvam classificações que coordenem, simultaneamente, dois tipos de variáveis: a severidade da condição crônica estabelecida (por exemplo, baixo risco, médio risco, alto risco, muito alto risco e/ou co-morbidades); no caso da DRC são os estágios baseados na TFG, classificados por apenas 64,6% dos profissionais médicos e o grau de confiança e o apoio para o autocuidado (baixo, médio e alto) que podem ser identificados, por exemplo, por sistemas de classificação de famílias quanto ao risco de vulnerabilidade, os quais nesse estudo foram utilizados por apenas 46,5% dos enfermeiros.

A utilização de protocolos de encaminhamento é uma ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores (PNAB, 2017). A maioria dos médicos desse estudo (77%) referiu conhecer e utilizar o protocolo municipal de regulação do paciente com DRC e relataram tempo médio de espera para consulta com especialista de 3,2 meses.

Um estudo de coorte de 5 anos (MCLAUGHLIN et al., 2011) avaliou a relação entre os custos do encaminhamento precoce versus o tardio (que inicia TRS em até 4 meses após terem consultado com nefrologista) de pacientes com DRC para uma clínica multidisciplinar especializada, concluindo que o encaminhamento precoce resultou em economia de custos e melhorou a sobrevida do paciente, juntamente com mais anos de vida livre de TRS e menos dias de internação hospitalar. Outro estudo, analisando morbidade e mortalidade de pacientes que iniciaram Hemodiálise (HD) após encaminhamento precoce e tardio ao nefrologista (< ou > 4 meses, respectivamente), apontou que os pacientes encaminhados tardiamente apresentavam pior perfil de morbidade e menor sobrevida nos 2 primeiros anos de HD

em relação aos pacientes encaminhados precocemente (PENÃ et al., 2006).

Um estudo epidemiológico com 233 pacientes em diálise, no nordeste do Brasil (NUNES et al., 2014), mostrou que mais da metade dos diagnósticos foram realizados por um Nefrologista, aventando a possibilidade de terem ocorrido tardiamente, devido ao fato de que 3% dos participantes, mesmo já tendo sido diagnosticados como crônicos, faziam uso de cateter venoso temporário.

No presente estudo, observamos alta frequência de encaminhamento nos estágios 1-3, que estão fora do preconizado pela diretriz nacional e pela LC da DRS XIII, construída e aprovada em 2015. Aqui, como já apontado, vale relembrar a particularidade do protocolo do município de maior número de participantes, que preconiza o encaminhamento no estágio 3B, referido por 67,3% dos médicos. Interessante observar que apesar do encaminhamento ser mais frequente nos estágios 4 e 5, 30% dos médicos não encaminhavam nesses estágios, o que se assemelha à porcentagem assinalada de “outros critérios” de encaminhamento. Importante relatar que, nesse estudo, avaliamos a conduta médica de encaminhamento para outros pontos de atenção utilizando como referência apenas a classificação dos estágios da DRC baseados na TFG, porém existem outras situações clínicas na DRC que são eletivas, recomendando-se o encaminhamento ao especialista (KDIGO, 2013; MS, 2014). As falas dos profissionais médicos apontaram para algumas dificuldades relativas ao protocolo, tais como protocolo muito burocratizado e indeferimento dos encaminhamentos, dificuldades no manejo do paciente na rede devido ao protocolo autorizar somente pacientes com creatinina maior que 2.0 e restrição do protocolo, uma vez que somente aqueles classificados em DRC 3B podem ter acesso aos serviços secundários. Tais apontamentos suscitam questionamentos como: há restrição do protocolo ou dificuldade no manejo clínico e resolutividade da APS? Há restrição do protocolo ou má informação sobre protocolo? Como tem ocorrido o processo de implantação/ sensibilização dos protocolos nos municípios? Esse estudo não teve como objeto responder tais questionamentos e aprofundar-se nessa temática, porém os dados refletem os problemas enfrentados pelos profissionais e equipes e podem ser norteadores para a gestão refletir sobre tais processos e, ainda, serem questões para futuras investigações.

Para Mendes (2011), a estrutura operacional das RASs contempla cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e

terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Nesse estudo, observamos alguns aspectos dessa estrutura operacional descritos, como a disponibilidade dos serviços secundários e terciários para atender à pessoa com DRC no município, referida pela maioria dos participantes. Ribeirão Preto foi o município mais citado pelos participantes desse estudo como a referência de encaminhamento aos serviços secundários e terciários, pelos participantes de municípios que não dispunham dessas ofertas. Esse fato condiz com a regionalização, uma vez que esse município é o polo assistencial na RAS 13. Por sua vez, desperta a atenção o achado de quase 20% dos profissionais desconhecerem a existência ou não desses recursos no seu município de atuação, o que corrobora as falhas de comunicação, articulação e integração já apontadas e sugerem a fragilidade na proposição da APS como ordenadora do cuidado. Os pontos de atenção secundária e terciária ofertam determinados serviços especializados e se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciária mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente (MENDES, 2011), o que justifica a sua ausência em alguns municípios e a importância das pactuações regionais para o suprimento da demanda. Essas diferenças de concentração nos serviços foram observadas nesse estudo e isso ratifica o diagnóstico situacional da LC de atenção às pessoas com DRC dos municípios da área de abrangência do DRS XIII (2015), que aponta uma estrutura regional com suficiência dos serviços existentes, embora o cenário expresse uma fragmentação dessas ações e de serviços dificultando a resolutividade e a integralidade do cuidado. De acordo com esse documento, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-HCFMRP/USP, mais citado pelos profissionais, é o serviço de referência especializado de todos os municípios da RS Aquífero Guarani, exceto Ribeirão Preto. Os serviços em Ribeirão Preto identificados pelos médicos (SENERP e Clínica LUND) também compõem a rede proposta de referência para a APS, porém, a Clínica VHP, apontada como referência para parte do município de RP, foi citada por apenas 1 médico e sua respectiva unidade hospitalar de referência- Hospital Santa Lydia- não foi citada por nenhum dos participantes. Os serviços da Santa Casa e Beneficência Portuguesa citados pelos profissionais médicos compõem a referência Hospitalar para

as unidades especializadas. O serviço da Universidade de Ribeirão Preto- UNAERP e Núcleo de Gestão Assistencial-NGA, apontados pelos profissionais, não constam no documento da LC como referência do município de RP. Outro achado interessante foi que apesar de Sertãozinho ser citado por 4 participantes médicos como município ofertante dos recursos não disponíveis no município de origem, na LC, esse município não é referência de nenhum município da RS do Aquífero Guarani. Os serviços de referência descritos na LC também têm a atribuição de matricular as equipes APS.

O conhecimento e apropriação da rede de saúde pelos seus profissionais, a regulação efetiva da RAS com clareza de protocolos e fluxos, a comunicação eficaz entre os diversos pontos de atenção são condições essenciais para a concretização dessa LC e para minimizar situações como a encontrada em estudo sobre Itinerário Terapêutico (IT) de pessoas em TRS, no qual o Itinerário foi marcado por busca de assistência em diversos serviços de saúde, sem resolução de sua necessidade de saúde e o início do tratamento dialítico do usuário aconteceu predominantemente através dos serviços e hospitais de urgência e emergência, mesmo para aqueles usuários que realizavam acompanhamento ambulatorial da doença renal crônica com um nefrologista (FERREIRA, 2015).

Outro componente importante e que tem potencial de reduzir a fragmentação apontada é o sistema de informação clínica, que organiza os dados sobre pacientes individuais e populações clínicas inteiras para ajudar a identificar as necessidades dos pacientes, planejar a atenção ao longo do tempo, monitorar as respostas ao tratamento e avaliar os resultados relativos à saúde. Ainda, podem contribuir na supervisão de indivíduos e grupos de pacientes; providenciar lembretes oportunos para profissionais e pacientes; identificar subpopulações que necessitam de atenção preventiva; compartilhar informações com pacientes e profissionais para coordenar a atenção. Há, pelo mundo, diversas experiências inovadoras com o uso desse recurso, em especial em relação ao manejo das condições crônicas (OPAS, 2015). Estudo norte-americano indicou que o suporte eletrônico de decisão clínica junto às equipes da APS aumentou o rastreamento e monitorização da albuminúria e o uso adequado de inibidores da ECA ou bloqueadores dos receptores da angiotensina aos portadores de DRC, mostrando-se como ferramenta potencial no manejo desse paciente na APS (LITVIN et al., 2016).

Também vem se consolidando uma posição de que os prontuários clínicos devem ser informatizados, uma vez que a introdução de tecnologias de informação e

comunicação (TIC) viabiliza a implantação da gestão da clínica nas organizações de saúde e reduz os custos pela eliminação de retrabalhos e de redundâncias no sistema de atenção à saúde (MENDES, 2012).

No presente estudo, o principal mecanismo de acesso às informações do paciente encaminhado foi o relato do paciente (56%), explicitando uma fragilidade dos sistemas de informação clínica e de regulação e, conseqüente, comprometimento na integração dos serviços, na coordenação dos cuidados e no cuidado longitudinal. No Brasil, os dados do 1º Ciclo do PMAQ apresentaram uma APS com ínfima informatização – apenas 14% das e AB relataram ter prontuário eletrônico (JUNIOR; PINTO, 2014). Em estudo já citado, dos instrumentos empregados para a continuidade informacional, 50% das Unidades possuíam prontuários eletrônicos, o que evidencia as grandes disparidades dentro do território nacional (ALMEIDA et al., 2010).

Os aspectos referentes à comunicação entre os serviços de APS e outros pontos de atenção também foram frequentes nas falas dos profissionais, quando relataram um sistema deficiente de contrarreferência que oferecia apenas informações parciais e frequentemente desconexas com a APS, a falta do plano terapêutico dos pontos secundário e terciário para a APS, a falta de integração entre profissionais especialistas e o médico da APS para estabelecer fluxos de encaminhamento e capacitação em DRC, entre outras, o que expõe o reconhecimento dessa problemática pelos profissionais e uma preocupação relativa ao comprometimento do cuidado desse paciente na APS.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A LC da pessoa com DRC é uma das inúmeras LCs que permeiam a APS e, ainda que ela tenha relação com outras LCs e condições crônicas, apresenta singularidades que demandam atenção da RAS. O desafio proposto nesse estudo envolveu temas densos e complexos, como a APS e a LC da DRC, em uma perspectiva também complexa como o conhecimento e as atitudes de profissionais de saúde sobre essa temática.

Conhecimentos e atitudes, nessa pesquisa, aludiram a aspectos como formação pessoal e profissional, ambiente e condições de trabalho e ainda, clareza, facilidades e dificuldades em relação às metas e objetivos do trabalho na APS em dimensões importantes, tais como: diretrizes clínicas para o cuidado ao portador de DRC no SUS e no âmbito da APS; regulação e coordenação do cuidado na rede de atenção do portador de DRC, disponibilidade de recursos nessa linha de cuidado e aspectos da integralidade do cuidado e da atenção centrada no usuário e na família que a equipe realiza.

O estudo apontou potencialidades na APS da Região de Saúde do Aquífero Guarani relacionadas à experiência e formação dos profissionais médicos e enfermeiros, ao uso de ferramentas como a classificação de famílias e o PTS, à intersectorialidade e ao acolhimento, as quais qualificam a atenção e fortalecem os atributos da APS, especialmente no manejo de casos complexos. Identificou-se relevante disponibilidade de oferta de ações de promoção, prevenção e tratamento da DRC nas unidades da APS estudadas, no entanto, é preciso roborar as ofertas não centradas no cuidado médico e medicamentoso, tais como grupos, visitas domiciliares, consultas do enfermeiro e atendimento multiprofissional.

Apesar de considerável disponibilidade de recursos diagnósticos, os resultados apontaram para a necessidade de se consolidar alguns aspectos previstos nos documentos de referência referentes à abordagem dessa condição crônica na perspectiva de uma LC, tais como: o uso adequado dos recursos diagnósticos disponíveis e da estratificação de risco, as condutas frente ao paciente de risco não diagnosticado na primeira avaliação clínica, o seguimento desse paciente na RAS conforme o estágio da DRC e a condição do tabagismo, situação menos reconhecida como fator de risco para desenvolvimento da DRC, como preditor e como objetivo do manejo clínico.

No âmbito da RAS, os resultados mostraram uma oferta significativa de serviços nos pontos de atenção secundário e terciário e uma integração relativa entre eles, em especial para a referência do paciente com DRC. Contudo, notou-se fragilidade na comunicação formalizada entre os serviços e insuficiência nos mecanismos de contrarreferência, o que pode comprometer o alcance da integralidade vertical no cuidado desse paciente.

A educação na saúde e o matriciamento foram temas recorrentes, destacando-se a importância dessas ações para a abordagem do DRC, entretanto, ainda caracterizados como práticas incipientes pelos profissionais de saúde da APS dessa RS. Em especial para os enfermeiros, foi mais expressiva a fragilidade nas ofertas de educação na saúde, bem como de protocolos de atuação nessa LC voltadas a esses profissionais, indicando a necessidade de empoderamento dessa categoria profissional, tendo em vista a magnitude de seu papel no manejo do paciente com DRC.

Reconhecida a abrangência do objeto investigado, o presente estudo não teve a pretensão de esgotar o tema, mas sim retratar e apresentar elementos que possam fornecer subsídios para intervenções oportunas, em especial, na APS e nos diferentes pontos de atenção da RAS do SUS, além de disparar indagações sobre a temática, com o intuito de aprimorar o cuidado ao portador de DRC.

A pesquisa produziu um grande volume de informações que podem ser mais exploradas para melhor compreensão da associação entre os fatores que podem influenciar nas fragilidades identificadas, o que pode ser registrado como uma limitação desse estudo.

No entanto, acredita-se que o estudo possibilitou a compreensão acerca da relação entre aspectos da organização da APS, da RAS, do processo de trabalho dos médicos e enfermeiros e do manejo clínico que facilitam e/ou dificultam o cuidado integral do paciente com DRC, em uma região de saúde. Certamente, os seus resultados podem, em especial para os gestores e apoiadores dessa RS, fornecer elementos para o aprimoramento dessa LC e para o alcance dos indicadores relacionados à melhor abordagem dessa condição crônica, com ressonância direta para o seu portador e para o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/08.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado**. Registro Brasileiro de Transplantes, Ano XXIII Nº 4 (JAN/DEZ), 2017.

AZEVEDO, P.R. et al. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 10; n. 1; p. 260-267, 2018. Disponível em: <<http://search.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/bde-32234>>. Acesso em: 01 de abril 2018.

BANCO MUNDIAL. **Enfrentando o Desafio das Doenças Não Transmissíveis no Brasil**. Relatório No. 32576, Brasil, 2005.

BARBOSA, A.C.Q; Júnia Marçal RODRIGUES, J.M. **Primeiro censo de recursos humanos da atenção primária do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/UFMG, 2006.

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2000.

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

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, DF, 2ª edição, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS – NOB01/96**. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, DF, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009b.

_____. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010, Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 15 out. 2015. Brasília, DF, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília, DF, 2010b.

_____. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080/1990. Brasília, DF, 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 15 out. 2015. Brasília, DF, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília, DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao portador de Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Organização local da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica –DRC- guia instrutivo**. Brasília – DF, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF, 2014c.

_____. 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, 14 março. 2014. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html>. Acesso em: 15 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 26 abr 2016. Seção 1, p. 33-38. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acesso em: 01 maio 2018.

CAMPOS, F.E.; AGUIAR, R.A.T.; BELISÁRIO, S.A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1 ed.,2008. p. 1011-1034.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 jun. 2018.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

CONTANDRIOPOULOS et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, ZMA. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

COUTINHO, N.P.S; TAVARES, M.C.H. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 232-9, 2011. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_232-239.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

CRUZ, C.F; CUNHA, G.O.D.; SOUZA, S.R.P. Custo do tratamento dos pacientes com insuficiência renal crônica em estágio terminal no município de São Paulo, no período de 2008 a 2012. **Science in Health**, v. 5, n. 1, p. 6-11, jan./abr. 2014.

DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO - DRS XIII. **Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. Ribeirão Preto, setembro de 2015.

DIEGOLI, H. et al. Encaminhamento tardio ao nefrologista e a associação com mortalidade em pacientes em hemodiálise. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, v. 37, n. 1, p. 32-37, 2015.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Archives of Pathology & Laboratory Medicine. Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, nov. 1990.

e-GESTOR ATENÇÃO BÁSICA- INFORMAÇÃO E GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Cobertura da Atenção Básica. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000300847&script=sci_abstract>. Acesso em: 05 jun. 2018.

FERREIRA, E.D.M. **O Itinerário Terapêutico de Pessoas em Terapia Renal Substitutiva Com Doença de Base Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus 2015, 165f**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

FRANCO, T.B.; FRANCO, C.M. Linha de Cuidado Integral. In: PESSÔA, L. R. et al. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, 2011. p. 60-75.

FURTADO, J; SILVA, L.M.V. Entre os campos científico e burocrático à trajetória da avaliação em saúde no Brasil. In: AKERMAN, M., FURTADO, J.P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. Cap. 1, p. 19-57.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 30-37, OUT 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2018.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed 3. ed., 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas Populacionais, 2017. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/index.php>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

JUNIOR, A.L.R. Territorialização na Atenção Primária da Saúde. In: FOSTER, A.C., FERREIRA, J.B.B., VICENTINE, F.B. **Atenção à saúde da comunidade no âmbito da atenção primária à saúde na FMRP-USP**. Ribeirão Preto: Funpec Editora, 2017a.

JUNIOR, G.B.S. et al. Obesidade e doença renal. **J Bras Nefrol**; São Paulo, v. 39, n. 1, p. 65-69, 2017b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n1/pt_0101-2800-jbn-39-01-0065.pdf>. Acesso em: 01 maio 2018.

JUNIOR, H. M. M; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 14-29, out. 2014. Disponível em <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2018.

JUNQUEIRA, L.A.P. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, Nov./Dez. 2000.

LEMONS, P. L.; BARSAGLIN, R.; PAZ, K.M.R. Impactos materiais e imateriais na experiência de adoecimento renal crônico. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 879-899, 2016.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney International Supplements**, v. 3, n. 5-14, jan. 2013. Disponível em: <http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

KIRSZTAJN, G.M. Avaliação de Função Renal. **J Bras Nefrol**, v. 31, Supl. 1, p. 14-20, 2009. Disponível em: <http://arquivos.sbn.org.br/pdf/diretrizes/JBN_educacional_II/4-Gianna.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

LITVIN, C.B, HYER, J.M., ORNSTEIN, S.M. Use of Clinical Decision Support to Improve Primary Care Identification and Management of Chronic Kidney Disease (CKD). **J Am Board Fam Med**, v. 29, n. 5, set./out. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/276137931>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmicas. In GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012.

LOPES, J.M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 3, p. 230-6, 2014.

LUCIANO, E.P et al. Estudo prospectivo de 2151 pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador com abordagem multidisciplinar no Vale do Paraíba, SP. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, v. 34, n. 3, p. 226-234, 2012.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul/set. 2010.

MARTINS, M.R.I; CESARINO, C.B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 670-6, set./out. 2005.

MCLAUGHLIN, K. et al. An economic evaluation of early versus late referral of patients with progressive renal insufficiency. **Am J Kidney Dis**, v. 38, n. 5, p. 1122-8, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11684571>>. Acesso em: 10 maio 2018.

MENDES, E. V. **As redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONTEIRO, G.T.R; HORA, H. **Pesquisa em Saúde Pública: Como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados**. 1 ed. Curitiba: Appris, 2014. 110 p.

NUNES, M. B et al. Perfil epidemiológico de pacientes renais crônicos em programa dialítico. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 1, p. 69-76, jan. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9607/9577>>. Acesso em: 01 abril 2018.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE PARA O SUS SP. **Recursos humanos atenção básica**. 2008. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crh/gadi/observ/boletins/boletim_out_2008.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2018.

OLIVEIRA, M.B et al. Referência para o ambulatório de nefrologia: inadequação da demanda para o especialista. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, v. 32, n. 2, p. 145-148,

2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde.** Washington, D.C.: OPAS; 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington, DC: OPAS, 2015.

PADOVANI, C.S.S.; SCHOR, N.; LARANJA, S.M.R. Avaliação do perfil epidemiológico e das dificuldades encontradas pelos pacientes para o atendimento de primeira consulta no ambulatório de triagem da nefrologia da UNIFESP. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, v. 34, n. 4, p. 317-322, 2012.

PEÑA, J.M. et al. Late nephrology referral influences on morbidity and mortality of hemodialysis patients. A provincial study. **Nefrología**, v. 26, n. 1, 2006.

PENA, P.F.A. et al. Cuidado ao portador de Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3135-3144, 2012.

POLIT, D. F., BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 699p.

SANTOS, A. M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2687-2702, 2012.

SESSO, R.C et al. Inquérito Brasileiro de Diálise 2016. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, v. 39, n. 3, p. 261-266, 2017.

SILVA, L. M.V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M.V. **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2005. cap. 1, p. 15-39.

SILVA, M.M.H; BRUNE, M.F.S.S. Importância do cálculo da taxa de filtração glomerular na avaliação da função renal de adultos. **Rev. Bras. Farm**, v. 92, n. 3, p. 160-165, 2011. Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2011-92-3-13.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária.** Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VIEIRA, E.M. Avaliação de Serviços de Saúde. In: FRANCO, J.F; PASSOS, A.D.C. (org.). **Fundamentos de Epidemiologia.** Barueri: Manole, 2005. p. 337-353.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Carta Convite

Carta Convite

Ilustríssimo Sr (a):

Vimos convidá-lo para participar da **etapa de validação** do questionário de pesquisa do projeto intitulado “O papel da Atenção Primária na linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica- conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde”. O projeto, nível mestrado, está inserido no Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, é coordenado pela Profa Dra Janise Braga Barros Ferreira e foi aprovado no CEP/CSE-FMRP-USP (CAAE: 58545116.3.0000.5414).

Tendo em vista a magnitude da atenção aos portadores de Doença Renal Crônica pelas equipes de saúde, interrogasse-se no presente estudo qual o conhecimento e quais as atitudes dos profissionais que atuam nesse ponto da atenção acerca do cuidado ao portador de doença renal crônica? O estudo será desenvolvido no território da Região de Saúde do Aquífero Guarani, pertencente ao Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII, composto por 10 municípios do Estado de São Paulo. Os participantes da pesquisa serão médicos (clínico geral ou médico de saúde da família) e enfermeiros da APS que realizam o atendimento em unidades básicas de saúde ou unidades de saúde da família. Serão coletados dados primários por meio de questionário utilizando um instrumento de coleta de dados para cada categoria profissional. Os questionários foram elaborados baseados nos principais documentos referentes à essa temática e aborda os aspectos de conhecimento considerados relevantes para a linha de cuidado ao portador de Doença Renal Crônica no âmbito da atenção primária.

A validação proposta para tal instrumento é a validação de conteúdo que

consiste em determinar se o conteúdo de um instrumento de medida explora, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração de um determinado fenômeno a ser investigado. Nesta etapa foram selecionados 7 profissionais especialistas e considerados *experts* no tema para serem juízes do instrumento e contribuir para a melhoria e validação do mesmo, antes da aplicação aos participantes do estudo.

Caso aceite participar, enviaremos por email ou via correios o instrumento a ser avaliado com as orientações necessárias para o processo e o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) para assinatura. O reenvio dos documentos também poderá ser feito via email ou correios, com custos sob responsabilidade das pesquisadoras. Se houver alguma divergência importante entre os avaliadores, poderá ser necessário uma nova rodada avaliativa, envolvendo as questões que supostamente tenham gerado dúvidas ou discordâncias.

Desde já, agradecemos a colaboração.

Profa Dra Janise Braga Barros Ferreira
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

Thatiane Delatorre.
Mestranda do Departamento de Medicina
Social
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

APÊNDICE B - Avaliação dos juízes - Questionário Médico

Nome do Avaliador:	
Idade:	Sexo:
Tempo de formação:	
Pós-graduação (se sim, cite as áreas):	
Local (s) de trabalho (s) atual e tempo:	
Tem experiência em Atenção Primária em Saúde no SUS? <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☐ Sim <ul style="list-style-type: none"> ☐ como profissional da rede; ☐ com matriciamento; ☐ na gestão; ☐ outras atuações: 	

Informações importantes:

- 1- O questionário que você irá avaliar foi elaborado baseado nas atribuições da Atenção Primária à Saúde contidas nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao portador de Doença Renal Crônica – DRC no SUS (Ministério da Saúde, 2014), no Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil (MS, 2011) e na PORTARIA Nº 389/2014 que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC);
- 2- O questionário tem o objetivo de identificar o conhecimento dos profissionais

médicos que atuam na atenção primária à saúde acerca das diretrizes clínicas e de regulação para o cuidado ao portador de DRC no âmbito da APS e identificar aspectos da abordagem da integralidade e da coordenação do cuidado ao portador de DRC na APS;

- 3- O questionário será auto-preenchido pelo sujeito de estudo com tempo médio previsto de preenchimento de 15 minutos, não estando necessariamente a pesquisadora presente durante o preenchimento;
- 4- O questionário é dividido em 4 dimensões: DIMENSÃO 1- Diretrizes Clínicas para o cuidado ao portador de doença renal crônica – DRC no Sistema Único de Saúde no âmbito da Atenção Primária; DIMENSÃO 2- Regulação do Paciente na rede de atenção do portador de DRC; DIMENSÃO 3- Disponibilidade de recursos da linha de cuidado do portador de DRC; DIMENSÃO 4: Coordenação do cuidado do portador de Doença Renal Crônica no âmbito da atenção primária;
- 5- Nas questões procurou-se listar todos os elementos identificados como possíveis de resposta, porém para cada questão há as respostas consideradas mais adequadas dentro dos documentos de referência;
- 6- A validação de conteúdo que foi proposta nesta etapa consiste em determinar se o conteúdo de um instrumento de medida explora, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração de um determinado fenômeno a ser investigado;
- 7- Para avaliar o presente instrumento, sugerimos inicialmente uma leitura do conteúdo completo do questionário e após responder as perguntas, podendo acrescentar as contribuições que julgar pertinentes e voltar às perguntas sempre que necessário;
- 8- Solicitamos que no campo “sugestões” procure descrever com clareza o seu ponto de vista, o que facilitará a compreensão e análise das pesquisadoras e posterior incorporação das contribuições, na versão final do instrumento.

Questões Avaliativas:

- 1- O instrumento como um todo está de fácil compreensão (do ponto de vista gramatical, semântico)?
Sugestão:
- 2- O instrumento como um todo é objetivo (permite resposta sem julgamento subjetivo)?
Sugestão:

- 3- O instrumento como um todo é pertinente dentro da temática (relação com as referências teóricas usadas na construção do instrumento e relevância do tema)?

Sugestão:

- 4- A abrangência do instrumento contempla todos os quesitos importantes dentro das atribuições da APS, na linha de cuidado do DRC?

Sugestão:

- 5- A fundamentação teórica-científica utilizada é suficiente e atualizada?

- 6- Há itens necessários, porém ausentes no instrumento?

Sugestão:

- 7- Há itens desnecessários no instrumento?

Sugestão:

Na DIMENSÃO 1- DIRETRIZES CLÍNICAS PARA O CUIDADO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA –DRC NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, as questões relativas à dimensão:

- 8- Estão elaboradas de maneira clara e de fácil compreensão?

Sugestão:

- 9- Abordam todos os aspectos importantes dentro da dimensão?

Sugestão:

- 10-As respostas possíveis estão adequadas ao conteúdo da questão?

Sugestão:

Na DIMENSÃO 2- REGULAÇÃO DO PACIENTE NA REDE DE ATENÇÃO DO PORTADOR DE DRC, as questões relativas à dimensão:

11-Estão elaboradas de maneira clara e de fácil compreensão?

Sugestão:

12-Abordam todos os aspectos importantes dentro da dimensão?

Sugestão:

13-As respostas possíveis estão adequadas ao conteúdo da questão?

Sugestão:

Na DIMENSÃO 3- DISPONIBILIDADE DE RECURSOS DA LINHA DE CUIDADO DO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NO SUS, as questões relativas à dimensão:

14-Estão elaboradas de maneira clara e de fácil compreensão?

Sugestão:

15-Abordam todos os aspectos importantes dentro da dimensão?

Sugestão:

16-As respostas possíveis estão adequadas ao conteúdo da questão?

Sugestão:

Na DIMENSÃO 4: COORDENAÇÃO DO CUIDADO DO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, as questões relativas à dimensão:

17-Estão elaboradas de maneira clara e de fácil compreensão?

Sugestão:

18-Abordam todos os aspectos importantes dentro da dimensão?

Sugestão:

19-As respostas possíveis estão adequadas ao conteúdo da questão?

Sugestão:

Outros Comentários ou sugestões:

APÊNDICE C - Avaliação dos juízes - Questionário Enfermeiro

Nome:	
Idade:	Sexo:
Tempo de formação:	
Pós-graduação (se sim, cite as áreas):	
Local (s) de trabalho (s) atual e tempo:	
Tem experiência em Atenção Primária em Saúde no SUS? <div style="margin-left: 100px;"> ☐ Não </div> <div style="margin-left: 100px;"> ☐ Sim </div> <div style="margin-left: 150px;"> ☐ como profissional da rede; </div> <div style="margin-left: 150px;"> ☐ com matriciamento; </div> <div style="margin-left: 150px;"> ☐ na gestão; </div> <div style="margin-left: 150px;"> ☐ outras atuações: </div>	

Informações importantes:

9- O questionário que você irá avaliar foi elaborado baseado nas atribuições da Atenção Primária à Saúde contidas nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao portador de Doença Renal Crônica – DRC no SUS (Ministério da Saúde, 2014), no Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil (MS, 2011) e na PORTARIA Nº 389/2014 que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC);

10-O questionário tem o objetivo de identificar aspectos da abordagem da

integralidade e da coordenação do cuidado ao portador de DRC na APS e da atenção centrada no usuário e na família que a equipe realiza;

- 11-O questionário será auto-preenchido pelo sujeito de estudo com tempo médio previsto de preenchimento de 15 minutos, não estando a pesquisadora necessariamente presente durante o preenchimento;
- 12-O questionário é dividido em 2 dimensões DIMENSÃO 1: Organização do processo de trabalho e ações com foco na integralidade e DIMENSÃO 2- Atenção à Doença Renal Crônica no Âmbito da Atenção Primária à Saúde;
- 13-Nas questões procurou-se listar todos os elementos identificados como possíveis de resposta, porém para cada questão há as respostas consideradas mais adequadas dentro dos documentos de referência;
- 14-A validação de conteúdo proposta nessa etapa consiste em determinar se o conteúdo de um instrumento de medida explora, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração de um determinado fenômeno a ser investigado.
- 15-Para avaliar o presente instrumento, sugerimos uma leitura no conteúdo completo do questionário e após responder as perguntas abaixo, podendo acrescentar as contribuições que julgar necessárias e voltar às perguntas sempre que necessário.
- 16-Solicitamos que no campo “sugestões” procure descrever com clareza o seu ponto de vista, o que facilitará a compreensão e análise das pesquisadoras e posterior incorporação das contribuições, na versão final do instrumento

Questões Avaliativas:

20-O instrumento como um todo está de fácil compreensão (do ponto de vista gramatical, semântico)?

Sugestão:

21-O instrumento como um todo é objetivo (permite resposta sem julgamento subjetivo)?

Sugestão:

22-O instrumento como um todo é pertinente dentro da temática (relação com as referências teóricas usadas na construção do instrumento e relevância do tema)?

Sugestão:

23-A abrangência do instrumento contempla todos os quesitos importantes dentro das atribuições da APS, na linha de cuidado do DRC relativo à integralidade do cuidado?

Sugestão:

24-A fundamentação teórica-científica utilizada é suficiente e atualizada?

25-Há itens necessários, porém ausentes no instrumento?

Sugestão:

26-Há itens desnecessários no instrumento?

Sugestão:

Na DIMENSÃO 1- ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO COM FOCO NA INTEGRALIDADE, as questões relativas à dimensão:

27-Estão elaboradas de maneira clara e de fácil compreensão?

Sugestão:

28-Abordam todos os aspectos importantes dentro da dimensão?

Sugestão:

29-As respostas possíveis estão adequadas ao conteúdo da questão?

Sugestão:

Na DIMENSÃO 2- ATENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, as questões relativas à dimensão:

30-Estão elaboradas de maneira clara e de fácil compreensão?

Sugestão:

31-Abordam todos os aspectos importantes dentro da dimensão?

Sugestão:

32-As respostas possíveis estão adequadas ao conteúdo da questão?

Sugestão:

Outros Comentários ou sugestões:

APÊNDICE D - Certificado de participação

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós Graduação em Saúde na Comunidade

CERTIFICADO

XXXXXXXXXX

Participou na qualidade de juiz de instrumento de pesquisa no processo de validação opinativa por especialistas do projeto de mestrado intitulado:

"O Papel da Atenção Primária na Linha de Cuidado da pessoa com
Doença Renal Crônica - conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde".
CEP/CSE-FMRP-USP (CAAE: 58545116.3.0000.5414).

Ribeirão Preto, 12 de Maio de 2017.

Ferreira *Thatiane Delatorre*

Prof^ª Dr^ª Janise Braga Barros Ferreira Thatiane Delatorre

APÊNDICE E - Instrumento de coleta de dados para profissionais de saúde médicos da Atenção Primária a Saúde (APS)

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES		
DATA		
INICIAIS		
DATA DE		
SEXO	() F ()	NACIONALIDADE:
ANO DE GRADUAÇÃO		
PÓS GRADUAÇÃO	() especialização () mestrado () doutorado () Residência Médica, cite: () outros, cite:	
Tempo de atuação na Atenção Básica (AB)	____ Ano (s) ____ meses	
Carga horária semanal de trabalho na AB	_____ horas/semana.	
Tipo de unidade atual	() Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família () UBS com Saúde da Família () UBS com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) () Unidade de Saúde da Família (USF) () Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) com Atenção Básica	
Você já recebeu algum treinamento/capacitação sobre Doença Renal Crônica (DRC)?	() Não () Sim, ano: () Oferecido pelo serviço/instituição que atua ou atuou () Busca por meios próprios Áreas contempladas no treinamento: () prevenção, () diagnóstico, () tratamento da DRC, () tratamento dos fatores de risco que levam à DRC, () outros temas, cite:_____.	

Orientações importantes:

As questões abaixo referem-se ao cuidado ao portador de doença renal crônica no âmbito da Atenção Primária à Saúde;

É solicitado a não realização de consultas para respondê-las;

Você pode assinalar uma ou mais alternativas em cada questão, conforme julgar a resposta correta.

DIMENSÃO 1- DIRETRIZES CLÍNICAS PARA O CUIDADO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA –DRC NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

SUBDIMENSÃO 1.1: Identificação dos grupos de risco.

Q1- Quais os indivíduos você considera sob o risco de desenvolver Doença Renal Crônica?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pessoas com diabetes (quer seja do tipo 1 ou do tipo 2) ○ Pessoas hipertensas ○ Idosos (> 60 anos) ○ Portadores de obesidade (IMC > 30 Kg/m²) ○ Histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca) ○ Histórico de DRC na família ○ Tabagismo ○ Uso de agentes nefrotóxicos ○ Outros:
---	--

SUBDIMENSÃO 1.2: Estratégias de prevenção para a DRC nos pacientes sob o risco de desenvolver a doença.

Q2: Qual ou quais a (s) oferta (s) de saúde a unidade dispõe aos grupos populacionais identificados anteriormente como de risco para desenvolver Doença Renal Crônica?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Grupos de educação em saúde, cite em quais temas: ○ Visitas Domiciliares, cite por quais profissionais: ○ Atendimento multiprofissional, cite por quais profissionais: ○ Tratamento medicamentoso para controle dos fatores de risco ○ Consulta de saúde, cite por quais profissionais: ○ Outros tipos de atendimentos:
--	--

SUBDIMENSÃO 1.3: Diagnóstico Precoce

<p>Q3: Qual ou quais o (s) recurso (s) diagnósticos que você utiliza identificar o paciente com Doença Renal Crônica?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Filtração Glomerular (TFG) estimada por fórmulas baseadas na creatinina sérica ○ Taxa de Filtração Glomerular (TFG) por depuração de creatinina em urina de 24h ○ Exame Sumário de Urina (EAS) ou Urina I ○ Creatinina sérica ○ Depuração de Creatinina de 24h ○ Microalbuminúria isolada ○ Microalbuminúria 24h ○ Relação Albuminúria Creatininúria (RAC) em amostra isolada de urina ○ US rins e vias urinárias ○ RX vias urinárias ○ Tomografia ○ Outro:
<p>Q4: Para quais usuários esses exames são solicitados?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Todos pacientes ○ Pacientes considerados de risco ○ Outros:
<p>Q5: Para os indivíduos de risco nos quais a DRC não foi diagnosticada na primeira avaliação, qual a periodicidade da solicitação desses exames na rotina do paciente?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mensal ○ Semestral ○ Anual ○ Bianual ○ A critério clínico ○ Outro:
<p>Q6: Você conhece qual tempo que o paciente leva entre solicitação do (s) exame (s) e saber o seu resultado?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sim, tempo médio de: ○ Não
<p>SUBDIMENSÃO 1.4: Tratamento</p>	
<p>Q7: Você atende portador de DRC neste serviço?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Não
<p>Q8: Você classifica os estágios da DRC?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Não
<p>Q9: Quais os estágios você acompanha exclusivamente neste serviço de atenção primária?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estágio 1 ○ Estágio 2 ○ Estágio 3A ○ Estágio 3B ○ Estágio 4 ○ Estágio 5 não dialítico (ND)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estágio 5 dialítico (D) ○ Utilizo outros critérios para acompanhamento, cite:
Q10: Qual ou quais o (s) objetivo (s) no manejo clínico dos pacientes portadores de DRC nesse serviço de APS?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Controle da glicemia, ○ Controle da hipertensão arterial, ○ Controle da dislipidemia, ○ Controle da obesidade (manter IMC < 25), ○ Controle de doenças cardiovasculares, ○ Abandono do tabagismo ○ Adequação do estilo de vida. ○ Diminuição da ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado; ○ Estimular atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana ○ Outros objetivos:
Q11: Você encaminha os pacientes com DRC para atualização do calendário vacinal, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS)?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Não
<p>Q12: Quais fatores você identifica como preditores* de progressão da DRC?</p> <p>*preditores são marcadores de que o indivíduo com DRC tem pior prognóstico para perda de função renal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pressão arterial mal controlada ○ Glicemia mal controlada ○ Colesterol alto ○ Intensidade de albuminúria ○ Tabagismo ○ Uso de agentes nefrotóxicos ○ Estágios mais avançados da DRC ○ Outros:

ao longo da evolução clínica.	
DIMENSÃO 2- REGULAÇÃO DO PACIENTE NA REDE DE ATENÇÃO DO PORTADOR DE DRC.	
Q13: Você conhece no seu município se há um protocolo para encaminhamento dos casos que julgar necessários para o nefrologista?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sim, conheço e utilizo ○ Sim, conheço mas não utilizo ○ Não conheço
Q14: Quais os casos você encaminha para outros pontos de atenção?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estágio 1 ○ Estágio 2 ○ Estágio 3 A ○ Estágio 3 B ○ Estágio 4 ○ Estágio 5 não dialítico (ND) ○ Estágio 5- necessidade de iniciar diálise ○ Outros critérios para encaminhamento:
Q15: Você conhece o tempo médio que o paciente aguarda entre o encaminhamento e a consulta com o nefrologista?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sim, tempo médio de: ○ Não conheço
Q16: Existe integração entre o serviço de APS e os serviços de nefrologia da rede de saúde?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sim- como? Assinale abaixo <ul style="list-style-type: none"> ○ Telefone ○ Email ○ Regulação eletrônica ○ Regulação por referência/ contra-referência no papel ○ Reuniões entre profissionais dos diferentes serviços para discussão de casos/ matriciamento ○ Outros meios:

	☐ Não
DIMENSÃO 3- DISPONIBILIDADE DE RECURSOS DA LINHA DE CUIDADO DO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NO SUS.	
Q17: Você conhece os serviços secundários e terciários disponíveis (ambulatórios de especialidades, serviços de terapia renal substitutiva, hospital, etc.), no seu município, para atender o portador de DRC?	☐ Sim. Cite quais você conhece: ☐ Não existe esses recursos no município ☐ Não conheço
Q18: Você conhece onde são ofertados os recursos de atenção secundária e terciária para atender o portador de DRC que não são disponíveis no seu município?	☐ Não conheço ☐ Sim, no município: ☐ Não se aplica
DIMENSÃO 4: COORDENAÇÃO DO CUIDADO DO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.	
Q19: A equipe tem acesso às informações do paciente encaminhado para outros serviços de acompanhamento da DRC?	☐ Sim Se sim, como: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relato do paciente ▪ Sistema de Informação ▪ Contrarreferência formal ▪ Outro meio: ☐ Não
Q20: O paciente encaminhado mantém retorno na unidade ou recebe intervenções de profissionais da equipe?	☐ Sim. Se sim, em quais serviços: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulta médica ▪ Consulta de enfermagem ▪ Consulta Multiprofissional ▪ Grupos de Educação em saúde ▪ Farmácia ▪ Vacina ▪ Outros Serviços: ☐ Não
Q21- Você recebe algum tipo de matriciamento profissional ou apoio especializado ou consultoria de outros	☐ Sim – formal (pela instituição/município) ☐ Sim- informal por contatos com colegas ☐ Não

profissionais ou serviços sobre o tema?	
Q22: Você se considera apto para para a abordagem da DRC nos estágios atribuíveis à APS?	☐ Sim ☐ Não, justifique o porquê:
Q23: Você tem conhecimento da Diretriz de 2014 do Ministério da Saúde sobre o atendimento ao portador de DRC na atenção primária?	☐ Sim ☐ Não

OUTRAS PERGUNTAS:

Q24- Gostaria de apontar alguma dificuldade para prestar a atenção ao portador de DRC na APS?

APÊNDICE F - Instrumento de coleta de dados para profissionais de saúde enfermeiros da Atenção Primária a Saúde (APS)

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES		
DATA		
INICIAIS		
DATA DE		
SEXO	() F ()	NACIONALIDADE:
ANO DE GRADUAÇÃO		
PÓS GRADUAÇÃO	☐ especialização ☐ mestrado ☐ doutorado ☐ Residência, cite: ☐ outros, cite:	
Tempo de atuação na Atenção Básica (AB)	____ Ano (s) ____ meses	
Carga horária semanal de trabalho na AB	_____ horas/semana.	
Tipo de unidade atual	☐ Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família ☐ UBS com Saúde da Família ☐ UBS com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ☐ Unidade de Saúde da Família (USF) ☐ Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) com Atenção Básica	
Você já recebeu algum treinamento/capacitação sobre Doença Renal Crônica (DRC)?	☐ Não ☐ Sim, ano: ☐ Oferecido pelo serviço/instituição que atua ou atuou ☐ Busca por meios próprios Áreas contempladas no treinamento: ☐ prevenção, ☐ diagnóstico, ☐ tratamento da DRC, ☐ tratamento dos fatores de risco que levam à DRC, ☐ outros temas, cite:_____.	

Orientações importantes:

As questões abaixo referem-se ao cuidado ao portador de doença renal crônica no âmbito da Atenção Primária à Saúde;

Não é necessária a realização de consultas para respondê-las;

Você pode assinalar uma ou mais alternativas em cada questão, conforme julgar a resposta correta.

DIMENSÃO 1: Organização do processo de trabalho e ações com foco na integralidade	
Q1- A equipe possui espaço de reunião de discussão de casos e/ou construção de Projetos terapêuticos singulares?	☐ Sim, _____ horas/semanal ☐ Não
Q2- A equipe recebe matriciamento ou apoio ou consultoria de outros profissionais ou serviços de atenção especializada?	☐ Sim, quais áreas: ☐ Não
Q3- A equipe tem espaço de educação permanente ou continuada ou outro processo educacional próprio?	☐ Sim, _____ horas/semanal ☐ Não
Q4- A equipe faz alguma classificação de famílias em relação à risco e/ou vulnerabilidade?	☐ Sim ☐ Não
Q5- A equipe faz reuniões intersetoriais e/ou encaminha casos que julgar necessário? () reuniões conjuntas () encaminhamento	☐ Sim, áreas: ☐ Serviço Social ☐ Educação ☐ Organizações não governamentais ☐ Comunidade religiosa ☐ Universidade ☐ Conselho Tutelar ☐ Conselho idoso ☐ Órgãos judiciais ☐ Outros ☐ Não

<p>Q6- A equipe realiza atividades grupais de promoção de saúde e/ou prevenção de agravos?</p>	<p>☐ Sim, áreas:</p> <p>☐ Alimentação Saudável</p> <p>☐ Atividade Física</p> <p>☐ Saúde Mental</p> <p>☐ Tabagismo</p> <p>☐ Outros:</p> <p>☐ Não</p>
<p>Q7- A equipe realiza visitas domiciliares às famílias em geral?</p>	<p>☐ Sim, quais profissionais:</p> <p>☐ Médico</p> <p>☐ Enfermeiro</p> <p>☐ Auxiliar de enfermagem</p> <p>☐ Agente Comunitário de Saúde (ACS)</p> <p>☐ Farmacêutico</p> <p>☐ Outros:</p> <p>☐ Não</p>
<p>Q8- A equipe possui recursos sociais de apoio em casos de emergências?</p>	<p>☐ Sim, quais:</p> <p>☐ Passe ônibus</p> <p>☐ Cesta básica</p> <p>☐ Outros:</p> <p>☐ Não</p>
<p>DIMENSÃO 2: Atenção à Doença Renal Crônica (DRC) no âmbito da APS</p>	
<p>Q9- A equipe conhece e tem registro atualizado de todos os pacientes com fatores de risco para desenvolver Doença Renal Crônica no seu território? (Assinale os que considerar SIM como resposta)</p>	<p>☐ Pessoas com diabetes (quer seja do tipo 1 ou do tipo 2)</p> <p>☐ Pessoas hipertensas</p> <p>☐ Idosos</p> <p>☐ Portadores de obesidade (IMC > 30 Kg/m²)</p> <p>☐ Histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana,</p>

	<p>acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca)</p> <p>☐ Histórico de DRC na família</p> <p>☐ Tabagismo</p> <p>☐ Uso de agentes nefrotóxicos</p> <p>☐ Não sei</p>
Q10- A equipe conhece e tem registro atualizado dos pacientes com DRC na sua área de abrangência?	<p>☐ Sim</p> <p>☐ Não, porque?</p> <p>☐ Não sei</p>
Q11- A equipe conhece e tem registro atualizado dos pacientes com DRC em Terapia Renal Substitutiva da sua área de abrangência?	<p>☐ Sim</p> <p>☐ Não, porque?</p> <p>☐ Não sei</p>
Q12- A equipe realiza controle pressórico e de glicemia dos usuários sob recomendação?	<p>☐ Sim</p> <p>☐ Não, porque?</p>
Q13- A equipe faz acolhimento à demanda espontânea dos pacientes com DRC da sua área?	<p>☐ Sim, para todas as queixas que o paciente venha apresentar;</p> <p>☐ Sim, somente para as queixas não relacionadas à DRC;</p> <p>☐ Não</p>
Q14- Neste serviço, o enfermeiro realiza consulta de enfermagem? (Assinale os que considerar SIM como resposta)	<p>☐ Pessoas com diabetes (quer seja do tipo 1 ou do tipo 2)</p> <p>☐ Pessoas hipertensas</p> <p>☐ Idosos</p> <p>☐ Portadores de obesidade (IMC > 30 Kg/m²)</p> <p>☐ Histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca)</p>

	☐ Portadores de DRC ☐ Tabagismo ☐ Outros Grupos populacionais ☐ Não realiza consulta de enfermagem
Q15- A equipe realiza visitas domiciliares aos pacientes com DRC?	☐ Sim, quais profissionais: ☐ Medico ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar de enfermagem ☐ ACS ☐ Farmacêutico ☐ Outros: ☐ Não realiza
Q16- A equipe possui grupo de apoio e/ou orientação aos portadores de DRC e familiares?	☐ Sim ☐ Não

Outras questões:

Q17- Você gostaria de dar sugestões e/ou fazer comentários sobre a atuação da equipe na assistência à pessoa com DRC nesse serviço de a atenção primária à saúde?

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Juízes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CAAE Nº 58545116.3.0000.5414 (CEP CSE/FMRP/USP)

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) na validação opinativa de especialistas de um instrumento de coleta de dados construído para a dissertação de Mestrado denominada **"O papel da Atenção Primária na linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica- conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde "**. A pesquisa está inserida dentro de um projeto denominado "A Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica: Aspectos da Implantação e Perspectivas", do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). O objetivo deste estudo é identificar o conhecimento e as atitudes dos profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca do cuidado ao portador de doença renal crônica. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante. Após a leitura desse documento, preencha os seus dados, assine e envie, assim estará automaticamente concordando em participar da pesquisa.

SUA PARTICIPAÇÃO CONSISTIRÁ EM: 1. Realizar a leitura atenta do instrumento a ser avaliado; 2. Responder às perguntas referente ao conteúdo das questões contidas no instrumento; 3. Reenviar para a pesquisadora os questionários preenchidos via *email* ou correios com custo de envio sob responsabilidade das pesquisadoras. Poderá haver necessidade de nova rodada de avaliação se ocorrer discordância entre os profissionais que estarão avaliando o instrumento.

SIGILO E PRIVACIDADE

Todas as informações que o (a) Sr. (a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Os dados pessoais que fornecerá serão utilizados somente para a construção dos painéis de especialistas. Sua identidade será codificada e somente a pesquisadora e um dos membros da equipe terá acesso a esta chave de identificação. Suas respostas e dados pessoais serão guardados na confidencialidade, seu nome não aparecerá durante a pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados, e seus dados de contato não serão repassados a outrem.

DESCONFORTO E RISCOS

Responder ao questionário não está associado a riscos de saúde diretos. A participação nesta pesquisa é voluntária. Caso o(a) Sr.(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a pesquisa.

BENEFÍCIOS

Este estudo não apresenta benefícios diretos aos participantes. Porém, seus resultados poderão ser benéficos para nortear gestores e melhorar a qualidade da assistência na Atenção Primária à Saúde.

CONTATO:

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar por Thatiane Delatorre no telefone (16) 98230-8600 ou email tdelatorre@usp.br ou Janise Braga Barros Ferreira no endereço Avenida Bandeirantes, 3900 - Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – 2º andar do Hospital das Clínicas da FMRP.

Para denúncias e/ou reclamações referentes aos aspectos éticos da pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) USP - Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP- CSE/FMRP/USP: Endereço: Rua Teresina, nº 690; bairro Sumarezinho, Ribeirão Preto/SP. CEP: 14.055-380. Telefone: (16)3315-0009. E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br

RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do questionário e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter provido meios de esclarecimento e fornecido acesso uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante. Comprometo-me a disponibilizar o acesso aos resultados do presente estudo por meio da instituição de acompanhamento do mesmo, no caso da Universidade de São Paulo.

Eu,

_____, RG _____, tendo sido esclarecido sobre as condições do estudo, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos a que serei submetido, aos riscos e benefícios do trabalho, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados e manifesto livremente minha vontade de participar do referido estudo.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Profissionais**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
Departamento de Medicina Social**

Prezado (a) senhor (a),

Estamos convidamos você para participar como voluntário (a) de uma pesquisa intitulada **“O papel da Atenção Primária na linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica- conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde”**. Esta pesquisa está inserida dentro de um projeto denominado “A Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica: Aspectos da Implantação e Perspectivas” conduzida por uma equipe de pesquisadores do Departamento de Medicina Social da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto. Ela tem como objetivo identificar o conhecimento e as atitudes dos profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca do cuidado ao portador de doença renal crônica em uma Rede Regional de Atenção à Saúde. Sua participação consistirá em responder a um questionário que levará cerca de 15-20 minutos, não estando necessariamente a pesquisadora presente no momento do preenchimento. As informações fornecidas poderão contribuir para a melhoria dos serviços de saúde e na atenção as pessoas com doença renal crônica.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer tipo de ressarcimento de possíveis despesas decorrentes da participação nesta pesquisa. Você será esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é tratado (a) pelos pesquisadores.

Os pesquisadores irão tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo, com a garantia de que todas as informações fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa, os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos e na mídia e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada a todo o momento por você. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), e a outra será fornecida a você. As duas vias deste Termo devem ser assinadas e rubricadas em todas as páginas pelo (a) Sr. (a) e pelo pesquisador.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados nesta pesquisa oferece riscos à sua dignidade. Poderá haver algum incomodo devido ao tempo necessário para responder o questionário. Em caso de eventuais danos decorrentes desta pesquisa, garantimos o direito à indenização por agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, conforme as leis vigentes neste país.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo **“O papel da Atenção Primária na linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica- conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde”** de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, _____ de _____ de 2017.

_____ Nome	_____ Assinatura do participante	_____ Data
Thatiane Delatorre Pesquisadora	_____ Assinatura do pesquisador	_____ Data

Em caso de dúvidas a respeito dos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP pelos telefones (16) 3602-0000 ou (16) 3602-0029. CAAE Nº 58545116.3.0000.5414 (CEP CSE/FMRP/USP).

CONTATO:

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar por Thatiane Delatorre no telefone (16) 98230-8600 ou email tdelatorre@usp.br ou Janise Braga Barros Ferreira no endereço Avenida Bandeirantes, 3900 - Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – 2º andar do Hospital das Clínicas da FMRP.