UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DARLENE SUELLEN ANTERO TRAVAGIM

Prevenção da Doença Renal Crônica: intervenção na prática assistencial
em uma Equipe de Saúde da Família

Ribeirão Preto
2012

DARLENE SUELLEN ANTERO TRAVAGIM

Prevenção da Doença Renal Crônica: intervenção na prática assistencial
em uma Equipe de Saúde da Família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto e idoso com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Profa.Dra. Luciana Kusumota

Ribeirão Preto
2012

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.

Travagim, Darlene Suellen Antero

Prevenção da Doença Renal Crônica: intervenção na prática assistencial em uma Equipe de Saúde da Família / Darlene Suellen Antero Travagim; orientadora Luciana Kusumota - Ribeirão Preto, 2012.

117 p. : il.; 30cm

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2012.

1. Doença renal crônica. 2. Prevenção. 3. Enfermagem.
4. Educação em saúde.

TRAVAGIM, Darlene Suellen Antero

Prevenção da Doença Renal Crônica: intervenção na prática assistencial em uma Equipe de Saúde da Família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto e idoso com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Profa.Dra. Luciana Kusumota

Aprovado em: ____/ ____/ ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À minha família:
Meu pai João, minha mãe Marlene,
meus irmãos Demetrius e Leonardo.
E ao meu namorado Marcos.
Meu porto seguro.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por me dar a vida e a oportunidade de realizar este trabalho. Meu maior desejo é que o mesmo possa contribuir com o próximo de alguma maneira.

A toda minha família, base de tudo que sou.

Ao meu pai João, pelo incentivo e apoio de sempre. Responsável pelos principais valores que hoje possuo.

À minha mãe Marlene, pelo estímulo durante toda a minha formação, pelos conselhos, amor e carinho durante toda esta trajetória e durante a vida.

Aos meus irmãos queridos e amados, João Demetrius e João Leonardo.

Ao Marcos, meu namorado, muito importante para mim, estando sempre presente em todos os momentos. Obrigada pela força, por todo amor, carinho e compreensão.

À Profa. Dra. Luciana Kusumota, minha orientadora, a quem devo muito da minha formação, por todos os ensinamentos, por toda a dedicação desde a Iniciação Científica e agora na conclusão de mais esta importante etapa da minha vida.

À Unidade de Saúde da Família Dra. Heloísa Maia La Rocca/Portal do Alto, a toda sua equipe e funcionários, pela receptividade, pelo interesse e apoio que me deram. Sem vocês este trabalho não teria sentido.

À Profa. Dra. Sônia Maria Villela Bueno, pela preciosa ajuda na elaboração da Cartilha Educativa deste trabalho, todas as contribuições foram imprescindíveis.

À Profa. Dra. Maria José Bistafa, pela contribuição na elaboração deste trabalho desde a banca de qualificação, a elaboração da Cartilha Educativa até a minha imersão no campo.

À Marília, pela colaboração na validação da Cartilha Educativa.

Ao Prof.Dr. José Abrão Cardeal Costa, pela ajuda na validação da Cartilha Educativa.

Ao Francisco Vessi, do Serviço de Criação e Produção Multimídia da EERP/USP, não apenas pela diagramação da Cartilha Educativa como também pela extrema dedicação e colaboração para concretização deste trabalho.

Ao Willians Romano, do Serviço de Criação e Produção Multimídia da EERP/USP pela contribuição na Cartilha Educativa.

À Graziella pela companhia nos estudos, nos congressos, pelas dicas insubstituíveis e, principalmente, pela alegria radiante.

Às amigas Tanyse, Tiemi, Rachel e Janaina, pelas horas de descontração, por todo apoio, vocês são minha inspiração.

Às companheiras de casa Aruna, Lara e Marcela, obrigada pela compreensão, paciência e companhia.

A todos os docentes e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto que auxiliaram na concretização deste trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro que auxiliou a realização deste trabalho.

“ O Senhor é o meu pastor: nada me faltará.”
Salmos 23:1

RESUMO

TRAVAGIM, D. S. A. **Prevenção da Doença Renal Crônica: intervenção na prática assistencial em uma Equipe de Saúde da Família.** 2012. 117 f. (Dissertação Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2012.

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) possui múltiplos fatores de risco, revelando a necessidade de uma abordagem integral e interdisciplinar e sendo imprescindível a atuação dos profissionais da Atenção Básica à Saúde (ABS) para sua detecção precoce. A preparação desses profissionais torna-se prioridade para o estabelecimento da prevenção da DRC. **Objetivos:** Identificar os problemas prioritários em relação à prevenção da DRC, destacados pela equipe de saúde da atenção básica, na qual o enfermeiro se insere; implementar um plano de ação organizado pela equipe de saúde e pesquisadores que busca solucionar os problemas identificados sobre a prevenção da DRC; avaliar as ações relacionadas à prevenção da DRC realizadas junto à equipe participante da pesquisa. **Percurso Metodológico:** Foi utilizada a abordagem metodológica qualitativa baseada na pesquisa-ação, sendo que, na coleta de dados, foram utilizadas a técnica de observação participante e a entrevista semiestruturada. A coleta de dados foi realizada com 11 profissionais de uma equipe de saúde da família da região oeste de Ribeirão Preto/SP, entre maio e julho de 2011. A análise dos dados resultante das observações e das entrevistas foi feita por meio da Análise de Conteúdo Temática de Minayo. Baseando-se nos problemas prioritários levantados, foi planejada, implementada e avaliada a ação educativa junto à equipe de saúde da família. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. **Resultados e Discussão:** Os problemas prioritários relacionados à prevenção da DRC apresentados pela equipe de saúde da atenção básica emergiram da análise e interpretação dos relatos contidos nas entrevistas, originando duas categorias: “Aspectos teóricos acerca da prevenção da DRC” e “Aspectos da prática assistencial acerca da prevenção da DRC”. A primeira categoria foi dividida em duas subcategorias: “Definições da DRC e sua prevenção” e “Prevenção da DRC e a atenção básica à saúde”. Da mesma forma, a segunda categoria originou outras duas subcategorias: “O trabalho cotidiano e a prevenção da DRC” e “Intervenções diretas acerca da prevenção da DRC”. Então, definimos e elaboramos o plano de ação a ser desenvolvido para tentarmos solucionar os problemas levantados. Em abril de 2012, foi implementada a ação educativa utilizando duas estratégias: uso da cartilha educativa e apresentação da aula expositiva dialogada. Posteriormente, foi realizada a avaliação do processo pelos participantes da pesquisa. **Considerações Finais:** A equipe de saúde da família na qual o enfermeiro se insere possui potencialidades para atuar na prevenção da DRC. É essencial adotar estratégias para organização e preparação dessas equipes, a fim de que realizem intervenções que favoreçam a prevenção da DRC.

Palavras-chave: Doença renal crônica, prevenção, enfermagem, educação em saúde.

ABSTRACT

TRAVAGIM, D. S. A. **Prevention of Chronic Kidney Disease: Intervention in the care practice of a Family Health Team.** 2012. 117 f. (Master's thesis) – University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing, Ribeirão Preto; 2012.

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) has multiple risk factors, which indicates the need for an integral and interdisciplinary approach and the essential work of health professionals in the Primary Health Care (PHC) service to detect it early. Therefore, qualifying these professionals becomes a priority in the establishment of CKD preventive actions. **Objectives:** To identify priority issues related to the prevention of CKD highlighted by the PHC team in which nurses are included; to implement a plan action organized jointly with the health team to solve problems identified in relation to CKD; to evaluate the actions related to the prevention of CKD performed jointly with the studied team. **Method:** A qualitative methodological approach was used in the action research. Participant observation and semi-structured interviews were used in data collection. Data were collected from 11 professionals from a family health team in the west region of Ribeirão Preto, SP, Brazil between May and July 2011. The results of observations and interviews were analyzed through Thematic Content Analysis proposed by Minayo. An educational action based on the priority problems was planned, implemented, and evaluated jointly with the family health team. The project was approved by the Ethics Research Committee at the University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing. **Results and Discussion:** the priority problems related to the prevention of CDK presented by the health team in the PHC service emerged from the analysis and interpretation of reports contained in the interviews and originated two categories: "Theoretical aspects concerning the CDK prevention" and "Aspects of care practice concerning the prevention of CDK". The first category was divided into two subcategories: "Definitions of CDK and its prevention" and "CDK prevention and PHC". Two other two subcategories emerged from the second category: "Daily work and CDK prevention" and "Direct interventions concerning CDK prevention". Hence, we defined and developed an action aimed to resolve the problems identified. An educational plan was implemented in April 2012 through two strategies: an educational booklet and an interactive lecture. Afterwards, the study's participants evaluated the process. **Final Considerations:** The family health team in which nurses are included has potential to work in the prevention of CDK. The adoption of strategies to organize and qualify these teams is essential to enable interventions that favor the prevention of CDK.

Key words: Chronic Kidney Disease, prevention, nursing, health education.

RESUMEN

TRAVAGIM, D. S. A. **Prevención de la Enfermedad Renal Crónica: intervención en la práctica asistencial en un Equipo de Salud de la Familia.** 2012. 117 h. (Disertación de Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto; 2012.

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) posee múltiples factores de riesgo, revelando la necesidad de realizar un abordaje integrado e interdisciplinar; siendo imprescindible la actuación de los profesionales de la Atención Básica a la Salud (ABS) para su detección precoz. La preparación de esos profesionales es una prioridad para el establecimiento de la prevención de la ERC. **Objetivos:** Identificar los problemas que tienen prioridad en relación a la prevención de la ERC, destacados por el equipo de salud de la atención básica, de la cual el enfermero hace parte; implementar un plan de acción, organizado por el equipo de salud e investigadores, que busca solucionar los problemas identificados sobre la prevención de la ERC; evaluar las acciones relacionadas a la prevención de la ERC realizadas junto al equipo participante de la investigación. **Metodología:** Fue utilizado el abordaje metodológico cualitativo basado en la investigación-acción, siendo que, en la recolección de datos, fueron utilizadas la técnica de observación participativa y la entrevista semiestructurada. La recolección de datos fue realizada con 11 profesionales de un equipo de salud de la familia de la región oeste de Ribeirao Preto/SP, entre mayo y julio de 2011. El análisis de los datos resultante de las observaciones y de las entrevistas fue hecho por medio del Análisis de Contenido Temático de Minayo. Basándose en los problemas prioritarios levantados fue planificada, implementada e evaluada la acción educativa junto al equipo de salud de la familia. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto – Universidad de Sao Paulo. **Resultados y Discusión:** Los problemas prioritarios relacionados a la prevención de la ERC, presentados por el equipo de salud de la atención básica, surgieron del análisis e interpretación de los relatos contenidos en las entrevistas, originando dos categorías: “Aspectos teóricos acerca de la prevención de la ERC” y “Aspectos de la práctica asistencial acerca de la prevención de la ERC”. La primera categoría fue dividida en dos subcategorías: “Definiciones de la ERC y su prevención” y “Prevención de la ERC y la atención básica de la salud”. De la misma forma, la segunda categoría originó otras dos subcategorías: “El trabajo cotidiano y la prevención de la ERC” e “Intervenciones directas acerca de la prevención de la ERC”. Entonces, definimos y elaboramos el plan de acción a ser desarrollado para tratar de solucionar los problemas levantados. En abril de 2012, fue implementada la acción educativa utilizando dos estrategias: uso de la cartilla educativa y presentación de clase expositiva dialogada. Posteriormente, fue realizada la evaluación de los procesos por los participantes de la investigación. **Consideraciones Finales:** El equipo de salud de la familia en la cual el enfermero se insiere posee potencialidades para actuar en la prevención de la ERC. Es esencial adoptar estrategias para organizar y preparar esos equipos, a fin de que realicen intervenciones que favorezcan la prevención de la ERC.

Palabras Clave: Enfermedad renal crónica, prevención, enfermería, educación en salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Categorias e subcategorias que emergiram da análise dos relatos da equipe de saúde da família atuante em uma unidade de atenção básica em saúde da região oeste do município de Ribeirão Preto/SP, 2012	52
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro Aa - Dados de identificação da Equipe de Saúde da Família pesquisada, segundo idade, sexo, estado civil e escolaridade.....	48
Quadro Ab - Dados de identificação da Equipe de Saúde da Família pesquisada, segundo participação em eventos de difusão de conhecimento científico.....	50

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACSs	Agentes Comunitárias de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
Clcr	<i>Clearance</i> de creatinina
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DCV	Doenças cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
DP	Diálise Peritoneal
DRC	Doença Renal Crônica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FG	Filtração Glomerular
FAV	Fístula arteriovenosa
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HD	Hemodiálise
IC	Iniciação Científica
KDOQI	National Kidney Foundation
ND	Nefropatia Diabética
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana Da Saúde
PAHO	Pan-American Health Organization
PET	Programa de Educação para o Trabalho para Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 A motivação para o estudo	17
1.2 As doenças crônicas não transmissíveis.....	18
1.3 A doença renal crônica	20
2 OBJETIVOS	24
3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	26
3.1 A atenção primária à saúde e a atenção básica à saúde	27
3.2 A conceituação de prevenção	28
3.3 Principais aspectos da prevenção da DRC	29
3.4 Políticas públicas de prevenção da DRC	31
3.5 Atuação do enfermeiro na prevenção da DRC	32
4 PERCURSO METODOLÓGICO	33
4.1 Tipo de estudo	34
4.2 Local de estudo	36
4.3 População de estudo	37
4.4 Aspectos éticos	38
4.5 A coleta de dados	38
4.6 Análise de dados	44
4.7 Preparo e realização da ação educativa	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 Caracterização sociodemográfica, econômica e profissional da equipe de saúde da família	48
5.2 Problemas prioritários da equipe de saúde da atenção básica em relação à prevenção da DRC	51
5.3 Categoria 1 – Aspectos teóricos acerca da prevenção da DRC	53
5.3.1 Definições da DRC e sua prevenção	54
5.3.2 Prevenção da DRC e a atenção básica à saúde	61
5.4 Categoria 2 – Aspectos da prática assistencial acerca da prevenção da DRC	64
5.4.1 O trabalho cotidiano e a prevenção da DRC	65
5.4.2 Intervenções diretas acerca da prevenção da DRC	71

6 DESENVOLVIMENTO DA AÇÃO EDUCATIVA	76
6.1 O projeto educativo: planejamento, execução, avaliação e sugestão	77
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
8 REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICES	93
ANEXOS	115

1.1 A motivação para o estudo

Desde o início de nossa formação universitária, como graduanda em Enfermagem, acompanhamos o interesse em prevenir complicações crônicas em saúde e não agir somente de forma curativa ou assistencialista.

Enquanto universitária, entendemos a importância de se considerar a promoção e prevenção em saúde, no entanto, o que mais observávamos nos campos de estágio, ou seja, na realidade dos serviços, eram pessoas acometidas por doenças e agravos que poderiam ser prevenidos.

A prevenção e o controle das doenças crônicas, as quais estão crescendo continuamente nos países de baixa e média renda, exigem esforços no âmbito da saúde pública internacionalmente. É essencial comunicar os conhecimentos e informações atualizados para profissionais da linha de frente (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), 2005).

Estudo realizado por Gricio, Kusumota e Cândido (2009) chamou-nos atenção quanto ao déficit de conhecimento das pessoas com Doença Renal Crônica (DRC), em tratamento conservador. Elas pouco conheciam sobre a doença, o tratamento conservador, a diálise e o transplante renal, o que pode prejudicar o início e a adesão ao tratamento. Esses resultados instigaram uma investigação sobre o atendimento em nível primário dessas pessoas, previamente aos agravos do estado de saúde.

Foi, então, que desenvolvemos um projeto de iniciação científica (IC) do qual originaram dois artigos intitulados “Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da Doença Renal Crônica” e “Prevenção e Progressão da Doença Renal Crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos” e nos quais pudemos desvelar graus diversos de conhecimentos e atuações das enfermeiras na Atenção Básica à Saúde (ABS), inclusive no rastreamento dos diabéticos e hipertensos. Observamos que há dificuldades em seguir os protocolos públicos específicos. O estudo demonstrou que as enfermeiras entrevistadas possuíam graus diferenciados de conhecimentos para uma atuação padronizada que supriria as necessidades das pessoas e conseqüentemente garantiria a prevenção da DRC. Algumas mencionaram sugestões para melhorar essa condição como organizar e preparar as equipes de saúde por meio do estabelecimento de protocolos específicos para a

educação na assistência às pessoas de risco ou com DRC. Enfatizamos, dessa forma, a necessidade de investimentos na organização e preparação das equipes de saúde para a assistência às pessoas com DRC ou com risco para desenvolvê-la (TRAVAGIM; KUSUMOTA, 2009; TRAVAGIM et al., 2010).

Assim sendo, este projeto de pesquisa foi pensado a partir dos resultados do projeto de IC citado e sua trajetória resultou nesta dissertação de mestrado, a qual nos propomos a aprofundar os conhecimentos relacionados à atuação dos profissionais de uma equipe de saúde da família, no que diz respeito à questão do acompanhamento de pessoas com risco ou com DRC. Fizemos um levantamento dos problemas prioritários dos profissionais a respeito desse tema. Em seguida, planejamos e implementamos um plano de ação junto a essa equipe, a fim de contribuir para a melhora nas ações mais padronizadas acerca da prevenção da DRC.

1.2 As doenças crônicas não transmissíveis

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus (DM). Sabe-se que 80% delas ocorrem em países de baixa e média renda, incluindo o Brasil. Há alguns anos, as doenças crônicas têm sido consideradas as principais causas de mortes nos Estados Unidos e Canadá assim como na América Latina e Caribe (OPAS, 2005; PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO), 2007).

O número de pessoas com doenças crônicas tende a aumentar em razão do crescimento e envelhecimento populacional, além das modificações nos padrões de consumo e comportamento não saudáveis da população como alimentação inadequada, inatividade física, tabagismo, estresse social entre outros (MENDES, 2011).

Referindo-se à hipertensão arterial sistêmica (HAS), é estimado que há no mundo um bilhão de pessoas hipertensas, sendo esperado um crescimento para 1,5 bilhão até 2025, o que corresponde a aproximadamente 30% da população global

(SCHLAICH; DRUM; SOBOTKA, 2010). Estudos realizados nos últimos 20 anos, em cidades brasileiras, estimam prevalência da HAS entre 25 e 30% (CESARINO et al., 2008; ROSÁRIO et al., 2009). Outro estudo brasileiro ainda destaca que, em pessoas adultas, 50,8% têm conhecimento de ser hipertensas, 40,5% estão em tratamento e apenas 10,4% controlam a pressão arterial (GUS et al., 2004). Na cidade de Ribeirão Preto, no ano de 1997, a prevalência de HAS foi de 40,5%, na população urbana de 30 a 69 anos (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Em relação ao DM, o número estimado de pessoas acometidas no mundo era de 30 milhões de adultos no ano de 1985. Atingiu os 135 milhões em 1995, passando para 173 milhões em 2002, há expectativa que atinja 300 milhões de pessoas em 2030 (WILD et al., 2004). No Brasil, no final da década de 1980, um estudo estimou a prevalência de DM na população adulta de 7,6% (MALERBI; FRANCO, 1992).

Um estudo desenvolvido em 2004 constatou que o Brasil possuía, em 2000, 4,6 milhões de pessoas com diabetes, ocupando o oitavo lugar entre os dez países com maior número de casos de diabetes. Em 2030, a projeção é de que o país passará a ocupar a sexta posição, somando 11,3 milhões de pessoas diagnosticadas com essa doença (WILD et al., 2004). Pesquisa realizada em Ribeirão Preto, em 1997, revelou que o DM afetava 12,1% das pessoas de 30 a 69 anos da população urbana (TORQUATO et al., 2003). Em 2006, pesquisa mais recente, realizada nessa mesma população, demonstrou aumento da taxa para 15,02% de diabéticos (MORAES et al., 2010).

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus podem ser consideradas causas etiológicas da DRC com relevância no quadro epidemiológico atual, devendo ser monitoradas frequentemente quanto à lesão renal (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (KDOQI), 2002). Dados recentes do censo de diálise brasileiro demonstram que a HAS e o DM representam respectivamente 35% e 28% dos casos de pessoas em tratamento dialítico no país (SESSO et al., 2011).

1.3 A doença renal crônica

A DRC assume importância global e atualmente é considerada um problema de saúde pública. A prevalência e a incidência dessa doença nos Estados Unidos vêm aumentando, com desfecho ruim e custos elevados (KDOQI, 2002).

Os países com maior prevalência de DRC terminal são Japão e Taiwan. Os números se aproximaram de 1.800 e 1.600 pessoas por milhão de habitantes respectivamente em 2003. Já nos Estados Unidos e Espanha, a ordem é de 1.500 e 1.000 pessoas com DRC terminal por milhão de habitantes, demonstrando que tal prevalência é um pouco menor (UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM, 2006). No Brasil, estima-se que atualmente exista 1,2 milhão de pessoas com insuficiência renal, embora ainda sejam escassos os dados epidemiológicos relacionados à DRC (OLIVEIRA; ROMÃO; ZATZ, 2005).

Segundo dados do censo realizado em 2010, as estimativas nacionais das taxas de prevalência e incidência de tratamento dialítico resultaram em 483 e 100 pessoas por milhão da população respectivamente. O número estimado de pessoas em diálise foi de 42.695 em 2000, já em 2010 esse número mais do que dobrou para 92.091, o que demonstra que a prevalência de pessoas em diálise tem apresentado aumento progressivo, ao longo dos anos. A taxa bruta de mortalidade anual foi de 17,9%. O tratamento por hemodiálise era feito por 90,6% das pessoas em diálise crônica e 9,4% por diálise peritoneal (SESSO et al., 2011).

Em relação aos aspectos fisiopatológicos, a doença renal crônica é definida como uma síndrome na qual ocorre a perda irreversível e progressiva das funções glomerular, tubular e endócrina dos rins. Pessoas com filtração glomerular $< 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ por três meses ou mais, com ou sem lesão renal são classificadas como tendo DRC ou ainda, nos casos com $\text{FG} > 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ e presença de um marcador de lesão da estrutura renal, por exemplo a albuminúria (KDOQI, 2002).

Segundo a *National Kidney Foundation (KDOQI) Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Executive Summary* (2002), esse valor da filtração glomerular (FG) é obtido por meio da estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) a qual é alcançada por meio da dosagem de creatinina sérica ou plasmática. As fases de redução nas funções renais são classificadas em estágios de acordo com a TFG:

Estágio 0: a TFG está maior ou igual a 90 ml/min/1,73m² e há presença de fatores de risco para DRC, como, por exemplo, hipertensão arterial, diabetes mellitus e pessoas que possuem familiares com DRC;

Estágio 1: há lesão renal, mas a TFG ainda mantém-se normal (maior ou igual a 90 ml/min/1,73m²);

Estágio 2: há pouca diminuição da TFG (60-89 ml/min/1,73m²), ou seja, discreto comprometimento renal;

Estágio 3: há diminuição moderada da TFG (30-59 ml/min/1,73m²), já com alterações laboratoriais;

Estágio 4: há a diminuição grave da TFG (15-29 ml/min/1,73m²), podendo existir sintomas clínicos;

Estágio 5: TFG menor que 15 ml/min/1,73m², caracterizado pela DRC terminal ou dialítica.

O *clearance* de creatinina (Clcr) deve ser realizado uma vez ao ano nas pessoas de risco que apresentam função renal normal (FG > 90 ml/min/1,73m²); semestralmente em pessoas com lesão renal leve (FG entre 60-89 ml/min/1,73m²); avaliação trimestral para pessoas com doença renal moderada (FG entre 30-59 ml/min/1,73m²); e por fim, é obrigatório o encaminhamento ao nefrologista das pessoas com doença renal grave (FG entre 15-29 ml/min/1,73m²) ou com doença renal terminal (FG < 15 ml/min/1,73m²) (BRASIL, 2006).

As pessoas que compõem o chamado grupo de risco para DRC são as pessoas com HAS, DM e pessoas que possuem familiares com DRC. Além dessas, moléstias como glomerulopatias, doença renal policística, doenças autoimunes, infecções sistêmicas, infecções urinárias de repetição, litíase urinária, uropatias obstrutivas e neoplasias podem estar relacionadas à perda da função renal (BRASIL, 2006).

A obesidade, as dislipidemias e o tabagismo são fatores que podem acelerar a progressão da DRC (BRASIL, 2006). Essa doença também pode acelerar-se com o processo de envelhecimento relacionado às alterações fisiológicas comuns à idade (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

A nefropatia diabética (ND) é a principal causa de DRC em vários países da Europa, Japão e EUA. Nesses a ND representa quase 50% das pessoas com DRC. Sua ocorrência depende de fatores ambientais, da hiperglicemia e de fatores genéticos que determinam a suscetibilidade ou resistência da pessoa. A principal

estrutura renal acometida na ND é o glomérulo, pois o quadro de hiperglicemia sérica constante ou em picos, por meio de alguns mecanismos, aumenta a matriz extracelular glomerular, processo denominado como glomerulosclerose. A hiperglicemia induz uma série de alterações bioquímicas que participam da lesão renal no DM (FARIA, 2007).

O declínio da função renal em hipertensos apresenta correlação com o aumento dos valores pressóricos. Ocorre má adaptação ao aumento da pressão arterial sistólica, dessa forma a vasoconstrição da arteríola aferente fica diminuída, fazendo com que a pressão hidrostática e o fluxo sanguíneo capilar do glomérulo resultantes sejam maiores, ocasionando, consequentemente, maior filtração. Então são observadas a presença de proteinúria e a perda da função renal (TAVARES; ROSA, 2007).

Kirsztajn e Bastos (2007) afirmam que a proposta que parece mais viável para o rastreamento das pessoas pertencentes aos grupos de risco para DRC, ou seja, hipertensos, diabéticos e pessoas que possuem familiares com DRC, é a estimativa da filtração glomerular a partir da creatinina, a investigação de proteinúria e, quando necessária, a pesquisa de microalbuminúria.

Em relação aos tipos de tratamentos da DRC, o tratamento conservador, realizado no período pré-diálise, tem como finalidade retardar a progressão da DRC. Envolve fundamentalmente a dietética (redução do consumo de proteínas, sal, potássio, fósforo, gorduras etc.), a terapêutica medicamentosa, o controle de doenças de base e de comorbidades (BREGMAN, 2007).

A necessidade de um programa dialítico é indicada quando as pessoas com DRC em estágio avançado apresentam sintomas de uremia (náuseas, debilidade, fadiga, desorientação, dispneia e edema nos braços e pernas), ou quando o tratamento conservador tornar-se incapaz de manter a qualidade de vida. É então recomendado iniciar a terapia renal substitutiva (TRS) que pode ser realizada por meio de modalidades dialíticas ou pela realização de transplante renal (DRAIBE; AJZEN, 2005; THOMÉ et al., 2006).

A hemodiálise (HD) é uma das modalidades dialíticas, na qual o dialisador, uma membrana semipermeável sintética, possui a função de remover o excesso de água e componentes tóxicos do sangue, utilizando uma máquina de diálise. Normalmente são necessárias três sessões de hemodiálise por semana, com duração de três a quatro horas (CANZIANE; DRAIBE; NADALETTO, 2005). Para

realizar a hemodiálise, é necessário um acesso vascular que permita a saída do sangue para o dialisador e o retorno do sangue para o corpo do paciente que pode ser permanente, como a fístula arteriovenosa (FAV) ou temporário, como o cateter de duplo lúmen (IKEDA; CANZIANE, 2005).

Outra modalidade dialítica possível é a diálise peritoneal (DP) na qual o próprio peritônio da pessoa é utilizado como filtro natural, pois é uma membrana semipermeável e vascularizada localizada no abdome. Um cateter de silicone é implantado cirurgicamente próximo à região umbilical. Por esse cateter é infundida a solução de diálise na cavidade peritoneal. O procedimento consiste na difusão e ultrafiltração do excesso de água, eletrólitos e de resíduos do organismo os quais são drenados por gravidade para fora do corpo da pessoa. Normalmente são necessárias várias sessões diárias que poderão ser realizadas pelo paciente ou cuidador em sua casa (CANZIANE; DRAIBE; NADALETTO, 2005; SMELTZER et al., 2008).

O transplante renal integra outra possibilidade de tratamento da pessoa com comprometimento renal. Esse tratamento envolve o transplante de um rim de doador vivo ou falecido para o receptor com DRC. É necessário que seja feita terapia imunossupressora durante o período em que a pessoa tiver um rim transplantado funcionando (CANZIANE; DRAIBE; NADALETTO, 2005; SMELTZER et al., 2008).

Dessa forma, é importante considerar a grande relevância da DRC e sua repercussão em âmbito global (KDOQI, 2002). Além disso, destaca-se a natureza múltipla dos fatores de risco dessa doença, revelando a necessidade de uma abordagem integral e interdisciplinar e mostrando-se imprescindível a atuação dos profissionais da ABS na detecção precoce da DRC. Sendo assim, a educação e a formação desses profissionais tornam-se prioridades para realmente se estabelecer a prevenção da DRC (BASTOS; BASTOS, 2007; SCHIEPPATI; PERICO; REMUZZI, 2003). Logo, ficamos motivados a desenvolver este trabalho o qual visa a contribuir para o aprimoramento da prevenção dessa doença.

- Identificar os problemas prioritários em relação à prevenção da DRC, destacados pela equipe de saúde da atenção básica, na qual o enfermeiro se insere;
- Implementar um plano de ação organizado pela equipe de saúde e pesquisadores que busca solucionar os problemas identificados sobre a prevenção da DRC;
- Avaliar as ações relacionadas à prevenção da DRC realizadas junto à equipe participante da pesquisa.

3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1 A atenção primária à saúde e a atenção básica à saúde

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde convocou a Conferência Internacional de Alma Ata, com o tema central de “Cuidados Primários à Saúde” a qual acabou reconhecendo a saúde como direito fundamental e definiu um conceito para Atenção Primária à Saúde (APS). Os cuidados primários à saúde requerem sistemas de referência e contrarreferência, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, priorizando os indivíduos e comunidades mais necessitados (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), 1978). Já em 1998, em Ottawa, no Canadá houve a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, reafirmando o entendimento da saúde como direito humano (BRASIL, 2002).

No Brasil, em 1988, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de organizar o atendimento à saúde, a partir da Atenção Básica. Esta última pode ser definida como um conjunto de “ações de saúde que englobam a promoção, a prevenção, o diagnóstico e a reabilitação em saúde.” (BRASIL, 2003, p. 89).

Atenção Básica à Saúde foi a denominação para organizar o modelo de atenção à saúde, incorporando atributos da APS, durante a política do SUS (BRASIL, 2003). Na década de 1990, foram implantados no Brasil os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, no movimento de implementação da Atenção Primária à Saúde.

Estudo realizado no Brasil e Espanha observou que os serviços de saúde brasileiros necessitam que seus profissionais sejam incentivados a trabalhar nas equipes de saúde da família com maior investimento na educação sobre medidas preventivas aos que já trabalham na área. Além disso, destacou-se também a importância da implementação de instrumentos e protocolos para facilitar a aplicação de medidas preventivas pelos profissionais (SANTOS, 2010).

3.2 A conceituação de prevenção

As ações de prevenção definem-se como intervenções realizadas para se evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência. As ações em saúde nessa linha de prevenção e educação em saúde precisam ser formadas por meio da divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2003). O foco da prevenção é a doença e os mecanismos para atacá-la, por isso, a prevenção é norteadada pelas ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco das doenças (BUSS, 2002).

Restrepo (2001) afirma que a prevenção atua de modo primário, secundário e terciário, reduzindo os fatores de riscos e controlando as doenças especificamente. Portanto as ações se dirigem às pessoas com possibilidade de adoecer (primário), àquelas com alto risco ou com manifestação subclínica da doença (secundário) ou aos que buscam prevenir-se de complicações e/ou da morte. Em relação à promoção da saúde, a autora coloca que essa atua sobre os determinantes da saúde e cria alternativas saudáveis para a população, sendo que as ações são direcionadas à população em geral e às condições relacionadas à saúde.

Os tipos de intervenções são similares para a promoção da saúde e a prevenção primária, no entanto, diferentes nos outros níveis da prevenção. As intervenções podem ser consideradas procedimentos clínicos, na prevenção secundária e terciária, com o objetivo de prevenir complicações e mortes, por isso o papel dessas intervenções tende à competência técnica e científica. Já na prevenção primária, há semelhança com a promoção da saúde devido ao fato de que, nesse nível de prevenção, a concepção de saúde é mais ampliada e necessita de uma atuação mais integrada (RESTREPO, 2001).

Em relação às estratégias, as ações de prevenção e promoção se encontram quando utilizam instrumentos como a informação, a educação e a comunicação para a saúde, o fortalecimento da participação comunitária e da ação política para a formulação e implantação de políticas públicas saudáveis (RESTREPO, 2001).

Buss (2002) reforça que as estratégias para intervir no processo saúde-doença incluem

[...] a promoção da saúde, a prevenção das doenças, acidentes e violências e seus fatores de risco, e o tratamento/reabilitação das mesmas. Ações derivadas de cada uma destas estratégias estão com grande frequência imbricadas, pois são campos complementares no esforço integrado e de melhorar a saúde da população (BUSS, 2002, p. 50).

Acreditamos que a equipe de saúde pode atuar tanto prevenindo doenças como promovendo a saúde das pessoas, portanto fazendo uso da prevenção e promoção na atuação com o tema da doença renal crônica.

3.3 Principais aspectos da prevenção da DRC

Bastos e Bastos (2007) propõem a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na prevenção da DRC visando à natureza múltipla dos fatores de risco que envolve essa doença. Eles destacam que a prevenção pode ocorrer em diferentes níveis, sendo que, no nível primário, as ações podem ser realizadas exclusivamente pela ESF por meio da identificação dos grupos de risco para a doença e intervenção nos fatores de risco.

As ações do nível secundário podem ser desempenhadas juntamente pela ESF e o nefrologista com a participação maior ou menor de um ou de outro, dependendo do estágio da doença. Nesse nível, as intervenções são prioritariamente para retardar a progressão da DRC, identificar e corrigir suas complicações e comorbidades. No nível terciário, ocorrem a identificação e o manuseio das complicações mais frequentes quase que exclusivamente realizadas pelos nefrologistas. As intervenções objetivam identificar e corrigir as complicações e comorbidades que ocorrem em paciente com DRC, nos estágios mais avançados (BASTOS; BASTOS, 2007).

As medidas de prevenção e de intervenção no ritmo da progressão da DRC, tais como combate ao tabagismo, ao alcoolismo, à obesidade e ao sedentarismo, também devem ser implementadas no atendimento às pessoas na ABS. Tais medidas visam à promoção da saúde e ao controle rigoroso do tratamento das pessoas com HAS e DM, bem como à investigação da função renal, em especial

nos grupos de risco para DRC. Para tanto, são necessários a capacitação de profissionais, o estabelecimento de diretrizes clínicas, a realização de exames laboratoriais, o acesso aos medicamentos e aos equipamentos para diagnóstico da DRC (BRASIL, 2006).

Mudanças nos hábitos de vida, tais como adoção da alimentação saudável e prática de exercícios físicos, são necessárias para a prevenção da DRC (BRIAN; PEREIRA, 2002). Outra estratégia baseia-se na determinação da perda urinária de albumina. A proteinúria é um fator preditor de presença de nefropatia, esta determinação, juntamente com a aferição da pressão arterial, embora simples, constituem instrumentos poderosos não só para o diagnóstico da DRC, mas também para o seu prognóstico e para o controle dos fatores de risco para doença cardiovascular (KIRSZTAJN; BASTOS, 2007).

Há muito, a DRC tem sido caracterizada como uma doença irreversível que progride para a falência renal. No entanto, evidências clínicas atuais comprovam retardo ou até mesmo bloqueio da progressão da DRC por meio de estratégias terapêuticas renoprotetoras farmacológicas ou não (BUCHARLES; PECOITS-FILHO, 2009).

Há medidas farmacológicas que são utilizadas para a redução do risco da progressão da DRC, como é o caso da administração dos bloqueadores do sistema renina angiotensina aldosterona, pois reduz a pressão arterial principalmente em diabéticos (CASAS et al., 2005). A administração de inibidores da enzima conversora de angiotensina em pessoas com DRC, inclusive as que se encontram em estágio avançado da doença, resulta em abrandamento da progressão da DRC, de mortes por causas cardiovasculares como também redução da proteinúria (HOU et al., 2006).

Desse modo, o diagnóstico precoce, a implementação das medidas que retardam a progressão da DRC, a identificação e correção das suas principais complicações e comorbidades e o preparo biopsicossocial do paciente para o início da TRS são medidas fundamentais para se assegurarem cuidados ótimos às pessoas com perda progressiva da filtração glomerular que podem ser implementados desde a atenção básica até uma equipe especializada com destaque para a equipe multidisciplinar e seu impacto positivo no tratamento da pessoa com DRC (BASTOS et al., 2004).

3.4 Políticas públicas de prevenção da DRC

Recomendações internacionais foram criadas em 2002. A *National Kidney Foundation* (NKF), por meio do *Disease Outcome Quality Initiative* (DOQI), desenvolveu diretrizes para os cuidados oferecidos às pessoas em diálise. No curso do desenvolvimento do DOQI, tornou-se evidente que, para melhorar os resultados da diálise, seria necessário melhorar as condições de saúde do indivíduo que ingressa na TRS, por meio do diagnóstico precoce e adequado acompanhamento durante a progressão da doença. Essas foram as bases para a proposta de ampliação das diretrizes para todas as fases da doença renal, especialmente as mais precoces, quando as intervenções podem prevenir a perda da função renal, postergar sua progressão e amenizar as disfunções e comorbidades naqueles que progridem para falência renal (KDOQI, 2002).

Em âmbito nacional, o Ministério da Saúde elaborou em 2006 o Caderno de Atenção Básica “Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais”, sendo considerado a primeira iniciativa brasileira de ação estruturada para a prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares (DCV) e renal crônica em larga escala. Tem ainda por objetivo sistematizar as condutas recomendadas com base em evidências científicas e é dirigido aos profissionais da rede pública de saúde. Isso exige um esforço conjunto dos gestores públicos federal, estadual e municipal, das sociedades científicas, das instituições de ensino, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral para o completo êxito na prevenção e controle das doenças, dentre elas a DRC (BRASIL, 2006).

3.5 Atuação do enfermeiro na prevenção da DRC

As ações de educação em saúde são imprescindíveis para a efetividade de ações na progressão da doença. Sendo assim, o enfermeiro destaca-se pela importante atribuição que possui como profissional cuidador e educador que o torna um dos principais responsáveis por sistematizar o autocuidado, desenvolver atividades educativas de promoção da saúde, prestar assistência aos principais grupos de risco para DRC, reduzir a incidência da DRC assim como buscar melhoria da qualidade de vida (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009; PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2006; TRAVAGIM; KUSUMOTA, 2009; TRAVAGIM et al., 2010). O “Caderno de atenção básica para prevenção clínica da DRC” do Ministério da Saúde destaca algumas atribuições e competências do enfermeiro, tais como capacitar e supervisionar auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde; realizar consultas de enfermagem abordando os fatores de risco, tratamento não medicamentoso e adesão; encaminhar à consulta médica aquelas pessoas de difícil controle ou com lesões em órgãos-alvo; desenvolver atividades educativas de promoção à saúde com todas as pessoas da comunidade e com grupos específicos; e solicitar exames (BRASIL, 2006).

Dessa forma, podemos concluir que os enfermeiros são profissionais essenciais na educação em saúde e podem contribuir na prevenção da DRC em suas práticas. Esses profissionais têm realizado o rastreamento dos principais grupos de risco para DRC como as pessoas hipertensas e diabéticas, no entanto ainda é necessário adotar estratégias protocoladas a fim de garantir a assistência sistematizada a essas pessoas. Logo, enfermeiros e demais profissionais da equipe podem atuar efetivamente na prevenção e progressão da DRC (TRAVAGIM; KUSUMOTA, 2009; TRAVAGIM et al., 2010).

Por isso, esta pesquisa tem como finalidade reconhecer as ações realizadas na prática em uma unidade de saúde no que se refere à questão do acompanhamento de pessoas com risco ou que já tenham desenvolvido a DRC, levantar os temas de interesse da equipe em relação a essa questão, além de realizar um plano de ação organizado junto à equipe desse serviço, a fim de contribuir para a melhora nas ações acerca da prevenção da DRC.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma investigação de abordagem qualitativa baseada na pesquisa-ação, tendo em vista sua adequação a este trabalho que pretendeu criar oportunidades para os participantes refletirem sobre sua atuação junto às pessoas com DRC ou àqueles com risco de desenvolverem essa doença. Segundo Thiollent (2009), esse tipo de pesquisa tem intenção de fazer com que os participantes se conscientizem da realidade, identifiquem dificuldades, solucionem os problemas identificados por meio de ação, além de produzirem conhecimento.

Thiollent (2009, p. 16) define

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Assim sendo, tanto o pesquisador quanto o grupo pesquisado interagem de modo participativo, desenvolvendo as ideias propostas no plano de pesquisa, sendo possível, ocorrerem ajustes progressivos no planejamento da investigação, se assim for necessário, fortalecendo a questão da pesquisa com ação. Os objetivos dessa metodologia devem estar relacionados à produção de conhecimentos voltados à prática, sendo assim, ao final do estudo deve haver uma melhor compreensão dos condicionantes da práxis, acarretando numa mudança nas práticas profissionais e numa reestruturação dos processos formativos (FRANCO, 2005).

De acordo com os princípios da pesquisa-ação, um roteiro deve ser seguido pelos pesquisadores, porém cabe ressaltar que o planejamento desse tipo de pesquisa é flexível, havendo possibilidade de ajustar-se progressivamente aos acontecimentos. A seguir, descrevemos as etapas desse processo segundo Thiollent (2009):

A fase exploratória consiste em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas, estabelecendo assim o primeiro “diagnóstico” da situação, os problemas prioritários, objetivos e eventuais ações. Após essa fase, o tema da pesquisa é estabelecido, ou seja, designa-se o problema prático e a área de

conhecimento a serem abordados. Os problemas terão de ser definidos de forma clara e prática, porque a pesquisa será organizada em torno da busca de soluções.

Posteriormente à definição do tema e dos problemas iniciais, os pesquisadores devem progredir no conhecimento teórico (pesquisa bibliográfica), para definir um marco teórico específico para nortear a pesquisa. Porém sem deixar de lado os problemas práticos, a mediação teórico-conceitual permanece operando em todas as fases do desenvolvimento do projeto. Na fase inicial da pesquisa, é necessário estabelecer os problemas principais a partir dos quais a investigação será desencadeada. Isso significa que devemos definir uma problemática na qual o tema escolhido adquira sentido de acordo com o marco teórico-conceitual adotado.

Uma hipótese é definida como uma suposição formulada pelo pesquisador a respeito de possíveis soluções a um problema colocado na pesquisa, principalmente ao nível observacional. A formulação de hipóteses pelo pesquisador social é importante para identificação de informações necessárias, evita a dispersão e seleciona os dados. A hipótese pode ser utilizada no plano normativo com aspectos estratégicos e táticos, orientando a ação e supondo critérios que estejam claramente definidos entre pesquisadores e participantes.

As principais técnicas utilizadas para a coleta de dados são as entrevistas coletivas e individuais. Junto dessas técnicas também podem ser utilizados questionários convencionais, aplicados em maior escala ou técnicas antropológicas como observação participante, diários de campo, história de vida. Os participantes da pesquisa vivenciam o processo de aprendizagem conjuntamente, no qual contribuem pesquisadores e eventuais especialistas.

Para que a pesquisa-ação se concretize, são necessários uma ação planejada, objeto de análise, deliberação e avaliação, sendo que o principal ator é quem faz ou quem está efetivamente interessado na ação, o pesquisador tem o papel auxiliar. Essa ação corresponde ao que precisa ser feito para realizar a solução de um determinado problema. O campo de atuação e a problemática adotada ajudam a definir os tipos de ação: educativa, comunicativa, técnica, política e cultural.

A disseminação dos resultados da pesquisa deve ser realizada tanto aos grupos implicados diretamente na pesquisa como também aos outros setores da população. A restituição da informação é necessária para permitir uma visão de conjunto de tudo que foi abordado. Esses resultados poderão gerar reações e

contribuir para a dinâmica da tomada de consciência e até sugerir mais pesquisas sobre o assunto (THIOLLENT, 2009).

A opção pela pesquisa-ação justifica-se, pois permite o diagnóstico das necessidades (problemas), propondo ações/intervenções educativas, favorecendo interpretação e compreensão dos achados. Isso permite o planejamento e efetivação, por exemplo, de uma cartilha educativa, levando-se em consideração a conscientização dos participantes do estudo para a transformação (BUENO, 2009). Dessa forma, considerando a sua aplicação imediata num contexto de prática no trabalho, a pesquisa-ação pode vir a se adaptar perfeitamente à realidade da equipe da ABS.

4.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido na cidade de Ribeirão Preto/SP que possui uma rede municipal de saúde organizada, na tentativa de compatibilizar as necessidades advindas do crescimento do município com a melhora do acesso da população aos serviços de saúde, por isso a assistência está organizada em cinco regiões denominadas Distritos de Saúde localizados nas regiões: norte, sul, leste, centro e oeste (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

Foi selecionada intencionalmente a Unidade de Saúde da Família (USF) Dra. Heloísa Maia La Rocca/Portal do Alto por localizar-se em região municipal de abrangência universitária, bem como pelas características e conformação da equipe de saúde da família que foram consideradas como aspectos positivos para o desenvolvimento da pesquisa. Segundo Minayo, Assis e Souza (2005), na pesquisa qualitativa, o campo e os grupos a serem observados precisam conter o conjunto de experiências que os pesquisadores pretendem apreender.

A USF está localizada na região oeste do município. Essa unidade é gerenciada pela Unidade Básica de Saúde Prof. Dr. Aymar Baptista Prado/Dom Mielle que também é responsável pela administração da USF Prof. Dr. Domingos A. Lomônaco/Eugênio Lopes. A USF Portal do Alto está instalada no prédio atual desde 2007, mas terá novas instalações futuras, as quais estão passando por reparos.

De acordo com o consolidado das famílias cadastradas do ano de 2011 do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), a Unidade de Saúde da Família estudada possuía 704 famílias cadastradas, totalizando 2.294 pessoas, sendo que 1.191 eram do sexo feminino e 1.103 do sexo masculino. O grupo de pessoas mais numeroso de acordo com a faixa etária era o compreendido entre 20 e 39 anos de idade e o menos numeroso era o de menores de um ano de idade com apenas 49 registros, já os idosos (>60 anos) totalizaram 115 pessoas, e a soma de gestantes foi de seis mulheres.

Número de doenças referidas como hipertensão arterial somaram 190 pessoas acometidas, diabetes mellitus, 70 pessoas, epilepsia, 11 pessoas, alcoolismo, seis pessoas, Chagas, duas pessoas e com hanseníase uma pessoa. Não houve registro de DRC na população nesse período. Pessoas que possuíam plano de saúde eram 1.027 (44%), apenas um domicílio não possuía tratamento de água, o restante realizava filtração, fervura ou cloração da água. Todo o abastecimento de água era realizado pela rede pública assim como o tratamento de esgoto. Os tipos de casas eram todas de tijolo/adobe, e o destino do lixo totalmente realizado pela coleta pública.

4.3 População de estudo

A população deste estudo foi constituída pela equipe de saúde da USF Portal do Alto, a qual é composta por um médico, uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, cinco agentes comunitárias de saúde (ACSs) e uma agente administrativa. Todos os participantes foram convidados e aceitaram participar da pesquisa.

A seleção ocorreu por intencionalidade, pois se tratava de um número pequeno de pessoas que possuíam características relevantes para o contexto de interesse científico. Além disso, esse tipo de seleção é sistematicamente utilizado na pesquisa-ação, adequando-se ao contexto da pesquisa social com ênfase nos aspectos qualitativos, na qual a representatividade expressiva (ou qualitativa) ocorre por meio da observação da relevância política e ideias dos grupos estudados (THIOLLENT, 2009). A amostragem qualitativa possui algumas características como

priorizar os participantes que tenham atributos que os pesquisadores desejam conhecer e entende que os informantes são diversificados o bastante para possibilitarem a apreensão de similaridades e diferenças (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

4.4 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi devidamente analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – EERP/USP (Anexo A). A adequação no título, para melhor retratar os participantes deste trabalho foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP (Anexo B).

Os profissionais de saúde da USF Portal do Alto foram convidados a participar da pesquisa, utilizando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual possuía informações referentes ao estudo com linguagem clara, garantia do anonimato e sigilo, além de informar para a pessoa sobre a liberdade de recusar-se a participar, ou desistir em qualquer momento da pesquisa (Apêndice A).

Os profissionais aceitaram participar da pesquisa assinando duas vias do termo, sendo que uma cópia foi fornecida a eles, e a outra ficou com as pesquisadoras deste estudo.

4.5 A coleta de dados

O trabalho foi iniciado no primeiro semestre de 2011, mais precisamente as inserções no campo foram realizadas entre maio e julho de 2011 junto a toda a equipe de saúde. Foram 22 imersões (80 horas) em períodos variados durante o horário de funcionamento da unidade das 7 às 17 horas. Inicialmente, percorremos a fase exploratória a qual permite conhecer o local da pesquisa, seus participantes, além de descobrir as expectativas dos mesmos e reconhecer os problemas prioritários e eventuais ações (THIOLLENT, 2009).

A princípio, realizamos a técnica da observação participante por meio de encontros com a equipe de saúde. Segundo Minayo, Deslandes e Cruz Neto (1994), nessa técnica, o pesquisador realiza contato direto com o fenômeno observado para poder captar informações sobre a realidade e o contexto dos participantes, estabelecendo uma relação face a face com os mesmos. Essa técnica permite observar situações da realidade que podem não ser captadas por meio de perguntas.

Durante esse tempo, o pesquisador-observador teve sua identidade definida para a equipe, fazendo uso de anotações e de um diário de campo. As anotações são registros rápidos realizados no local da observação por meio de frases, citações e palavras, já o diário de campo contém o que foi visto e ouvido pelo pesquisador, sem interpretações do mesmo. A tarefa principal do pesquisador é fazer essas anotações sem deixar seus sentimentos interferirem no que observou (MAYKUT; MOREHOUSE, 1994).

As observações feitas pela pesquisadora, durante a jornada de trabalho da equipe, foram direcionadas às atividades cotidianas dos profissionais da equipe de saúde: assistência na unidade, em domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, baseadas no Roteiro para observação participante (Apêndice B).

Iniciamos a observação desde o primeiro contato com o grupo, sendo esclarecidas a proposta do trabalho e algumas dúvidas a respeito da pesquisa. A unidade realizava atividades específicas e preestabelecidas, de acordo com o dia da semana: as segundas-feiras eram reservadas para reunião de discussão de caso, nas terças-feiras eram feitas as visitas domiciliares. As quartas-feiras eram reservadas à coleta de materiais para exames laboratoriais e à reunião de equipe. Nas quintas-feiras havia o cadastramento das pessoas hipertensas e diabéticas no programa especial de atendimento (HIPERDIA) e às sextas-feiras era desenvolvido o grupo de artesanato com as pessoas.

Essa unidade realizava, em sua grande maioria, atendimentos agendados. Os atendimentos eventuais ocorriam quando alguma pessoa faltava à consulta agendada. A seguir, apresentamos detalhadamente as atividades realizadas por cada classe de profissionais:

A coordenação e a supervisão das atividades realizadas pela equipe de enfermagem e pelas agentes comunitárias de saúde eram realizadas pela enfermeira da unidade. A retomada do trabalho com o HIPERDIA na unidade

compõe uma dessas atividades desenvolvidas. O HIPERDIA é um sistema informatizado que permite cadastrar e acompanhar hipertensos e diabéticos vinculados às unidades de saúde, sendo realizado conjuntamente pelo Programa de Educação para o Trabalho para Saúde (PET), a USP e a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

A enfermeira estava envolvida com esse trabalho, coordenando e auxiliando as ACSs por meio da confecção de listas para identificação das pessoas, a fim de facilitar sua convocação e cadastramento na unidade. Observávamos envolvimento de toda a equipe nesse trabalho o qual contribuirá com a assistência e incentivo à adesão ao tratamento da população hipertensa e diabética, principais grupos de risco da DRC.

Nas consultas de enfermagem, realizava o acolhimento e abordava a pessoa integralmente em seus aspectos biopsicossociais, fazendo orientações sobre hábitos saudáveis de vida como reeducação alimentar, estímulo à atividade física, controle da pressão arterial e do nível glicêmico, estimulando a adesão ao tratamento.

Ela tem percebido outros fatores de risco para DRC, como, por exemplo, uma pessoa com infecção urinária de repetição que lhe chamou a atenção fazendo com que começasse a investigar minuciosamente o caso. Também se preocupava em orientar gestantes quanto à importância da prevenção ou tratamento desse tipo de infecção. Nessa unidade não competia à enfermeira solicitar exames laboratoriais, esse tipo de procedimento é exclusivo do médico.

Ao se deparar com pessoas que não aderiam ao tratamento ou que tinham desenvolvido alguma lesão nos órgãos-alvo, a enfermeira discutia o caso com os médicos e demais membros da equipe para tomarem a conduta mais adequada para o caso. O contrário também ocorria, se a médica identificasse casos que precisassem de acompanhamento mais próximo, ela os encaminhava à enfermeira.

O médico e a médica que participaram desta pesquisa foram acompanhados em suas consultas e procedimentos na unidade e no domicílio, durante as solicitações de exames complementares e em grupos de patologias específicas. A avaliação de pessoas com fatores de risco para a DRC assim como para outras doenças era realizada durante as consultas. Também foi observada a tentativa de identificação de lesões em órgãos-alvo (rins) por meio da solicitação de

alguns exames laboratoriais como urina de 24 horas, creatinina e microalbuminúria. A realização da estimativa da taxa de filtração glomerular e o estadiamento da DRC não eram realizados, logo poderiam ser incluídos na rotina da unidade.

A prescrição do tratamento não medicamentoso como atividade física, reeducação alimentar, cessação do tabagismo e do alcoolismo era realizada rotineiramente durante as consultas médicas. Quando necessária, a tomada de decisão definindo início do tratamento medicamentoso também ocorria. Atenção direcionada às metas do tratamento como controle dos níveis pressóricos, glicêmicos e lipídicos, da hemoglobina glicada e do peso, a abstinência ao fumo e o estímulo à atividade física regular também foram observados no dia a dia, tanto no consultório como nas visitas domiciliares realizadas junto às agentes comunitárias.

Os médicos da unidade em questão detectaram casos de pessoas com proteinúria e hematúria, discutiram os casos, mas por vezes referiam certa dificuldade para a tomada de decisão. No entanto, eles têm realizado adequações da terapia medicamentosa e/ou pedido de novos exames de urina para reavaliação do caso. Em outro momento, foi observada uma confirmação diagnóstica de DRC baseada no resultado alterado do exame de microalbuminúria, o nível de creatinina sérica estava dentro dos padrões de normalidade e não se sabia o valor da TFG. A pessoa foi orientada a diminuir a ingestão de carnes vermelhas e a preferir carnes brancas devido ao comprometimento renal.

Essas pessoas não foram encaminhadas a unidades de referência secundária e terciária, pois ainda estavam sendo avaliadas na própria unidade. Acompanhamento em conjunto com especialistas para prevenção das complicações crônicas da doença e comorbidades em comum é mais difícil de ocorrer. De acordo com relatos dos próprios profissionais da unidade deveria ocorrer maior articulação entre a ABS e as outras especialidades.

A unidade de saúde iniciou o “Grupo de Artesanato” no qual as ACSs ensinavam as pessoas a fazerem trabalhos manuais. Depois acontecia um momento de diálogo que o próprio médico da unidade coordenava, havendo trocas de experiências e reflexões sobre assuntos diversificados dentre eles, discutia-se sobre hábitos saudáveis de vida que, de forma indireta, abordavam também a prevenção da DRC.

O auxiliar e a técnica de enfermagem foram observados nos atendimentos de enfermagem de sua competência nos diferentes ambientes de

trabalho, na preparação das pessoas para consultas médicas, de enfermagem, exames, tratamentos e em ações de educação em saúde nos grupos de patologias específicas e nas famílias de risco.

Na sala de acolhimento, era feita a pré-consulta pela equipe de enfermagem por meio da medida dos dados antropométricos bem como verificação da pressão arterial. Havia demanda de pessoas que compareciam à unidade para fazer a curva pressórica e/ou glicêmica.

Observamos o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e as pessoas que frequentavam a unidade diariamente. Por isso orientações feitas pela equipe de enfermagem a essas pessoas eram sutis e fornecidas muitas vezes no meio de uma conversa casual. Tais orientações diziam respeito à importância das mudanças de hábitos de vida relacionadas principalmente à alimentação e atividade física. Em relação à orientação acerca da DRC em si, notávamos que ainda o assunto não tinha sido explicitamente divulgado às pessoas. Era possível aproveitar o vínculo estabelecido com as pessoas para realizar orientações mais diretas acerca desse assunto.

As agentes comunitárias de saúde foram observadas em suas atividades, tanto na unidade quanto nos domicílios. Cada agente era responsável por uma microárea composta por aproximadamente 150 famílias ou 490 pessoas. De modo geral, elas realizavam orientações à comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida relacionados principalmente à alimentação saudável e à prática de exercícios físicos. Em relação à saúde do adulto, o trabalho das agentes estava basicamente focado nos hipertensos e diabéticos. Apesar de o esclarecimento das pessoas a respeito da DRC não ser realizado explicitamente, as orientações ocorriam de forma mais geral, normalmente relacionadas à HAS, ao DM e à obesidade.

Informavam casos suspeitos de alguma patologia à enfermeira ou ao médico. Nas visitas domiciliares, as ACSs procuravam saber se as pessoas seguiam as orientações dadas pelos profissionais de saúde da unidade encorajando-as a seguirem o tratamento. Elas também estavam participando ativamente das atividades educativas no “Grupo de Artesanato”, além da realização de busca ativa das pessoas hipertensas e diabéticas para o cadastramento no HIPERDIA e o preenchimento das cadernetas de saúde da pessoa idosa preconizadas pelo Ministério da Saúde.

A agente administrativa fazia parte da equipe de saúde em questão e realizava os agendamentos de consultas, encaminhamento de pedidos de exames, entre outros. Além disso, ela também realizava o primeiro contato com as pessoas que chegavam à unidade, contribuindo com a organização do trabalho.

Portanto, a população assistida nessa unidade de saúde recebia informações principalmente sobre hábitos de vida saudáveis e a respeito de suas patologias mais frequentes como HAS e DM, sendo que as orientações sobre a doença renal crônica eram realizadas esporadicamente e de forma generalizada. A atuação na prevenção da DRC estava inserida em algumas ações realizadas pela equipe de saúde principalmente com pessoas hipertensas e diabéticas, o que demonstra a necessidade de se criarem possibilidades de aperfeiçoamento dessas atuações preventivas direcionadas à DRC.

Concomitantemente à observação participante, a pesquisadora realizou as entrevistas semiestruturadas que foram realizadas após os profissionais aceitarem participar, assinando o TCLE. Essas entrevistas foram previamente agendadas, conforme a disponibilidade dos entrevistados, sendo realizadas no próprio local de trabalho. As falas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, e cada entrevista teve duração aproximada de 25 minutos.

Entrevista é uma conversa em profundidade que vai além de uma fala superficial para uma rica discussão de pensamentos e sentimentos. Geralmente em pesquisas qualitativas as entrevistas ocorrem quando há um observador participante. Esse pesquisador elabora as entrevistas pensando nas pessoas que ele acredita que entendem do fenômeno em estudo (MAYKUT; MOREHOUSE, 1994).

Conforme pode ser observado no Apêndice C, o instrumento utilizado para as entrevistas conteve a primeira parte formada por uma breve caracterização sociodemográfica, econômica e profissional dos participantes e na segunda parte contemplou questões abertas referentes à prevenção da DRC e às indagações que permeiam a atuação profissional, com a finalidade de:

A. Identificar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde da ABS, acerca da DRC e sua prevenção;

B. Levantar aspectos do cotidiano profissional desses profissionais, a respeito da prevenção da DRC;

C. Verificar a opinião e sugestões desses profissionais, a respeito do aprimoramento da prevenção da DRC na ABS.

Depois de transcritas na íntegra, as entrevistas foram entregues aos participantes da pesquisa, a fim de que os mesmos validassem seu conteúdo.

4.6 Análise de dados

Posteriormente, realizamos a análise dos dados resultante das observações e das entrevistas a qual foi feita por meio da Análise de Conteúdo Temática. Minayo (2004) coloca que tal modalidade de análise consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que são encontrados em uma comunicação. Basicamente, esse tipo de análise é organizado em etapas operacionais descritas a seguir:

Pré-análise: escolha dos documentos a serem analisados, realização da leitura flutuante na qual o pesquisador faz contato direto com o material de estudo coletado reconhecendo o seu conteúdo, determinação das unidades de registro, de contexto, os recortes e os contextos mais gerais que orientaram a análise;

Exploração do material: aplicar o que foi estabelecido na etapa anterior, classificando e agregando-se os dados. Categorização é um processo que requer atenção uma vez que irá reduzir o texto a palavras e expressões pertinentes.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: interpretação dos dados categorizados, de forma a relacioná-los com o quadro teórico ou descoberta de novas dimensões teóricas e interpretativas que podem ocorrer com a leitura do material.

Portanto, utilizando a Análise Temática de Minayo (2004), foram realizadas leituras repetidas dos dados coletados os quais foram organizados com base nos objetivos e no quadro teórico adotados neste trabalho: levantando as falas e dados observados que diziam respeito aos problemas prioritários que a equipe de saúde da ABS possuía a respeito da prevenção da DRC.

Em seguida, foram articulados os conteúdos convergentes, divergentes e que se repetiam nas falas das entrevistas e nas observações. Dessa forma emergiram os elementos constitutivos relacionados aos problemas prioritários da

equipe de saúde em relação à prevenção da DRC descritos como “Definições da DRC e sua prevenção”, “O trabalho cotidiano e a prevenção da DRC”, “Intervenções diretas acerca da prevenção da DRC” e “Prevenção da DRC e a atenção básica à saúde”. Essa organização permitiu eleger as unidades temáticas de cada um dos elementos constitutivos citados acima (Apêndice D). Para manter o sigilo dos participantes da equipe de saúde deste estudo, foram atribuídos nomes de planetas do sistema solar na identificação e apresentação dos relatos. A saber: Ceres, Éris, Júpiter, Marte, Mercúrio, Netuno, Plutão, Saturno, Terra, Urano e Vênus.

4.7 Preparo e realização da ação educativa

Fizemos, então, uma busca na literatura a fim de enquadrarmos os problemas iniciais e os temas definidos a um marco referencial mais amplo, de natureza teórica. Dessa forma foi definida a problemática do projeto de acordo com o marco teórico adotado. Com vistas nos problemas levantados, a próxima etapa foi identificar as hipóteses cabíveis para solucionar os problemas identificados. Baseados no material colhido durante a observação participante e nas questões realizadas durante as entrevistas acerca do assunto de interesse que os participantes possuíam sobre a prevenção da DRC e as formas que os mesmos preferiam que fossem abordados esses assuntos de interesse definimos o plano de ação a ser desenvolvido para tentarmos solucionar os problemas levantados.

Considerando o campo de atuação desta pesquisa, as referências bibliográficas e a apreciação da equipe, as pesquisadoras e colaboradores elaboraram a “**Cartilha Educativa: Prevenção da Doença Renal Crônica**” (Apêndice E) a qual tem como objetivo contribuir com a construção e fixação do conhecimento sobre a prevenção da DRC aos profissionais de saúde da ABS.

A implementação das ações planejadas foi realizada por meio de uma Aula expositiva dialogada intitulada “**Prevenção da Doença Renal Crônica**” desenvolvida pelas pesquisadoras na própria unidade de saúde. Concomitantemente à Aula expositiva dialogada, também foi explorada a Cartilha Educativa. O objetivo dessa etapa do trabalho foi discutir e esclarecer os problemas

prioritários identificados pela equipe de saúde da atenção básica, a respeito da prevenção da DRC.

A avaliação da atividade educativa foi positiva, os participantes mostraram-se interessados e sensibilizados pelo tema, participando de todo o processo junto às pesquisadoras. Posteriormente, no tópico “**Desenvolvimento da ação educativa**” deste trabalho, abordaremos com maiores detalhes todo esse processo da atividade educativa desenvolvida.

A seguir, apresentamos a análise e discussão dos dados obtidos, buscando contemplar os objetivos desta pesquisa. Inicialmente será apresentada a caracterização sociodemográfica, econômica e profissional da equipe de saúde participante e, em seguida, as categorias elaboradas e suas respectivas discussões.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização sociodemográfica, econômica e profissional da equipe de saúde da família

Foi realizada a caracterização da equipe de saúde da família, cuja finalidade é a identificação e a descrição dos integrantes dessa equipe que foram considerados os atores sociais das práticas estudadas. A USF pesquisada era composta por 11 profissionais, sendo que todos aceitaram participar deste estudo. O quadro apresentado a seguir diz respeito à idade, ao sexo, ao estado civil e à escolaridade dos participantes.

Participantes	Idade	Sexo	Estado Civil	Escolaridade
01	43	F	Separada	Ens. Médio Completo
02	41	F	Casada	Sup. Incompleto
03	36	F	Casada	Ens. Médio Completo
04	44	F	Casada	Ens. Médio Completo
05	57	F	Casada	Ens. Médio Completo
06	32	F	Amasiada	Ens. Médio Incompleto
07	50	M	Amasiado	Ens. Médio Incompleto
08	57	F	Casada	Pós-graduação
09	32	M	Casado	Sup. Completo
10	46	F	Solteira	Pós-graduação
11	45	F	Solteira	Ens. Médio Completo

Quadro Aa – Dados de identificação da Equipe de Saúde da Família pesquisada, segundo idade, sexo, estado civil e escolaridade

Conforme se pôde visualizar no Quadro Aa, a maioria dos participantes da unidade estudada era mulher, a faixa etária estava compreendida entre 40 e 50 anos, ou seja, idade média de 43,9 anos e em relação ao estado civil, a maioria era casada.

A formação profissional dos participantes mostrou que a maioria cursou até o ensino médio. Já a pós-graduação foi realizada por dois profissionais sendo

que um fez *lato sensu* (especialização em Saúde do Trabalhador e Saúde da Família) e *stricto sensu* (mestrado na área de Psiquiatria), e a outra fez *lato sensu* (especialização em Homeopatia), logo pudemos concluir que nessa unidade não havia profissionais com especialização na área de nefrologia.

Em relação à profissão/ocupação dessa equipe de saúde, observamos cinco agentes comunitárias de saúde, uma técnica e um auxiliar de enfermagem, uma agente administrativa, uma enfermeira e dois médicos. No que diz respeito ao tempo de atuação profissional na unidade, houve uma predominância de 45 meses de atuação na unidade, isto é, do total de 11 profissionais da equipe, nove deles estavam trabalhando juntos desde a fundação da unidade, ou seja, há 45 meses. A média de tempo de atuação foi de 39 meses.

A renda salarial variou entre R\$ 640,00 e R\$ 8.000,00 com média de R\$2.354,54, ou seja, aproximadamente quatro salários-mínimos vigentes*. A carga horária desses trabalhadores era de 40 horas semanais, sendo essas distribuídas em oito horas diárias de segunda a sexta-feira com exceção de um profissional da equipe que era contratado para um total de 20 horas semanais.

No quadro abaixo, apresentamos os dados referentes à frequência de participação dos profissionais em eventos de difusão de conhecimento científico e seus respectivos temas.

* Salário-mínimo vigente de R\$ 545,00 * http://portal.mte.gov.br/sal_min/.

Participantes	Participação em eventos de difusão de conhecimento científico	Frequência no último ano	Temas
01	Sim	Duas ou três vezes	Febre amarela, Leishmaniose, Mapeamento de microáreas.
02	Sim	Mais de quatro vezes	PET-Saúde, Mapeamento de microáreas, Violência doméstica (SEAVIDAS), Diabetes, Tuberculose
03	Sim	Duas ou três vezes	-
04	Sim	Duas ou três vezes	Violência doméstica, Violência no trânsito
05	Sim	Mais de quatro vezes	Vacinação, Dengue, Sistema Hígia
06	Sim	Pelo menos uma vez	Resíduos sólidos
07	Sim	Mais de quatro vezes	Atendimento de emergência, Cateterismo vesical
08	Sim	Mais que quatro vezes	Hipertensão, Diabetes mellitus, Nefrologia, Psiquiatria (PAI-PAD), Violência doméstica e agressão sexual (SEAVIDAS), Traumas
09	Sim	Mais que quatro vezes	Simpósio de hipertensão e diabetes, Congresso Brasileiro de Medicina da Família, Educação permanente na Secretaria Municipal de Saúde
10	Sim	Esporadicamente	PET-Saúde
11	Sim	Pelo menos uma vez	Curso procedimento operacional padrão

Quadro Ab – Dados de identificação da Equipe de Saúde da Família pesquisada, segundo participação em eventos de difusão de conhecimento científico

Os participantes desta pesquisa referiram, em sua maioria que a frequência de suas participações em eventos de difusão de conhecimento científico, no último ano, foi de mais de quatro vezes. Notamos diversidade dos temas abordados nesses eventos, porém, com relação ao tema diretamente relacionado à doença renal crônica, apenas um participante mencionou “a Nefrologia”. Outros três participantes fizeram menção aos temas hipertensão arterial e diabetes mellitus os quais estão relacionados com a prevenção da DRC.

5.2 Problemas prioritários da equipe de saúde da atenção básica em relação à prevenção da DRC

Os problemas prioritários relacionados à prevenção da DRC apresentados pela equipe de saúde da atenção básica emergiram da análise e interpretação dos relatos contidos nas entrevistas, originando duas categorias: “Aspectos teóricos acerca da prevenção da DRC” e “Aspectos da prática assistencial acerca da prevenção da DRC”. A primeira categoria foi dividida em duas subcategorias: “Definições da DRC e sua prevenção” e “Prevenção da DRC e a atenção básica à saúde”. Da mesma forma, a segunda categoria originou outras duas subcategorias: “O trabalho cotidiano e a prevenção da DRC” e “Intervenções diretas acerca da prevenção da DRC”, conforme a figura a seguir.

Figura 1 – Categorias e subcategorias que emergiram da análise dos relatos da equipe de saúde da família atuante em uma unidade de atenção básica em saúde da região oeste do município de Ribeirão Preto/SP, 2012.

5.3 Categoria 1: Aspectos teóricos acerca da prevenção da DRC

Os aspectos teóricos acerca da prevenção da DRC considerados nessa categoria dizem respeito ao entendimento dos participantes sobre o conteúdo teórico, informações e conhecimentos acerca da DRC e de sua prevenção propriamente dita.

Notamos, em algumas falas, certa dificuldade com relação ao conteúdo teórico pesquisado. Em um primeiro momento, alguns participantes negaram domínio sobre o assunto. Outros, no entanto, fizeram alguns comentários pertinentes, demonstrando diversidade de entendimento entre os integrantes da equipe.

Doença renal crônica eu nunca tive assim, nunca tive conhecimento, nunca tive a necessidade de fazer nenhuma pesquisa... Também não tem quase. Nunca foi me passado nada. (Terra)

Bom, eu não tive assim nenhuma explicação sobre isso. Eu sei que é devido à hipertensão né que leva essa doença renal crônica só que eu não sei exatamente, assim te explicar. (Marte)

Essa diversidade de entendimento se assemelhou com os resultados da pesquisa desenvolvida por Travagim e Kusumota (2009) as quais observaram que enfermeiras atuantes na ABS possuíam diferentes níveis de conhecimento e atuação a respeito da prevenção e progressão da DRC, concluindo que há necessidade de investimentos na preparação das equipes de saúde para a assistência às pessoas de risco ou com DRC. Portanto, apontamos a importância da abordagem dos aspectos teóricos, a respeito da prevenção da DRC desta pesquisa.

5.3.1 Definições da DRC e sua prevenção

Compondo a primeira subcategoria, as “Definições de DRC e sua prevenção” foram definidas ao questionarmos o que os participantes desta pesquisa entendiam sobre a DRC e sua prevenção. Primeiramente com relação à DRC os profissionais lhe atribuíram algumas características exemplificadas a seguir.

Tudo que é renal é aquilo que não tem cura que é crônico. É uma coisa que não tem cura que é pra sempre. (Júpiter)

Doença renal crônica, eu entendo que assim é uma lesão causada né... no rim, e aí pode ser que a pessoa tenha dificuldade de filtração, não é assim? Eu sinto isso, eu sou um pouco leiga, mas eu sinto que é isso... (Ceres)

É a diminuição da função renal além daquela própria da idade, então você tem uma idade no envelhecimento que ela tem a perda normal, se ela estiver além disso, já é uma insuficiência e antes disso aí se ela tá abaixo da função esperada... Progressiva e estabelecida né. (Netuno)

As características sobre DRC elencadas acima se referem, principalmente, à doença crônica, incurável, progressiva, função renal prejudicada e dificuldade de filtração. Tais características mostram-se compatíveis com a literatura, pois o documento *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*, 2002, conceitua DRC como uma síndrome na qual ocorre a perda irreversível e progressiva das funções dos rins, porém complementa ainda que pessoas com filtração glomerular < 60 ml/min/1,73m² por três meses ou mais, com ou sem lesão renal, são classificadas como tendo DRC ou ainda, nos casos com FG > 60 mL/min/1,73m² e presença de um marcador de lesão da estrutura renal.

Portanto percebemos que os participantes desta pesquisa demonstraram entender alguns aspectos sobre a DRC, embora não tenham definido características

mais específicas como, por exemplo, valores da taxa de filtração glomerular associados à perda da função renal.

Outro aspecto que foi referenciado diz respeito às causas e aos fatores de risco da DRC, sendo que os mais citados foram a HAS e o DM.

... No caso assim, pode causar inchaço nas pessoas, muitas pessoa tem diabetes né, também pode ter problemas renais, não é? Pressão alta. É mais ou menos isso, por enquanto, que eu entendo. (Ceres)

Então, eu não entendo muito bem, mas o pouco que eu sei é que é uma doença causada pela hipertensão, né que a hipertensão... eu não sei explicar, eu sei que ela ataca nos rins, no caso. (Saturno)

Ao questionarmos sobre a prevenção da DRC, as doenças de base HAS e DM também receberam destaque, enfatizando-se a necessidade de controle das mesmas.

Prevenção dessa doença, assim é um conjunto né a pessoa tem que ter a saúde sempre assistida e os... E o que provoca né que é a pressão alta, né... (Plutão)

... a prevenção da doença renal eu acho que ela tá atualmente muito ligada ao controle dos fatores de risco cardiovasculares em geral né. Por conta que eu acredito que a hipertensão e o diabetes estão diretamente relacionados como causa da doença renal então tudo... tudo que se lançar mão de prevenção na hipertensão e diabetes acaba também prevenindo a doença renal, eu vejo assim. (Mercúrio)

Os participantes mostram-se informados, ao relacionarem a DRC com as duas principais causas hipertensão e diabetes. Pessoas com HAS e DM são as maiores acometidas pela DRC, por isso essas pessoas devem ser investigadas e tratadas precocemente (BREGMAN, 2007).

Nos Estados Unidos, o diabetes foi relacionado ao diagnóstico primário de mais de 45% das pessoas que estavam em terapia renal substitutiva, e a hipertensão foi responsável por 26% dessas pessoas (USRDS, 2001). Na Europa, o DM corresponde de 15 a 33% dos casos de falência renal, na Austrália equivale a 25% e em países da Ásia como Cingapura 50%, Paquistão 42%, Japão 37%, entre outros (ATKINS, 2005). Na realidade brasileira, dados recentes do censo de diálise demonstraram que respectivamente 35% e 28% dos casos de pacientes em tratamento dialítico no país tinham como diagnóstico de base a HAS e o DM (SESSO et al., 2011).

Além dessas, outras condições associadas à DRC e aos fatores de risco foram mencionadas pelos participantes como alimentação inadequada, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, uso de alguns medicamentos, infecções, uso de agrotóxicos, problemas autoimunes, genética, fungos, histórico familiar, cálculo renal, nefrite e não ingestão de líquidos.

O que eu entendo? Ah eu acredito que é uma doença que ao longo da vida a pessoa acaba desenvolvendo por hábitos alimentares ou por um vício, até por fungo, álcool, então o rim vai deixar de ter uma função adequada então às vezes a pessoa já tem até genética na família... a acaba tendo uma disfunção do rim de uma maneira total ou parcial e que venha a trazer um prejuízo de saúde pra ela. (Éris)

E o uso de medicamento é um fator de risco, antibiótico, anti-inflamatório. E o cálculo renal que às vezes a pessoa não dá bola, mas ela tem que aprender a tratar, ela tem que se cuidar, ela tem um risco ali bem definido né. (Netuno)

... normalmente o que causa esse tipo de doença seria hipertensão, diabetes alguns outros problemas tipo infecções,

*alguns tóxicos, alguns problemas autoimunes, genéticos...
(Mercúrio)*

... mas uma doença de base que seria diabetes, hipertensão, cálculo renal é... uma nefrite acho que pra mim é essa deficiência. (Urano)

... o alcoolismo acho que pode levar a pessoa também a ter esse tipo de problema, não me aprofundei, mas tenho ouvido falar, a falta de ingerir muito líquido, eu acho que são os fatores básicos que faz com que aconteça e acho que tem o fator genético porque às vezes a pessoa pode nascer com esse problema, com essa deficiência né, pro resto da vida. (Vênus)

Em relação às definições da prevenção da DRC, os participantes também a associaram a fatores de risco bem como aos aspectos de hábitos de vida saudáveis como alimentação adequada, não ingestão de bebidas alcoólicas, prática de atividade física e combate à obesidade.

Eu acho que a prevenção vem daí né. Se educar no alimentar, fazer atividades físicas... (Saturno)

Eu acho que prevenção são esses hábitos aí, a pessoa evitar ao máximo ter esses hábitos em excesso, ingesta de sal em excesso, bebida alcoólica, ter uma qualidade de vida que venha a fazer exercício, se preocupar com a obesidade ao longo da vida. Então eu acho que isso ajuda a prevenir né. (Éris)

... Eu penso nisso, nesses fatores de risco de doenças, comorbidades e de antecedentes familiares de doença renal acho que é importante considerar esse paciente, ficar mais atento. Paciente com passado de trabalhar com agrotóxico

também eu fico atenta né. E infecções de repetição, infecções urinárias ou malformações. (Netuno)

Dados da literatura confirmam os relatos realizados acima, ao definirem como fatores de risco potenciais da DRC fatores clínicos como diabetes mellitus, hipertensão, doenças autoimunes, infecções sistêmicas, infecções do trato urinário, cálculos urinários, obstrução do trato urinário inferior, neoplasia, histórico familiar de doenças renais crônicas, recuperação de insuficiência renal aguda, redução da massa renal, exposição a certas drogas. Além dos fatores sociodemográficos como idade avançada, exposição a certas condições químicas e ambientais, baixa renda/educação deficientes (KDOQI, 2002), a obesidade, as dislipidemias e o tabagismo são fatores que podem acelerar a progressão da DRC (BRASIL, 2006).

No entanto, a alimentação inadequada, a ingestão insuficiente de líquidos e a ingestão de bebidas alcoólicas citadas nas falas dos participantes não são fatores relacionados diretamente à perda da função renal. Também não há evidências de que o acometimento por fungos desencadeia disfunção renal. Apesar de esses fatores não serem causas diretas da DRC, a adoção de hábitos saudáveis como alimentação adequada, moderação da ingestão de bebidas alcoólicas, cessação do tabagismo e prática de atividade física são estabelecidas como intervenções protetoras vasculares e renais de benefício comprovado (BRASIL, 2006). Portanto não estão equivocadas as falas dos participantes, quando associam essas intervenções como estratégias para a prevenção da DRC.

Outra questão que também mereceu destaque nos relatos foi a associação recorrente da DRC e o seu estágio mais avançado. Ao serem questionados sobre o tema da DRC, muitos participantes enfatizaram a necessidade de realizar hemodiálise.

Não sei se o rim para de funcionar sozinho então eu sei assim que eu tive uma paciente na minha microárea que ela teve esse problema de doença renal. Ela tinha que fazer... como que chama aquele negócio de sangue? Hemodiálise, ela tinha feridas nas pernas que não cicatrizava, não sarava nunca.

Então eu não sei te explicar o que é não, mas eu já conheci uma pessoa nessa situação. (Saturno)

Tem pessoas que tem a necessidade de ter... De ter alguns limites, são mais delicados. E elas têm que fazer uma cirurgia pra poder se preparar pra hemodiálise, né. (Terra)

Os estágios iniciais da DRC são assintomáticos e, se tratados precocemente, podemos evitar a evolução do acometimento renal. O último estágio dessa doença implica na indicação do início da terapia renal substitutiva (BREGMAN, 2007). Por isso é importante que a equipe de saúde reconheça todos os estágios que a DRC pode assumir e não apenas associá-la à sua fase mais avançada, ou seja, aos tratamentos de substituição renal.

Podemos observar no relato a seguir a dificuldade com relação a essa detecção precoce da doença. A fala demonstra que o participante sabe da ausência de sintomas da DRC e por isso conclui que a prevenção fica dificultada, demonstrando dessa forma não conhecer os procedimentos disponíveis para a detecção precoce da disfunção renal.

Então da doença renal parece que não tem muito sintoma, né. Então eu acho que deve ficar mais difícil a prevenção dela... (Ceres)

Durante a fase da DRC descompensada, nos estágios mais avançados da doença, é comum ocorrer a síndrome urêmica com apresentação de edema, irritabilidade, tremores, sonolência, coma, fraqueza muscular, câibras, náuseas, vômitos, diarreia, hipertensão, anemia, hipercalemia, hiperuricemia, prurido entre outros (DRAIBE; AJZEN, 2005).

Foram desenvolvidas diretrizes para aprimorar o atendimento tanto às pessoas em diálise como àquelas que estão nas fases iniciais da doença renal. As intervenções podem prevenir a perda da função renal e retardar a sua progressão, nessas fases mais iniciais. Por isso tais diretrizes propõem a definição e o

estadiamento da DRC por meio da estimativa da TFG para serem usados como ferramentas pelos profissionais (KDOQI, 2002). Antes do aparecimento de sinais e sintomas da DRC, as pessoas com fatores de risco como hipertensos, diabéticos e pessoas que possuem familiares com DRC devem ser acompanhadas por meio do controle rigoroso dos níveis pressóricos e glicêmicos e microalbuminúria (BREGMAN, 2007).

Ainda com relação à prevenção da DRC, o acompanhamento médico aliado aos pedidos de exames laboratoriais também foram mencionados pelos participantes.

... Então tem que pedir pro médico fazer um exame de urina, ver quanto que tá a proteína da urina dela pra ver se a pessoa não tá com problema de rim. (Ceres)

E você ter uma avaliação de exames. Ter uma triagem né. O paciente aparece, faz o exame, se você vê que ele tem antecedentes familiares também... (Netuno)

Estudo realizado nos Estados Unidos por Israni et al. (2003) identificou atendimento inadequado às pessoas com DRC, em termos de controle pressórico, utilização de medicamentos nefroprotetores, avaliação da proteinúria e encaminhamento para tratamento nefrológico. Logo concluiu que há oportunidades de se melhorar o manejo da DRC na atenção primária. Bastos et al. (2004), em estudo brasileiro, identificaram que somente em 16% e 28% dos prontuários havia registro de proteinúria e hemoglobina, respectivamente.

Embora exista o reconhecimento da relevância da consulta médica, do acompanhamento na unidade e da realização de exames laboratoriais de pacientes, os próprios profissionais atuantes no serviço de saúde declararam falhas na divulgação de informações sobre a DRC e até mesmo falhas no entendimento sobre o assunto pelos próprios profissionais da saúde.

... eu acho que assim, o médico pede creatinina, ureia só que não é dito pro paciente a investigação... Acho que é uma

questão de divulgação. Fala-se muito da hipertensão e diabetes, mas da insuficiência renal... (Urano)

Eu acho que assim, eu acho às vezes um pouco falho também o compreender de cada exame, entendeu? Então a gente colhe exame, a gente orienta a coleta, orienta o preparo, mas a gente não sabe pra que ele serve, entendeu... (Urano)

Há dificuldades no seguimento dos protocolos públicos específicos, enfatizando, dessa forma, a necessidade de investimentos na organização e preparação das equipes de saúde para a assistência às pessoas com DRC, bem como àquelas que possuem risco para desenvolvê-la (TRAVAGIM; KUSUMOTA, 2009; TRAVAGIM et al., 2010).

São importantes a capacitação, a conscientização e a vigilância do profissional médico de cuidados primários para realizar intervenções que retardem a progressão da DRC e previnam complicações por meio do diagnóstico e encaminhamento precoce (ROMÃO, 2004).

5.3.2 Prevenção da DRC e a atenção básica à saúde

Esta segunda subcategoria engloba aspectos teóricos da prevenção da DRC e a atenção básica à saúde. A atenção básica é componente fundamental dos sistemas de saúde, e a integralidade ocorre por meio do reconhecimento das necessidades específicas da população. Não é esperado que os profissionais de saúde lidem sozinhos com todas as necessidades da população, mas a integralidade requer que os serviços estejam disponíveis (STARFIELD, 2002).

Observamos que os participantes desta pesquisa enfatizaram, em seus relatos, a relação entre o tema prevenção da DRC e a ABS, como podemos observar a seguir.

Então tem que ser feito mesmo, eu acho que é um espaço onde é pra se falar de tudo e não custa a gente tá orientando. Fatores de risco, fatores de prevenção que ele pode tá usando que é uma alimentação correta, exame anual, aferição da pressão. Eu acho que tem que ser aqui mesmo né. (Netuno)

Tá, aí eu já acho que é um conjunto porque assim uma coisa tá puxando a outra também porque se você já está trabalhando com atenção básica você já pode incorporar isso daí também. (Vênus)

Sendo a DRC uma doença com múltiplos fatores de risco, a mesma requer uma abordagem integral e interdisciplinar, competências essas atribuíveis aos profissionais atuantes nos serviços de saúde da atenção básica (BASTOS; BASTOS, 2007).

Foi mencionado, também, que a ABS atua de forma generalizada, englobando os aspectos da DRC:

A atenção básica, eu creio que ela engloba num modo geral, porque hoje eles estão mais... eu não tenho pros doentes crônicos renais mas engloba o geral. (Terra)

Muitas atividades clínicas preventivas estão relacionadas a enfermidades específicas, outras são orientadas para a melhora da capacidade de recuperação contra uma variedade de ameaças à saúde. Exemplos da primeira categoria são mamografias e exame de hipertensão para detectar a susceptibilidade a enfermidades cardiovasculares. A outra categoria conta com atividades primárias preventivas como aleitamento materno e interrupção do tabagismo. Portanto, pode haver uma abordagem generalizada a toda a população, e uma seletiva, às populações selecionadas, para investigação dos riscos (STARFIELD, 2002).

Nessa subcategoria assim como na subcategoria anterior “Definições da DRC e sua prevenção”, novamente a equipe destaca a falta de divulgação e de

esclarecimento da população sobre a DRC. Além de verbalizarem a falta de treinamento dos próprios profissionais.

É eu tive um tio... então a pessoa olha aquela fístula... e ainda não tá preparado pra tá perto de uma pessoa que tem uma fístula sem achar que pode até pegar neles. Então você vê que ainda se tem que falar muito, muito mesmo... Uma confusão, eu acho que tá faltando esclarecimento... Tem que ter. Tem vezes que a gente percebe que a pessoa chega na fase aguda porque não teve a prevenção. (Plutão)

... volto a falar, eu acho que tá falho, tem uma lacuna. Talvez seja uma preocupação, mas ela não tá explícita. Ela precisa ser dita, ser mostrada, ser divulgada. É lógico que eles cuidam da hipertensão, da diabetes e com certeza que o médico, que o enfermeiro tem essa preocupação do avanço dessa complicação renal, mas eu acho que não fica... pro público não fica uma coisa clara e nem pra equipe como um todo que trabalha com a saúde. Então eu acho que a atenção básica, essa reflexão precisa vir à tona pra prestar mais atenção e ser um pouco mais divulgado. É eu acho que é isso, ficar um pouco mais transparente né. Não ficar só ali no resultado do exame que fica no prontuário do paciente. (Urano)

Em relação ao déficit de conhecimento dos pacientes, um estudo desvelou que renais crônicos em tratamento conservador pouco conheciam sobre a doença, o tratamento conservador, a diálise e o transplante renal, o que prejudica o início e a adesão ao tratamento (GRICIO; KUSUMOTA; CÂNDIDO, 2009).

Em relação aos profissionais de saúde, outro estudo destaca como prioridade a educação e a formação desses profissionais. Um amplo programa de treinamento para médicos e enfermeiros deve ser estabelecido e desenvolvido em instituições selecionadas, abordando temas como a epidemiologia, o desenvolvimento de protocolos de triagem, tratamento e manipulação de dados (SCHIEPPATI; PERICO; REMUZZI, 2003).

Portanto abstraímos dessa categoria a importância de se refletir a respeito dos aspectos teóricos acerca da prevenção da DRC. Isso não quer dizer que os profissionais atuantes na ABS devam ser especialistas em nefrologia, mas, como afirma Buss (2002), a prevenção é norteadada pelas ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco das doenças. Para isso ocorrer, é necessário que a equipe conheça aspectos teóricos, tais como fatores de risco relacionados à DRC, ações de detecção, controle e a prevenção da DRC.

5.4 Categoria 2: Aspectos da prática assistencial acerca da prevenção da DRC

Nessa segunda categoria, destacamos os aspectos da prática assistencial da equipe de saúde relacionada à prevenção da DRC. Nos relatos pudemos notar certa dificuldade com relação ao manejo dessa doença no trabalho do dia a dia da equipe.

Na verdade tem o protocolo é que a gente acaba não seguindo em termos de atualização... Tem que ficar atento mesmo e encaminhar. O que eu faço aqui: quando eu vejo que é alguma coisa a mais eu peço pra encaminhar. (Netuno)

Um estudo de revisão de literatura realça a importância da responsabilidade dos profissionais da atenção básica no primeiro contato com as pessoas com DRC e a necessidade da educação continuada, a fim de garantir sua detecção precoce por meio do rastreamento seletivo das pessoas que pertencem aos principais grupos de risco. Além disso, detectaram que os encaminhamentos dessas pessoas ao nível secundário têm sido realizados tardiamente (BASTOS; BASTOS; TEIXEIRA, 2007). Portanto, destacamos a relevância da abordagem dos aspectos da prática assistencial a respeito da prevenção da DRC desta pesquisa.

5.4.1 O trabalho cotidiano e a prevenção da DRC

Compondo a primeira subcategoria “O trabalho cotidiano e a prevenção da DRC”, destacamos todas as ações realizadas pela equipe de saúde com relação ao seu dia a dia e que foram associadas com a prevenção da DRC em suas falas.

Observamos que o trabalho cotidiano da equipe em relação à prevenção da DRC compreende em primeiro lugar as orientações que a equipe realiza com as pessoas, englobando hábitos saudáveis de vida, participação nas consultas de acompanhamento e esclarecimentos a respeito do tratamento e da função renal da pessoa.

A gente sempre previne. Nosso trabalho é prevenção... E assim, a gente sempre faz uma orientação. Beba bastante líquido, boa alimentação, ir sempre nas suas consultas de rotina, qualquer sinal assim de anormalidade fala pro médico. Tá com problema na urina, fala pro médico, assim. Então é o nosso trabalho mesmo, a prevenção. (Júpiter)

... É se não tem condições de tá fazendo essa prevenção sozinha, vem se aconselhar com o médico, procurar um médico, né? Porque o médico pode aconselhar melhor do que nós, né. (Saturno)

É todos os exames básicos de bioquímica que a gente pede, mesmo os que estão normais a gente explica que é importante preservar o rim porque com o envelhecimento do mesmo jeito que o cabelo fica branco a função renal perde um pouco, a gente incentiva cuidados... (Netuno)

A prevenção primária se assemelha com a promoção da saúde devido ao fato de que, nesse nível de prevenção, a concepção de saúde é mais ampliada e necessita de uma atuação mais integrada (RESTREPO, 2001).

Os serviços de atenção básica à saúde participam mais ativamente na identificação dos grupos de risco para DRC, bem como na realização de medidas preventivas como mudanças no estilo de vida relacionado a hábitos alimentares, atividade física, aconselhamento antitabágico (BASTOS; BASTOS, 2007). Isso pode explicar os relatos citados sobre a atuação da equipe vinculada à orientação às pessoas, principalmente no que diz respeito a hábitos saudáveis de vida.

Além das orientações, a equipe de saúde também destacou as ações concretas relacionadas à prevenção da DRC realizadas durante a assistência às pessoas. A fala a seguir demonstra o acolhimento que a equipe realiza e, consequentemente, acaba fazendo a identificação dos fatores de risco e a evolução da assistência.

Primeiro você acolhe o paciente e tem um espaço pra ele falar. Então você faz a identificação do paciente e vê os fatores de risco da vida, ambientais, vê antecedentes familiares, vê antecedentes pessoais de infecção, alguma possibilidade de agressão também. E depois você identifica as doenças que atualmente a gente fica em cima, que é hipertensão, diabetes, a própria obesidade porque ele pode não tá com problema de hipertensão e diabetes, mas a obesidade já pode estar levando pra isso né, é um caminho meio garantido. (Netuno)

Da mesma forma, apontaram outro tipo de ação concreta, a realização das visitas domiciliares com o médico.

Naqueles casos que a gente tem uma necessidade maior a gente leva o médico na visita domiciliar pra ele tá ajudando com outros olhos... a gente não tem acesso pra verificar pressão, pra verificar o diabetes... na visita domiciliar o médico leva o aparelho, ele verifica a pressão, orienta, verifica a medicação também...(Terra)

Nessas visitas domiciliares, o atendimento muitas vezes é realizado junto ao médico da equipe, principalmente às famílias que precisam de um acompanhamento mais de perto. Os grupos educativos também integram ações concretas da equipe, fazendo parte da rotina do serviço, o qual aborda temas variados.

Ele aproveita pra... Nesse de Artesanato que chama “Tecendo Conhecimento” e faz a questão da reflexão e eu acredito que vai pontuar essas problemáticas, assim esses temas. (Urano)

A assistência aos hipertensos e diabéticos foi outro aspecto discutido nas entrevistas e relacionado ao trabalho cotidiano na unidade. Notamos que a atenção da unidade é voltada para as pessoas que têm essas duas doenças importantes na prevenção da DRC.

Bom, a gente imagina que tenha algum impacto da gente controlar a pressão arterial das pessoas, orientando mudanças no estilo de vida, atividade física, alimentação com menos sal, nos hábitos, evitar tabagismo, evitar bebida em excesso e também o tratamento medicamentoso que a gente pratica. (Mercúrio)

Foi junto, você chegou, o HIPERDIA começou, as agentes comunitárias se envolveram em fazer suas listas, terem mais atenção com as suas famílias, passar os casos, se preocupar com a questão da consulta, se tem retorno marcado. Quem é hipertenso? Quem é diabético? Quem é hipertenso e diabético? Eu acho que assim as pessoas estão motivadas a fazer e um trabalho mais assim... (Urano)

No entanto, é possível perceber certa dificuldade no manejo do atendimento dessas pessoas hipertensas e diabéticas, quando diz respeito à prevenção da DRC.

A gente previne mais essas duas [HAS e DM]. Nós batemos na tecla dessas duas patologias. Em tá fazendo a atividade física, em tá se cuidando, evitando o açúcar, evitando... Mas assim nunca foi falado pra gente “Ó, vamos trabalhar, prevenção da doença renal”. Nunca. “Ó todo hipertenso, todo diabético vão passar dois anos eles podem ficar um, como é? Doente renal”. Nunca foi assim. (Terra)

Estudo realizado na Geórgia, EUA, em 2000, evidenciou que a maioria dos clínicos gerais rastreou a DRC por meio do teste de proteinúria em menos de 10% dos seus pacientes diabéticos (MCLELLAN; RAMIREZ; JURKOVITZ, 2003). Pesquisa realizada em um ambulatório do SUS, de um município de Minas Gerais, revelou que no Brasil essa realidade não é diferente. Das pessoas hipertensas e diabéticas com DRC, apenas 34,4% delas apresentavam pressão arterial controlada, 72% delas faziam uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina. Entre os diabéticos, o nível glicêmico encontrava-se $>110\text{mg/dl}$ em 67% dos casos. O registro da dosagem de proteinúria foi encontrado em apenas 24% dos prontuários e somente 28% desses continham registro da dosagem de hemoglobina. Não foram encontrados registros das dosagens de bicarbonato, de cálcio e fósforo ou de albumina, marcadores, respectivamente, da acidose metabólica, osteodistrofia renal e desnutrição, complicações próprias da DRC. Concluímos, portanto, que há necessidade de investimento em educação continuada aos médicos que atendem pessoas diabéticas e hipertensas com DRC, assim como a garantia regular de medicamentos e exames laboratoriais necessários ao tratamento dessas pessoas (BATISTA et al., 2005).

Embora haja o sentimento de insegurança da equipe com relação ao atendimento de pessoas com DRC, alguns profissionais citaram exames laboratoriais que são solicitados e que têm relação com essa doença.

Na rotina ele já pede uma vez por ano urina tipo I e vai observando, se tem fator de risco eu peço a proteinúria de 24 horas e é mais caso a caso, mas você tem, às vezes esquece, por causa da correria, mas é dar uma sequência... O que peço mais é fundo de olho, bioquímica, às vezes microalbuminúria quando tem dúvida, que é mais sensível. (Netuno)

A gente tenta controlar a pressão e também o diabetes, todo o rastreamento que a gente faz pra doença renal também a gente pede exames né. Exames diretamente relacionados: creatinina, microalbuminúria, urina e o diabetes a mesma coisa... (Mercúrio)

Notamos que, nos exames relacionados ao diagnóstico da DRC citados acima, não há uma padronização de quais, como e para quem esses exames são solicitados. Tal forma assistemática no atendimento pode desencadear a irregularidade de avaliações desses resultados bioquímicos. É importante, ainda, ressaltar que a TFG não foi mencionada.

Kirsztajn e Bastos (2007) propuseram uma abordagem simples para identificação precoce da DRC. Propõem o rastreamento das doenças renais baseados na proteinúria e na estimativa da filtração glomerular, a partir da creatinina. O rastreamento deve focar as pessoas do grupo de risco como hipertensos, diabéticos e pessoas que possuem familiares com DRC. Em relação à microalbuminúria, a NKF, 2002, recomenda a realização de, pelo menos, uma vez ao ano no grupo de risco. Kirsztajn e Bastos (2007) ressaltam ainda que é imprescindível investigar a TFG dessas pessoas e a partir desse dado o atendimento pode evoluir, conforme o caso para a repetição do exame, realização de outros exames como proteinúria/microalbuminúria, encaminhamento ao nefrologista ou interrupção da avaliação.

Em relação aos encaminhamentos aos serviços especializados, os profissionais reportaram algumas ações a respeito, em seu cotidiano da assistência.

Tem os diferentes estágios, né. Se a pessoa tá tratando exclusivamente o problema renal crônico já não é mais aqui nessa unidade. Aqui é uma unidade de retorno. Geralmente essas pessoas são encaminhadas pra clínicas específicas. (Plutão)

Na verdade tem o protocolo é que a gente acaba não seguindo em termos de atualização... Tem que ficar atento mesmo e encaminhar. O que eu faço aqui: quando eu vejo que é alguma coisa a mais eu peço pra encaminhar. (Netuno)

Quando a DRC é diagnosticada nos estágios mais avançados, a pessoa recebe tratamento especializado, e a participação é quase que exclusiva do nefrologista, no entanto, algumas intervenções podem ser desempenhadas em parceria entre equipe de saúde da atenção básica e equipe nefrológica, sendo que, nesse nível, priorizam-se o retardamento da progressão da DRC, a identificação e a correção de suas complicações além do preparo dessas pessoas para a TRS (BASTOS; BASTOS, 2007).

A segunda fala expõe que o encaminhamento ao nefrologista realmente não é realizado de forma padronizada, não se adotam protocolos clínicos embasados em evidências científicas. Em um hospital na cidade de Ottawa, Canadá, observou-se que 27,3% dos idosos hospitalizados com DRC terminal foram referendados ao nefrologista e 85% apresentavam avaliações incompletas sobre as complicações metabólicas associadas com a disfunção renal, ressaltando a necessidade do atendimento precoce desses pacientes (SWEDKO et al., 2003).

É importante ressaltar que o papel da atenção básica, entre outros é realizar diagnóstico, estadiamento da doença, encaminhamento precoce para avaliação nefrológica e participar mais intensivamente nos estágios iniciais da DRC (BASTOS; BASTOS, 2007).

5.4.2 Intervenções diretas acerca da prevenção da DRC

As intervenções diretas acerca da prevenção da DRC dizem respeito ao que é realizado na unidade de saúde diretamente voltado à prevenção da DRC. No entanto, nem sempre o que emergiu das falas das entrevistas se remetia a aspectos exclusivos da DRC ou de sua prevenção. É importante esclarecer que, mesmo assim, o que foi considerado pelos participantes como intervenções diretas foi discutido nessa subcategoria.

Observamos semelhanças ao encontrado na subcategoria “O trabalho cotidiano e a prevenção da DRC” tanto nas orientações como também nas ações concretas realizadas a respeito do tema.

Em relação às intervenções diretas sobre a prevenção da DRC relacionadas às orientações, podemos observar que dizem respeito aos hábitos saudáveis de vida como alimentação adequada e atividade física:

Primeiro eu acho que abaixar o sal na nossa população já é um grande bem. Segundo abaixar o peso, que jeito? Com orientação de hábitos alimentares, hábitos saudáveis enfim vai na receita, atividade física orientando como precisa ser, orientação da retirada do sal o máximo que puder, a retirada de alimentos pré-preparados, comprados prontos e embutidos principalmente que são muito ricos em sal e outras químicas que a gente não sabe direito mas que o corpo vai ter que se livrar. (Netuno)

A restrição de sal se faz necessária nos estágios mais avançados da DRC ou quando há associação de HAS. De qualquer forma, todas as pessoas devem ser orientadas a ingerir a quantidade adequada de sal e não consumir alimentos industrializados já salgados (NERBASS; FEITEN; CUPPARI, 2007). A prática de atividade física também é outra ferramenta para alcançar a promoção de saúde e a prevenção de doenças, para usufruírem desses benefícios as pessoas precisam ser orientadas pela equipe de saúde (BRASIL, 2006).

...A gente orienta a pessoa a comer menos carne vermelha, diminuir a quantidade de gordura na comida, seria mais isso assim. (Mercúrio)

As recomendações alimentares de redução do consumo de proteínas, principalmente as presentes em proteínas animais como albumina do ovo, carnes e leite, são realizadas para evitar complicações de altas concentrações de ureia no sangue e retardar a progressão da DRC, principalmente nas pessoas que se encontram do estágio 3 da doença em diante (BREGMAN, 2007; DRAIBE; AJZEN, 2005). A dislipidemia ocorre com frequência nas pessoas e, se não for tratada, pode acelerar a progressão da DRC, por isso a importância da orientação nutricional (THOMÉ et al., 2006).

Também são fornecidas orientações sobre o controle rigoroso dos níveis pressóricos e glicêmicos:

A gente orienta, têm outras metas de controle de hipertensão arterial né, a pressão tem que ser um pouco mais baixa e aquilo que a gente já recomenda a gente tenta um controle mais rigoroso da glicemia e também da alimentação. (Mercúrio)

No âmbito das ações concretas, diretamente relacionadas à prevenção da DRC, a primeira delas que podemos citar diz respeito também ao controle da HAS e do DM:

É acho que são assim mais gerais mesmo. A gente tem as fichinhas separadas do hipertenso e diabético né, mas dá uma atenção especial sim pra eles. (Marte)

Ah eu acredito que num todo, num conjunto como saúde da família em si em tá se preocupando, a gente tem aí os diabéticos, tem hipertensos no caso eu acho que é um trabalho

que é feito pra se prevenir, é isso porque essas doenças crônicas como diabetes e hipertensão são fatores que vêm a causar uma doença renal na pessoa se ela não cuidar, não fizer o tratamento com medicação, não tiver um acompanhamento médico adequado... (Éris)

Notamos, novamente, a forte relação que os participantes referem entre HAS e DM com a DRC. A assistência às pessoas hipertensas e diabéticas deve ser realizada pelo enfermeiro e por toda a equipe de saúde da atenção básica, utilizando e seguindo as recomendações do Ministério da Saúde (TRAVAGIM et al., 2010).

O segundo tipo de ações concretas, feitas pelos profissionais dessa equipe e consideradas como intervenções diretas, diz respeito às consultas e ao acompanhamento médico:

No caso seria procurar o médico pra que ele fizesse o diagnóstico pra poder fazer um exame de urina, né. (Ceres)

Bom, intervenções diretas são orientadas pelo médico... A gente faz a pré-consulta e vê o que tá alterado e aí sobe pro médico, e o médico conclui lá por A mais B e os exames laboratoriais né e aí tem o retorno, eu acho que é um controle muito bom. (Plutão)

As falas apresentadas acima demonstram o foco das intervenções diretas no ato médico. No entanto, em todos os níveis da assistência é necessário manter equipes multidisciplinares para o atendimento integral do paciente, visto que essa doença possui múltiplos fatores de risco (BASTOS; BASTOS, 2007).

Sabemos que, na ABS, ações específicas devem ser implementadas para se prevenir o acometimento por complicações e/ou doenças, dentre elas a DRC. Da mesma forma, deve ocorrer a realização do diagnóstico precoce da DRC nas pessoas assintomáticas e com fatores de risco. A abordagem é direcionada para a avaliação anual por meio de exames laboratoriais como o exame de urina tipo I,

creatinina sérica, *clearance* de creatinina e microalbuminúria (KIRSZTAJN; BASTOS, 2007).

Algumas ações são de competência médica como a avaliação da TFG a qual foi mencionada uma única vez nas entrevistas. Na observação da prática essa conduta não foi verificada.

A partir do momento que a pessoa vem com um comprometimento da função renal, a gente calcula né pelo clearance de creatinina, a gente parte pra uma abordagem mais... mais direta... (Mercúrio)

É relevante destacar que a estimativa da TFG pode ser realizada mesmo na ausência de sintomas nas pessoas que se encontram nos estágios iniciais da DRC, para favorecer as ações preventivas. Isso exige certo nível de suspeição, especialmente para aqueles pacientes com fatores de risco para DRC. As alterações funcionais, principalmente na TFG, são um importante componente no diagnóstico e classificação da DRC (BASTOS; KIRSTAJN, 2011).

Por meio do estudo realizado por Akbari et al. (2004), a importância de iniciativas para a capacitação profissional tornou-se evidente, o qual propôs avaliar o reconhecimento da DRC por médicos da atenção primária, antes e após intervenção educativa, abordando a utilização da TFG para detecção da DRC. O reconhecimento prévio de 22,4% dos casos da doença aumentou para 85,1% após a intervenção. A maior porcentagem de subdiagnóstico ocorreu nas pessoas em fases mais precoces da doença.

O encaminhamento ao especialista em nefrologia também ocorre, segundo os participantes da pesquisa, como uma ação de intervenção direta acerca da prevenção da DRC. No entanto, observações na prática confirmam a não padronização de quem, como e quando encaminhar à especialidade.

Então da minha prática, se ocorre assim um questão de função renal diminuída no usuário a gente tem o caminho sempre de encaminhar pra um especialista pra um acompanhamento conjunto, o nefrologista. (Mercúrio)

Apesar de nem todos os serviços serem prestados no setor da atenção básica, o profissional da atenção primária tem a responsabilidade de reconhecer as necessidades de atenção à saúde e providenciar ou coordenar a prestação de serviços a serem disponibilizados em outros locais (STARFIELD, 2002).

Após a construção das categorias e subcategorias descritas acima, pudemos identificar os problemas prioritários em relação à prevenção da DRC, destacados pela equipe de saúde da atenção básica, na qual o enfermeiro se insere. Tais problemas estavam relacionados tanto a aspectos teóricos como a aspectos da prática assistencial da prevenção da DRC.

Quanto aos problemas relacionados aos aspectos teóricos, observamos que os participantes demonstraram níveis diferentes de entendimento sobre a DRC tais como definição, causas, fatores de risco da DRC bem como aos exames laboratoriais para detecção dessa doença. Além disso, também se destacou como problema prioritário a falta de divulgação e de esclarecimento sobre o assunto tanto para a população como para os próprios profissionais de saúde. O último problema relacionado aos aspectos teóricos foi a grande associação realizada entre a DRC e seus estágios mais avançados e a pequena correlação com os estágios mais iniciais da doença.

Em relação aos problemas prioritários que emergiram dos aspectos práticos, pudemos destacar a dificuldade no trabalho cotidiano relacionado ao manejo do tratamento das pessoas hipertensas e diabéticas e a prevenção da DRC. A falta de padronização dos pedidos de exames laboratoriais relacionados à DRC bem como a falta de padronização dos encaminhamentos ao atendimento nefrológico também foram identificadas como problemas prioritários, sendo relacionados ao trabalho cotidiano e às intervenções diretas realizadas acerca da prevenção da DRC realizadas na unidade.

Portanto as categorias nos auxiliaram na identificação dos problemas prioritários que, por sua vez, contribuíram na elaboração da Ação Educativa sobre a qual os resultados são descritos a seguir.

6 DESENVOLVIMENTO DA AÇÃO EDUCATIVA

6.1 O projeto educativo: planejamento, execução, avaliação e sugestões

Tendo em vista os problemas prioritários identificados nas categorias levantadas nas entrevistas, bem como pelos dados da observação participante, propomo-nos a desenvolver nossa ação educativa composta por uma aula expositiva dialogada e a elaboração e divulgação de uma cartilha educativa as quais foram descritas abaixo.

Estratégia: Cartilha educativa

Objetivo: Implementar um plano de ação concreto baseado nos problemas identificados pela equipe de saúde da atenção básica a respeito da prevenção da DRC, de forma que o material pudesse contribuir com a assistência às pessoas e que permanecesse como instrumento de consulta diário aos profissionais.

Conteúdo: A “**Cartilha Educativa: Prevenção da Doença Renal Crônica**” foi elaborada pelas pesquisadoras com base nos problemas prioritários identificados pelos profissionais da equipe de saúde pesquisada. Além disso, recebemos as contribuições de uma profissional especializada na área de Educação para a Saúde e três peritos das áreas de Nefrologia e Saúde Pública que a validaram em relação ao conteúdo, apresentação e objetivos. Portanto, a Cartilha aborda os temas relacionados à fisiologia renal, aos fatores de risco, ao diagnóstico, à prevenção e aos tipos existentes de tratamento da DRC além de contar com dois estudos de casos sobre o assunto no final da Cartilha, exercícios estes que tiveram como finalidade favorecer a construção e a fixação do conhecimento sobre a DRC.

A formatação da Cartilha foi organizada de forma simples e com diversas ilustrações coloridas para tornar a leitura mais agradável e descontraída. Da mesma forma, foi escrita em linguagem clara e coerente com o público para o qual é direcionada (profissionais da saúde como médicos, equipe de enfermagem, agentes comunitários de saúde, etc.). As Cartilhas foram entregues aos profissionais da equipe, no dia da apresentação da Aula expositiva dialogada, conforme discutíamos sobre o assunto também explorávamos o conteúdo da Cartilha.

Avaliação: Os profissionais demonstraram interesse e satisfação com o material educativo, a Cartilha. Realizaram uma avaliação por meio do preenchimento

do Instrumento Avaliação da Atividade Educativa (Apêndice F) no qual apontaram pontos positivos, classificando a Cartilha como esclarecedora, educativa, bem elaborada, com ótimo visual, ilustrações interessantes, de fácil leitura e compreensão. Colocaram ainda que as recomendações contidas na Cartilha apontavam para a aplicabilidade do tema e favoreciam o conhecimento, o estímulo à reflexão e uma possível mudança no estilo de vida. A Cartilha foi caracterizada ainda como forma de busca de orientação rápida, simples e disponível.

Estratégia: Aula expositiva dialogada

Objetivo: Discutir e esclarecer os problemas prioritários identificados pela equipe de saúde da atenção básica, a respeito da prevenção da DRC.

Conteúdo: A atividade educativa intitulada “**Prevenção da Doença Renal Crônica**” foi desenvolvida na unidade junto à equipe de saúde da família e as pesquisadoras deste estudo. A apresentação e a discussão com o grupo pesquisado abordaram os seguintes tópicos:

✓ Aspectos demográficos e epidemiológicos

Discutimos sobre o aumento das doenças crônicas em todo o mundo que se dá devido principalmente ao envelhecimento populacional, à queda da mortalidade e fecundidade e às modificações nos padrões de consumo e de comportamentos não saudáveis. Destacamos a relevância da DRC no cenário mundial e no Brasil com seu aumento a cada ano.

✓ Anatomia e fisiologia do sistema renal

Esclarecemos sobre a localização anatômica dos rins, a unidade funcionante dos mesmos (néfron). As funções dos rins foram exemplificadas pelos próprios participantes e depois complementadas pelas pesquisadoras. Por fim falamos sobre a filtração glomerular e a importância do uso de fórmulas para calcular a taxa de filtração glomerular.

✓ A doença renal crônica

Discutimos sobre a definição da DRC, seus principais fatores de risco, fazendo uma comparação com os casos mais comuns no cotidiano da unidade e a importância de se realizar a classificação/estadiamento da DRC.

✓ Prevenção da DRC

Conversamos a respeito dos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, atentando para a integração que deve haver entre os níveis de assistência à saúde e buscando sanar as necessidades da população. Destacamos, também, a potência que a Estratégia de Saúde da Família possui para atuar na prevenção da DRC.

Ainda, para melhor compreensão, dividimos as intervenções da prevenção da DRC em três níveis: intervenções primárias, secundárias e terciárias. As intervenções primárias compreenderam a Prevenção não farmacológica (hábitos saudáveis de vida), Prevenção farmacológica e a Identificação precoce da disfunção renal. Nas intervenções secundárias, incluímos as Recomendações alimentares, Uso de medicamentos, Controle das complicações da DRC e Preparo para a terapia renal substitutiva. E nas intervenções terciárias, abordamos os Tipos de tratamento da DRC, como hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal.

✓ Estudo de caso

Após termos abordado o conteúdo descrito acima, discutimos um estudo de caso relacionado ao tema da pesquisa que fazia menção à realidade do próprio serviço de saúde. Depois de apresentado o caso, as pesquisadoras dispararam algumas questões a fim de suscitar um diálogo referente ao tema. O estudo de caso foi uma estratégia utilizada como forma de revisão do conteúdo apresentado e discutido com o grupo.

Avaliação: Durante a realização da apresentação e discussão do trabalho, observamos a participação ativa dos profissionais presentes. Eles se demonstraram interessados e atentos, fazendo perguntas a respeito do tema, tirando dúvidas e comentando situações vivenciadas no cotidiano do serviço de saúde. Pudemos observar que houve trocas de experiências entre as pesquisadoras e a equipe de saúde, favorecendo a conscientização sobre a prevenção da DRC e a mudança das práticas no cotidiano da assistência.

A avaliação dessa atividade também foi realizada pelos participantes desta pesquisa por meio do preenchimento do Instrumento Avaliação da Atividade Educativa (Apêndice F). Os participantes revelaram que foram sensibilizados pelo tema, classificando a atividade como gratificante, esclarecedora, excelente e de fácil compreensão, com destaque para os recursos visuais. Avaliaram, ainda, que o trabalho demonstrou seriedade, respeito e compromisso.

Apontaram que a forma de explicação das pesquisadoras foi feita passo a passo, fornecendo suporte para a aprendizagem, o que também despertou o interesse do grupo durante a apresentação, ressaltando ainda a importância da presença da professora especialista na área. Classificaram o assunto como interessante e importante para ser abordado na USF e na área de saúde pública, complementando que a atividade desenvolvida os levou à reflexão sobre o autocuidado e com os pacientes da unidade onde é possível colocar em prática os assuntos abordados.

No entanto, um ponto negativo foi apontado, pois a equipe da USF em questão estava com o número de profissionais reduzido por motivos de férias e demissões de membros da equipe. Por isso dos 11 profissionais que iniciaram esta pesquisa, cinco não estavam presentes nessa atividade. Na pesquisa-ação o planejamento é flexível havendo a possibilidade de adaptação em função das circunstâncias e da dinâmica interna do grupo com a situação investigada (THIOLLENT, 2009). Tentamos sanar essa lacuna entrando em contato posteriormente com esses profissionais e entregando-lhes a Cartilha Educativa, colocando-nos à disposição para esclarecimentos que se fizessem necessários. Além disso, durante a apresentação do trabalho na unidade, o grupo foi estimulado a participar e contribuiu com o sucesso da atividade apesar da falta de alguns deles.

Sugestões: A equipe propôs a busca de parceria com a Secretaria Municipal de Saúde para que a Cartilha seja editada e disponibilizada na rede, além da apresentação da Aula expositiva dialogada para os profissionais de saúde de outras unidades municipais. Além disso, sugeriram que a Cartilha fosse editada em formato de vídeo para facilitar a divulgação. E a última proposta foi a de produzirmos uma nova cartilha com o mesmo tema, mas voltada para os pacientes.

As sugestões realizadas pelos participantes demonstraram aspectos positivos com relação às suas opiniões sobre toda a ação educativa desenvolvida, visto que os mesmos indicaram sua reprodução para outras instâncias de saúde e a maior divulgação do material elaborado pelas pesquisadoras. Isso se traduz em satisfação pelo trabalho concluído e inspiração para os próximos que virão.

O objetivo de implementar um plano de ação organizado pela equipe de saúde e pelas pesquisadoras, buscando solucionar os problemas identificados sobre a prevenção da DRC, foi alcançado por meio da implementação de duas estratégias: a elaboração de uma Cartilha Educativa e a realização da Aula expositiva dialogada,

pois ambas abordavam o tema da pesquisa em questão. O objetivo de avaliar essas ações relacionadas à prevenção da DRC realizadas junto à equipe participante da pesquisa também foi alcançado de forma espontânea na qual os participantes apontaram aspectos positivos, negativos e deram suas sugestões, fazendo uma crítica construtiva e enriquecedora para o trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas prioritários destacados pela equipe de saúde da atenção básica em relação à prevenção da DRC foram identificados por meio de duas categorias principais que emergiram da análise dos relatos dos participantes bem como, pela análise da observação participante.

A primeira categoria intitulada “Aspectos teóricos acerca da prevenção da DRC” apontou que os participantes desta pesquisa possuíam informações gerais das características da DRC, sendo as doenças de base como hipertensão arterial e diabetes citadas por eles como principais causas da DRC. Também, frequentemente, foram feitas relações entre a prevenção da DRC, os hábitos de vida saudáveis e a atenção básica. No entanto, observamos nessa categoria como problemas prioritários o fato de os participantes demonstrarem níveis diferentes de entendimento sobre a DRC tais como definição, causas, fatores de risco da DRC, bem como aos exames laboratoriais para detecção dessa doença. Além disso, também se destacou como problema prioritário a falta de divulgação e de esclarecimento sobre o assunto, tanto para a população como para os próprios profissionais de saúde. O último problema arrolado aos aspectos teóricos foi a relação entre a DRC e seus estágios mais avançados e a escassa menção dos estágios mais iniciais da doença.

A segunda categoria intitulada “Aspectos da prática assistencial acerca da prevenção da DRC” demonstrou que, na prática relacionada ao cotidiano do trabalho e às intervenções diretas relacionadas à prevenção da DRC, os participantes têm realizado orientações sobre hábitos saudáveis de vida relacionados à alimentação adequada e à atividade física bem como sobre o controle rigoroso dos níveis pressóricos e glicêmicos. Os participantes também têm realizado ações concretas como acolhimento das pessoas, identificação dos fatores de risco para DRC, visitas domiciliares, grupos educativos, assistência voltada à HAS e DM e acompanhamento médico.

Em relação aos problemas prioritários que emergiram dos aspectos práticos, pudemos destacar a dificuldade no trabalho cotidiano relacionado ao manejo das pessoas hipertensas e diabéticas e a prevenção da DRC. A falta de padronização dos pedidos de exames laboratoriais relacionados à DRC bem como a falta de padronização dos encaminhamentos ao atendimento nefrológico também foram identificadas como problemas prioritários, sendo relacionados ao trabalho

cotidiano e às intervenções diretas realizadas acerca da prevenção da DRC na unidade.

Baseados nesses problemas prioritários citados acima, foi implementado o plano de ação composto por duas estratégias, a saber: uma Cartilha Educativa e uma Aula expositiva dialogada. O conteúdo de informações contido nessas estratégias tentou suprir todos os problemas citados acima. Posteriormente foi realizada avaliação desse processo pelos participantes da pesquisa os quais demonstraram maior parte de aspectos positivos.

Esta pesquisa, baseada nos pressupostos da pesquisa-ação buscou sanar alguns pontos relevantes para a melhoria da assistência às pessoas com DRC ou àquelas com risco de desenvolvê-la. Por meio da interação com os profissionais da linha de frente inseridos no contexto da atenção básica à saúde, buscamos intervir em sua prática assistencial. Esperamos ter contribuído para o aperfeiçoamento da prevenção da DRC no serviço de saúde, bem como auxiliado na divulgação e disseminação do tema.

A equipe de saúde da família na qual o enfermeiro se insere possui potencialidades para atuarem na prevenção da DRC. Apesar das dificuldades enfrentadas, é essencial que essas equipes se organizem e tenham preparo para realizar as intervenções relacionadas à prevenção da DRC.

AKBARI, A. et al. Detection of chronic kidney disease with laboratory reporting of estimated glomerular filtration rate and an educational program. **Archives Internal Medicine**, Chicago, v. 164, n. 16, p. 1788-1792, 2004.

ATKINS, R. C. The epidemiology of chronic kidney disease. **Kidney International. Supplement**, Malden, n. 94, p. S14-S18, 2005.

BASTOS, M. G. et al. Doença renal crônica: problemas e soluções. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 202-215, 2004.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pessoas ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93-108, jan./mar. 2011.

BASTOS, R. M. G.; BASTOS, M. G.; TEIXEIRA, M. T. B. A doença renal crônica e os desafios da atenção primária à saúde na sua detecção precoce. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, p. 46-55, jan./jun. 2007.

BASTOS, R. M. R.; BASTOS, M. G. Inserção do Programa Saúde da Família na prevenção da doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 29, p. 32-34, 2007. Suplemento.

BATISTA, L. K. C. et al. Manuseio da doença renal crônica em pessoas com hipertensão e diabetes. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 8-14, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas de promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/conf-tratados.html>. Acesso em: 11 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno Básico: prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, DF, 2006.

BREGMAN, R. Doença renal crônica. In: BARROS, E.; GONÇALVES, L. F. (Org.). **Nefrologia: no consultório**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 211-231.

BRIAN, J. G.; PEREIRA, M. D. Overcoming barriers to the early detection and treatment of chronic kidney disease and improving outcomes for end-stage renal disease. **The American Journal of Managed Care**, Old Bridge, v. 8, p. 122-135, 2002. Supplement 4.

BUCHARLES, S. G. E.; PECOITS-FILHO, R. Doença renal crônica: mecanismos da prevenção e abordagem terapêutica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 6-13, 2009. Suplemento 1.

BUENO, S. M. V. **Tratado de educação preventiva em sexualidade, DST-Aids e drogas nas escolas**. 2. ed. Ribeirão Preto: Fierp, 2009.

BUSS, P. M. Promoção da saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, v. 2, n. 6, p. 50-63, 2002.

CANZIANI, M. E. F.; DRAIBE, S. A.; NADALETTO, M. A. J. Técnicas dialíticas na insuficiência renal crônica. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar – UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: nefrologia**. Barueri: Manole, 2005. p. 223-237.

CASAS, J. P. et al. Effect of inhibitors of the rennin-angiotensin system and other antihypertensive drugs on renal outcomes: systematic review and meta-analysis. **Lancet**, London, v. 366, n. 9502, p. 2026-2033, 2005.

CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DRAIBE, A. S.; AJZEN, H. Insuficiência renal crônica. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar – UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: nefrologia**. Barueri: Manole, 2005. p. 183-196.

FARIA, J. B. L. Nefropatia diabética. In: BARROS, E.; GONÇALVES, L. F. (Org.). **Nefrologia: no consultório**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 282-306.

FRANCO, M. A. S. Pedagogia da pesquisa-ação. **Revista Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, 2005.

GRICIO, T. C.; KUSUMOTA, L.; CÂNDIDO, M. L. Percepções e conhecimentos de pessoas com Doença Renal Crônica em tratamento conservador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 884-893, 2009.

GUS, I. et al. Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the State of Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, n. 5, p. 429-433, 2004.

HOU, F. F. et al. Efficacy and safety of benazepril for advanced chronic renal insufficiency. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 354, n. 2, p. 131-140, 2006.

IKEDA, S.; CANZIANI, M. E. F. Acesso vascular para hemodiálise. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar – UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: nefrologia**. Barueri: Manole, 2005. p. 257-268.

ISRANI, A. et al. Management of chronic kidney disease in an Academic Primary Care Clinic. **American Journal of Nephrology**, Basel, v. 23, n. 1, p. 47-54, 2003.

KIRSZTAJN, G. M.; BASTOS, M. G. Proposta de padronização de um Programa de Rastreamento da DRC. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 18-22, 2007. Suplemento 1.

LOPES, E. M.; ANJOS, S. J. S. B.; PINHEIRO, A. K. B. Tendências das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-277, abr./jun. 2009.

MALERBI, D.; FRANCO, L. J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 years. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. **Diabetes Care**, New York, v. 15, n. 11, p. 1509-1516, 1992.

MAYKUT, P.; MOREHOUSE, R. Data collection in the natural setting: studying people, studying setting. In: _____. **Beginning qualitative research: a philosophic and practical guide**. London: Falmer Press, 1994. p. 68-81.

MCLELLAN, W. M.; RAMIREZ, S. P. B.; JURKOVITZ, C. Screening for chronic kidney disease: unresolved issues. **Journal of the American Society of Nephrology**, Baltimore, v. 14, n. 7, p. S81-S87, 2003. Supplement 2.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2011.

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

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORAES, S. A. et al. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 929-941, maio 2010.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION – KDOQI. **Clinical practice guidelines for Chronic Kidney Disease**: executive summary. New York, 2002.

NERBASS, F. B.; FEITEN, S. F.; CUPPARI, L. Nutrição do paciente com doença renal crônica em tratamento conservador. In: BARROS, E.; GONÇALVES, L. F. (Org.). **Nefrologia**: no consultório. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 435-457.

OLIVEIRA, M. B.; ROMÃO Jr., J. E.; ZATZ, R. End-stage renal disease in Brazil: epidemiology, prevention, and treatment. **Kidney International. Supplement**, Malden, n. 97, p. 82-88, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Prevenção de Doenças Crônicas**: um investimento vital. 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. **Atención Primaria de Salud**: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. Ginebra, 1978. (Serie Salud para todos, 1).

PACHECO, G. S.; SANTOS, I.; BREGMAN, R. Características de clientes com doença renal crônica: evidências para o ensino do autocuidado. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 434-439, 2006.

PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – PAHO. **Regional strategy and plan of action on an integrated approach to the prevention and control for chronic diseases**. Washington, 2007. Disponível em: <<http://www.paho.org/English/AD/DPC/NC/reg-strat-cncds.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

RESTREPO, H. E. Agenda para la acción em promoción de la salud. In: RESTREPO, H. E.; MÁLAGA, H. (Org.). **Promoción de la salud: cómo construir vida saludable**. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2001. p. 34-55.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes**. Ribeirão Preto, 2011.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Rede Municipal de Saúde**. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/rede/i16apresentacao.php>>. Acesso em: 21 jun. 2010.

ROMÃO Jr., J. E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 1-3, ago. 2004.

ROSÁRIO, T. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

SANTOS, L. L. **Análise da percepção e registro das medidas de prevenção de doenças por profissionais da atenção primária**. 2010. 154 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SCHIEPPATI, A.; PERICO, N.; REMUZZI, G. Preventing end-stage renal disease: the potential impact of screening and intervention in developing countries. **Kidney International**, New York, v. 63, n. 5, p. 1948-1950, 2003.

SCHLAICH, M. P.; KRUM, H.; SOBOTKA, P. A. Renal sympathetic nerve ablation: the new frontier in the treatment of hypertension. **Current Hypertension Reports**, Philadelphia, v. 12, n. 1, p. 39-46, 2010.

SESSO, R. C. et al. Censo brasileiro de diálise 2010. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 442-447, 2011.

SMELTZER, C. S. et al. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. In: _____. **Integralidade da atenção**: quem deveria oferecer o que. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. cap. 3, p. 313-364.

SWEDKO, P. J. et al. Serum creatinine is an inadequate screening test for renal failure in elderly patients. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 163, n. 3, p. 356-360, 2003.

TAVARES, A.; ROSA, E. C. Doença renal hipertensiva. In: BARROS, E.; GONÇALVES, L. F. (Org.). **Nefrologia**: no consultório. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 353-366.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa ação**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

THOMÉ, F. S. et al. Doença renal crônica. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia**: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 381-404.

TORQUATO, M. T. C. G. et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years Ribeirão Preto (São Paulo) Brazil. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 121, n. 6, p. 224-230, 2003.

TRAVAGIM, D. S. A. et al. Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 291-297, abr./jun. 2010.

TRAVAGIM, D. S. A.; KUSUMOTA, L. Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 388-393, 2009.

UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM – USRDS. Excerpts from the USRDS 2005 Annual Data Report: International comparisons. **American Journal of Kidney Disease**, New York, v. 47, n. 2, p. 215-226, 2006.

_____. **USRDS 2001 Annual Data Report**: atlas of end-stage renal disease in the United States. Minneapolis: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2001.

WILD, S. et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, New York, v. 27, n. 5, p. 1047-1053, 2004.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Projeto: Prevenção da Doença Renal Crônica: Uma intervenção na prática assistencial em uma Equipe de Saúde da Família

Pesquisadoras responsáveis: Profa. Dra. Luciana Kusumota e pós-graduanda Darlene Suellen Antero Travagim

Instituição promotora da pesquisa: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos realizando uma pesquisa com a equipe de saúde, composta de médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde desta Unidade de Saúde da Família localizada na região oeste do município de Ribeirão Preto-SP. Os objetivos deste trabalho são: Identificar os problemas prioritários em relação à prevenção da DRC, destacados pela equipe de saúde da atenção básica, na qual o enfermeiro se insere; Implementar um plano de ação organizado pela equipe de saúde e pesquisadores que busque solucionar os problemas identificados; Avaliar as ações realizadas junto da equipe participante da pesquisa.

Dessa forma, gostaríamos de convidá-lo a participar desta pesquisa, para a qual realizaremos encontros com a equipe, nos quais faremos uso da técnica de observação participante acompanhando os profissionais de saúde em suas atividades de assistência em saúde na unidade, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários. Ao mesmo tempo realizaremos entrevistas individuais que serão gravadas e transcritas na íntegra. No entanto, a identidade dos colaboradores não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e divulgação dos seus resultados. Para este estudo, realizaremos as entrevistas com os profissionais na própria unidade que trabalham com dias e horários preestabelecidos de conveniência a eles, acordado por prévio contato telefônico e permissão obtida, sendo o tempo de duração das mesmas, previsto em cerca de 30 minutos. A observação participante e as entrevistas têm previsão de serem realizadas no período entre maio e junho de 2011.

Posteriormente a equipe de saúde fará a apreciação do material coletado junto à pesquisadora na própria unidade, levantando os problemas prioritários e definindo um plano de ação composto de estratégias que julgarem necessárias para a solução dos problemas. Depois realizaremos a implementação do plano de ação e avaliação do mesmo em conjunto, favorecendo a compreensão real do significado das atividades realizadas. O planejamento, implementação e avaliação das ações têm previsão de serem realizadas no período entre julho e setembro de 2011.

Caso concorde em participar da pesquisa o(a) senhor(a) e as pesquisadoras assinarão duas vias deste termo sendo que uma cópia ficará com o(a) senhor(a) e a outra com as pesquisadoras. Estamos disponíveis para esclarecimentos em qualquer fase da pesquisa, mesmo após ter sido concluída.

Contamos com sua colaboração, enquanto participante para divulgação do conteúdo da pesquisa, o que muito contribuirá para a realização deste trabalho. O(a) senhor(a) tem liberdade para recusar-se a participar da pesquisa, podendo inclusive, retirar-se da mesma em qualquer momento e isso não lhe acarretará prejuízos. Esta pesquisa não lhe trará gastos ou danos, mas também não possui recursos para remunerar os participantes.

Esperamos merecer sua confiança e atenção, nos colocando à disposição para quaisquer dúvidas ou informações adicionais pelo telefone (16) 8828-1125.

Muito obrigada pela atenção,

Darlene Suellen Antero Travagim
Aluna de pós-graduação - Nível mestrado
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900
Telefone: (16) 8828 1125
E-mail: darlene.travagim@usp.br

Luciana Kusumota – COREn 78373 - Orientadora
Professora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900
Telefone: (16) 3602 0534
E-mail: kusumota@eerp.usp.br

Eu _____ declaro estar ciente das informações recebidas e concordo em participar desta pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

APÊNDICE B – Roteiro para a observação participante – Diário de campo**ENFERMEIRO**

1. Supervisão e coordenação de ações para capacitação dos agentes comunitários de saúde e de auxiliares de enfermagem;
2. Realização da consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando a pessoa ao médico quando necessário;
3. Solicitação, durante a consulta de enfermagem, de exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe;
4. Desenvolvimento de atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolvimento de atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos;
5. Estabelecimento, junto à equipe, de estratégias que possam favorecer a adesão (grupos com dislipidemia, tabagistas, obesos, hipertensos e diabéticos);
6. Encaminhamento para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgão-alvo (rins, cérebro, coração, vasos) ou com comorbidades;
7. Encaminhamento para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais e glicêmicos, possuam lesões em órgãos-alvo (rins, cérebro, coração, vasos) ou comorbidades;
8. Encaminhamento para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem comorbidade.

MÉDICO

1. Realização de consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando à estratificação de risco cardiovascular e renal global;
2. Solicitações de exames complementares quando necessário;
3. Prescrição de tratamento não medicamentoso;
4. Tomada de decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso;

5. Programação, junto à equipe, de estratégias para a educação do paciente;
6. Encaminhamento às unidades de referência secundária e terciária das pessoas que apresentam doença cardiovascular instável, de início recente sem avaliação, hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva;
7. Encaminhamento à unidade de referência secundária, uma vez ao ano, de todos os diabéticos, para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade básica;
8. Encaminhamento à unidade de referência secundária das pessoas diabéticas com dificuldade de controle metabólico bem como os casos de dislipidemia grave que não respondem à terapia;
9. Atenção obstinada aos objetivos e metas do tratamento (níveis pressóricos, glicemia pré-prandial, hemoglobina glicada, controle dos lipídeos e do peso, abstinência do fumo e atividade física regular).

AUXILIAR DE ENFERMAGEM

1. Verificação dos níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde;
2. Orientação da comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira;
3. Orientação das pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes;
4. Agendamento de consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados;
5. Procedimento de anotações devidas em ficha clínica;
6. Cuidados com os equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) os encaminhado para manutenção, quando necessário;
7. Encaminhamento das solicitações de exames complementares para serviços de referência;
8. Controle do estoque de medicamentos e reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico;

9. Fornecimento de medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

1. Esclarecimento à comunidade sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção;
2. Identificação na população em geral de pessoas com fatores de risco para doenças cardiovasculares e renais;
3. Encaminhamento à consulta de enfermagem dos indivíduos rastreados como suspeitos de serem de risco para doença cardiovascular e renal;
4. Encaminhamento à unidade de saúde para avaliação clínica adicional e exames laboratoriais, das pessoas com fatores de risco para doença cardiovascular, renal ou diabetes;
5. Verificação do comparecimento desses indivíduos às consultas agendadas na unidade de saúde, aos retornos para resultado de exames e acompanhamento periódico;
6. Questionamento ao paciente sobre o seguimento das orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas, e naqueles hipertensos e ou diabético se estão aderindo à terapia prescrita;
7. Registro em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de DRC ou fatores de risco importantes, como hipertensão, diabetes e história familiar de cada membro da família.

APÊNDICE C

Roteiro para a entrevista

Iniciais do profissional _____ Nº do questionário _____
Data da entrevista ____/____/____ Início _____ Término _____ Entrevistador _____

I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, ECONÔMICA E PROFISSIONAL

1) IDADE _____ 2) SEXO _____ 3) ESTADO CIVIL _____

5) PROFISSÃO: _____ 6) RENDA: _____

4) FORMAÇÃO PROFISSIONAL

() Ensino Fundamental (completo/incompleto)

() Ensino Médio (completo/incompleto)

() Ensino Superior - Graduação

Especificar (qual, ano e local): _____

() Pós-graduação

Especificar (qual, ano e local): _____

8) Tempo de atuação profissional nesta unidade (em meses): _____

9) Participou de eventos de difusão de conhecimento científico, no último ano, e quais?

() Nunca

() Esporadicamente

() Pelo menos uma

() Duas ou três

() Mais de quatro

II – Dados sobre a prevenção da Doença Renal Crônica (DRC)

1. O que você entende por doença renal crônica?

2. O que você entende por prevenção da doença renal crônica?

3. O que você faz em seu trabalho cotidiano que contribui para o aprimoramento da prevenção da DRC? Há intervenções diretas acerca dessa prevenção?

4. Qual perfil de pacientes é atendido neste serviço?

5. Faça comentários pertinentes à temática Prevenção da DRC na Atenção Básica à Saúde (ABS).

III - Programa educativo

De que você gostaria que eu falasse com você sobre o assunto da prevenção da DRC. E de que forma poderíamos trabalhar essa questão?

APÊNDICE D – Elementos constitutivos relacionados aos problemas prioritários da equipe de saúde em relação à prevenção da DRC e respectivas unidades temáticas

Elementos constitutivos dos problemas prioritários da equipe de saúde em relação à prevenção da DRC	Unidades Temáticas
Definições da DRC	Características da doença; Causas da doença; Desentendimento do tema.
Definições da prevenção da DRC	Hábitos de vida saudáveis; Cuidados com HAS e DM; Acompanhamento médico e da equipe de saúde; Desentendimento do tema.
O trabalho cotidiano e a prevenção da DRC	ORIENTAÇÕES DA EQUIPE: Manter hábitos de vida saudáveis; Frequentar as consultas de acompanhamento. AÇÕES DA EQUIPE: Acolhimento; Visita domiciliar; Grupo educativo; Assistência aos hipertensos e diabéticos; Pedido de exames laboratoriais; Encaminhamento ao nefrologista; Não seguimento de protocolos; Desentendimento do tema.
Intervenções diretas acerca da prevenção da DRC	ORIENTAÇÕES DA EQUIPE: Manter hábitos de vida saudáveis e controlar os níveis pressóricos e glicêmicos. AÇÕES DA EQUIPE: Assistência aos hipertensos e diabéticos; Consultas e acompanhamento médico; Realização de exames laboratoriais; Encaminhamento ao nefrologista.
Prevenção da DRC e a atenção básica à saúde	Trabalho da ABS baseado em prevenção geral; Trabalho da ABS inclui a prevenção da DRC; Desentendimento do tema.

Apêndice E

Apresentação

Esta cartilha educativa é dedicada aos profissionais da Unidade de Saúde da Família Dr^a. Heloísa Maia La Rocca/Portal do Alto – Ribeirão Preto-SP e tem como tema a Prevenção da DRC.

Neste material, a equipe de saúde (médicos, equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde) encontrará informações e orientações importantes para a assistência às pessoas acometidas por essa doença, bem como àquelas que possuem risco para desenvolvê-la.

O conteúdo desta cartilha está relacionado à fisiologia renal, aos fatores de risco, ao diagnóstico, à prevenção e aos tipos existentes de tratamento da DRC.

É importante a sua atenção para o assunto, no sentido de divulgar as informações aqui contidas sobre essa doença à população, visando ao esclarecimento adequado de dúvidas das pessoas assistidas.

Ficha Catalográfica:

Travagim, Darlene Suellen Antero; Kusumota, Luciana
Prevenção da Doença Renal Crônica/Organizado por Darlene Suellen
Antero Travagim, Luciana Kusumota. Ribeirão Preto, 2012.
28p.; 15 x 21cm.

1. Doença Renal Crônica. 2. Prevenção. 3. Enfermagem.
4. Educação para a Saúde. I. Bueno, Sônia Maria Villela, colab.
- II. Pereira, Maria José Bistafa. III. Costa, José Abrão Cardeal, colab.
- IV. Oliveira, Marília Pilotto de, colab.

Este material é resultado do projeto de mestrado “Prevenção da Doença Renal Crônica: intervenção na prática assistencial em uma Equipe de Saúde da Família”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), sob coordenação da Profª. Drª. Luciana Kusumota, com colaboração de profissionais da Unidade de Saúde da Família Drª. Heloísa Maia La Rocca/Portal do Alto – Ribeirão Preto-SP.

O objetivo deste trabalho é implementar um plano de ação baseado nos problemas identificados pela equipe de saúde da atenção básica a respeito da prevenção da Doença Renal Crônica (DRC).

SUMÁRIO

ANATOMIA E FISIOLOGIA DO RIM	5
Visão geral	5
Estrutura renal	5
Funções	6
Filtração glomerular	6
 DOENÇA RENAL CRÔNICA	 7
Definição	7
Causas e fatores de risco	7
Classificação	8
Principais sinais e sintomas	9
 PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA	 10
Intervenções primárias	10
Prevenção não-farmacológica	10
Prevenção farmacológica	13
Identificação precoce da disfunção renal	13
Intervenções secundárias	15
Recomendações alimentares	15
Uso de medicamentos	18
Controle das complicações da doença renal crônica	18
Preparo para a terapia renal substitutiva	19
Intervenções terciárias	20
Tratamentos da doença renal crônica	20
 EXERCÍCIOS / ESTUDO DE CASO.....	 23
 REFERÊNCIAS	 25

ANATOMIA E FISIOLOGIA DO RIM

Visão geral

Os **rins** (dois) localizam-se um em cada lado da coluna vertebral, na porção posterior do abdome e acima do nível da cintura.

- Medem próximo de 12x6 cm cada.
- Pesam cerca de 150 g cada*.

Estrutura renal

A unidade funcionante do **rim** é o **néfron**.

Há em torno de 1 milhão de nefrons em cada rim.

Cada rim possui muitos vasos sanguíneos (arteriais e venosos)**

* SPENCE, 1991

** BOIM; CASARINI, 2005

Funções

Os rins são responsáveis pela:

- eliminação de toxinas do sangue por um sistema de filtração;
- regulação da formação do sangue e da produção dos glóbulos vermelhos;
- regulação da pressão sanguínea;
- controle do balanço químico e de líquidos do corpo*.

Filtração glomerular

A filtração glomerular (FG) é a capacidade dos rins em depurar uma substância a partir do sangue. Logo a FG pode ser utilizada para medir a **função renal**.

Existem fórmulas que são utilizadas para estimar a FG por meio do valor da creatinina sanguínea. A seguir uma das fórmulas mais utilizadas:

EQUAÇÃO

Cockcroft-Gault (CG)

$$FG = (140 - \text{idade}) \times \text{peso corporal (kg)} / 72 \times Crs \times (0,85 \text{ se mulher})$$

FG = filtração glomerular; Crs = creatinina sanguínea

Fonte: BASTOS; BASTOS; PAULA, 2007.

Outros exames mais específicos podem ser solicitados quando necessário, tais como microalbuminúria, proteinúria, hematúria, clareance de creatinina de 24 horas**.

* HELOU; ANDRADE, 2006

** BASTOS; BASTOS; PAULA, 2007

DOENÇA RENAL CRÔNICA

Definição

É a perda progressiva e irreversível da função renal. Pessoas com filtração glomerular $< 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ por 3 meses ou mais, com ou sem lesão renal são classificados como tendo DRC ou ainda, nos casos com $FG > 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ e presença de um marcador de lesão da estrutura renal (p. ex., albuminúria)*.

Causas e fatores de risco

Os principais grupos de risco para o desenvolvimento da DRC são pessoas com **hipertensão arterial sistêmica (HAS)**, **diabetes mellitus (DM)** e pessoas que possuem familiares com DRC. Outras doenças também estão relacionadas com a perda da função renal, como glomerulopatias, rins policísticos, doenças autoimunes, infecções sistêmicas, infecções urinárias de repetição, litíase urinária, uropatias obstrutivas e neoplasias**.

Fatores como a obesidade, dislipidemias (colesterol e triglicérides elevados) e tabagismo podem acelerar a progressão dessa doença**. O envelhecimento populacional e suas alterações fisiológicas comuns tornam os idosos mais vulneráveis ao surgimento de doenças, dentre essas a própria DRC***.

* K/DOQI, 2002

** MS, 2006

*** BASTOS; OLIVEIRA; KIRSZTAJN, 2011

Classificação

A DRC pode ser dividida em estágios de acordo com a **filtração glomerular (FG)**. Tanto a classificação como a orientação terapêutica da DRC são baseadas pela FG. Como mostra a **Tabela 1** a seguir, quanto mais avançado o estágio da DRC, menor será o funcionamento dos rins*.

Atenção para a Tabela

Tabela 1. Classificação da DRC, segundo a National Kidney Foundation, adotada pela Sociedade Brasileira de Nefrologia

Estágio	Filtração glomerular ml/min	Grau de insuficiência renal
0	≥ 90	Grupos de risco para DRC com função normal
1	≥ 90	Lesão renal com função normal
2	60-89	Discreto comprometimento da função renal
3	30-59	DRC moderada com alteração laboratorial
4	15-29	DRC avançada podendo existir sintomas clínicos
5	< 15	DRC terminal ou dialítica

Fonte: BREGMAN, 2007.

IMPORTANTE

No **Estágio 0** da DRC os principais grupos de risco para DRC referem-se aos **hipertensos, diabéticos e pessoas que possuem familiares com DRC**.

* BREGMAN, 2007

Principais sinais e sintomas

Didaticamente pode-se dividir o curso da DRC em três fases com seus respectivos sinais e sintomas:*

* DRAIBE; AJZEN, 2005

PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem muita potência para atuar na prevenção da DRC, pois tem como pressuposto trabalhar com uma abordagem integral e interdisciplinar e estar atenta aos múltiplos fatores de risco que envolvem as doenças. Essas características são competências atribuíveis e imprescindíveis à Atenção Básica à Saúde (ABS) e também à prevenção da DRC*.

10

→ Intervenções primárias

Podem ser realizadas exclusivamente pela ESF por meio da identificação dos **grupos de risco** para a DRC (**hipertensos, diabéticos e pessoas que possuem familiares com DRC**) e intervenção nos fatores de risco*:

Prevenção não-farmacológica

- ☐ Implementar alimentação saudável;
- ☐ Controlar o peso;
- ☐ Restringir o uso de bebidas alcoólicas;
- ☐ Praticar atividade física regularmente;
- ☐ Cessar o uso de tabaco**.

* BASTOS; BASTOS, 2007

** MS, 2006

Implementação de alimentação saudável:

Tabela 2. Orientações de Alimentação Saudável

Sal	Restringir a menos de 5 gramas de sal (1 colher de chá por dia).
Açúcar	Limitar a ingestão de açúcar de mesa, refrigerantes, doces e guloseimas em geral.
Frutas e legumes	Consumir cinco porções de frutas, legumes e verduras por dia.
Cereais	Aumentar o consumo de cereais integrais e leguminosas (feijões, ervilha, lentilha).
Gordura	Reduzir o consumo de carnes gordurosas, embutidos, leite e derivados integrais. Preferir óleos vegetais como soja, canola, oliva (1 colher de sopa por dia).
Peixe	Comer peixe pelo menos três vezes por semana.
Álcool	Evitar ingestão excessiva de álcool.

Fonte: MS, 2006.

Uma alimentação saudável pode melhorar os níveis glicêmicos, pressóricos e lipídicos*.

Controle do peso:

A perda de peso reduz os níveis de glicemia, pressão arterial e melhora o perfil lipídico das pessoas que estão acima do peso. O tratamento de controle do peso ocorre por meio de reorientação com ênfase na restrição alimentar, realização de atividade física e abordagens comportamentais por meio de orientações e acompanhamentos da equipe de profissionais de saúde a essas pessoas*.

* MS, 2006

11

Restrição do uso de bebidas alcoólicas: A ingestão leve a moderada de bebidas alcoólicas, ou seja, duas doses para os homens e uma dose para as mulheres (dose = uma lata de cerveja-350 ml, ou 1 cálice de vinho-150 ml ou ½ drinque de destilado-40 ml por dia) pode estar associado com menor incidência de doença cardiovascular.

Prática de atividade física: É uma ferramenta para alcançar a promoção da saúde e a prevenção de doenças como, por exemplo, a **DM** e a **HAS**. Para obter esses benefícios as pessoas precisam ser orientadas pela equipe de saúde a respeito dos parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização da atividade física: realizar por pelo menos 30 minutos por dia, em uma única sessão ou mais, de acordo com a disponibilidade de tempo de cada pessoa, em intensidade moderada (p. ex.: caminhada que permita manter a conversação), na maior parte dos dias da semana.

Cessação do uso de tabaco: A recomendação para abandono do tabagismo deve ser universal, sendo útil na prevenção de doença cardiovascular, cérebro-vascular e renal. Há intervenções farmacológicas e não-farmacológicas, como o simples aconselhamento de parar de fumar que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde*.

PREVENÇÃO DA DRC

É imprescindível o tratamento das pessoas com **diabetes mellitus** e **hipertensão arterial sistêmica** na prevenção da DRC*.

* MS, 2006

Prevenção farmacológica

Algumas pessoas necessitam de medicamentos, prescritos pelo médico, para complementar seus tratamentos, mantendo dessa forma **níveis pressóricos, glicêmicos e séricos de colesterol e triglicérides** normais*.

Identificação precoce da disfunção renal

Pessoas que possuem os fatores de risco (DM, HAS e familiares com DRC), mesmo que assintomáticas, devem ser avaliadas anualmente por meio dos exames laboratoriais de:

- ☐ exame de urina (urina tipo 1)
- ☐ creatinina sérica
- ☐ clearance de creatinina
- ☐ microalbuminúria**

LEMBRETE

Estágio 0 e 1 - a FG deve ser estimada pela depuração de creatinina pelo menos uma vez ao ano;

Estágio 2 - a FG deve ser estimada pela depuração de creatinina semestralmente;

Estágio 3 - a FG deve ser estimada pela depuração de creatinina trimestralmente;

Estágio 4 e 5 (clearance de creatinina $\leq$ 30ml/min) - Encaminhamento obrigatório ao nefrologista.

FG = filtração glomerular

* MS, 2006

** KIRSZTAJN; BASTOS, 2007

Fonte: MS, 2006

IMPORTANTE!

14

O acompanhamento das pessoas com HAS, DM e pessoas que possuem familiares com DRC, antes do aparecimento de sinais ou sintomas da DRC, deve ser realizado por meio do **controle rigoroso** dos **níveis pressóricos** e **glicêmicos**, bem como da presença de **microalbuminúria/proteinúria** (proteína na urina)*.

A atuação da equipe de **profissionais** de saúde da atenção básica precisa ser baseada em **conhecimentos** a respeito da DRC e sua prevenção para que dessa forma possam realizar a assistência aos pacientes de risco ou com DRC de forma sistematizada**.

O uso **isolado** dos valores da creatinina sanguínea para avaliação da função renal **não** deve ser utilizado, pois somente alcançará valores acima do normal após perda de **50-60%** da função renal***.

* BREGMAN, 2007

** TRAVAGIM; KUSUMOTA, 2009

*** KIRSZTAJN; BASTOS, 2007

Intervenções secundárias

Podem ser desempenhadas pelos profissionais da ESF em parceria com o nefrologista (ou equipe nefrológica) tendo participação maior ou menor de um ou de outro, dependendo do estágio da doença. Neste nível, as intervenções são prioritariamente para retardar a progressão da DRC, identificar, corrigir suas complicações e preparar essas pessoas para a terapia renal substitutiva (TRS)*:

15

O objetivo principal do chamado **tratamento conservador da DRC** (que é realizado no período pré-diálise) é retardar a progressão da DRC**.

Medidas gerais para o tratamento conservador

Recomendações alimentares

Redução do consumo de proteínas: É realizada para evitar complicações de altas concentrações de ureia no sangue. É recomendada a ingestão de 0,8 a 1g/kg/dia até o estágio 3 da DRC; a partir do estágio 4, recomenda-se 0,6 g/kg/dia**. Sendo 60% de proteínas animais como albumina do ovo, carnes e leite***.

* BASTOS; BASTOS, 2007

** BREGMAN, 2007

*** DRAIBE; AJZEN, 2005

Redução do consumo de sal: A restrição de sódio é necessária nos estágios mais avançados da DRC ou quando há casos associados de HAS. De qualquer modo, todas as pessoas devem ser orientadas a ingerirem uma quantidade adequada de sal, em torno de 4 a 5 g/dia, sendo que as pessoas devem diminuir o sal de adição e não comer alimentos industrializados já salgados, como enlatados, embutidos (mortadela, salame, salsicha, presunto, linguiça, bacon), temperos prontos, etc*.

Restrição de líquidos: Não é necessário restringir líquidos até que ocorra retenção hídrica e/ou edema. No entanto, em alguns casos há necessidade de avaliação e conduta individual*.

Restrição de potássio: As pessoas apresentam níveis séricos de potássio elevados especialmente nas fases mais avançadas da DRC. Os alimentos ricos em potássio são: as frutas (banana, uva, maracujá, etc.), as hortaliças (acelga, couve, beterraba), as leguminosas (feijão, lentilha, soja) e as oleaginosas (amendoim, nozes e castanha). Por isso tais alimentos devem ser controlados. Importante ressaltar que o processo de cozimento das hortaliças em água diminui em quase 60% o conteúdo de potássio desses alimentos**.

* NERBASS; FEITEN; CUPPARI, 2007
** NERBASS; CUPPARI, 2007

Restrição de fósforo: Nas fases mais avançadas da DRC a eliminação do fósforo fica deficiente e por isso, esse eletrólito pode ser acumulado no organismo. É recomendada a própria restrição proteica, pois os principais alimentos fontes de proteína contêm quantidades significativas de fósforo*. Outros alimentos ricos em fósforo como miúdos e vísceras (fígado), oleaginosas (amendoim, nozes e castanha), chocolate, refrigerantes à base de cola, cerveja, alimentos industrializados que contêm ácido fosfórico como conservantes, devem ser desaconselhados**.

Redução do consumo de gorduras: A dislipidemia ocorre com frequência nos pacientes com DRC e se não tratada pode acelerar a progressão da DRC. As primeiras medidas a serem tomadas no tratamento antilipêmico são a prática de atividade física e a orientação nutricional***.

Aumentar a ingestão de soja, cereais (especialmente milho), legumes, frutos secos e amêndoas****. Reduzir o consumo de carnes gordurosas, embutidos, leite e derivados integrais são condutas importantes****. Caso seja necessário, medicamentos específicos deverão ser prescritos pelo médico***.

O acompanhamento periódico aliado ao aconselhamento de nutricionistas especializados e com experiência nessa área é essencial para o sucesso do tratamento dietoterápico*.

* NERBASS; FEITEN; CUPPARI, 2007
** NERBASS; CUPPARI, 2007
*** THOMÉ, et al, 2006
**** MS, 2006

Uso de medicamentos

Diversos tipos de medicamentos podem ser utilizados para prevenir a progressão da DRC tanto para as pessoas que possuem essa doença quanto para aquelas com risco para desenvolver a DRC: medicamentos administrados com prescrição médica controlam a **hipertensão arterial**, a **dislipidemia**, a **hiperglicemia**, entre outras*.

Controle das complicações da doença renal crônica

Anemia: É mais frequente em estágios avançados da DRC. Nas fases iniciais da DRC, a reposição oral de ferro pode ser suficiente. Nos casos de persistência da anemia o uso de eritropoetina (normalmente a partir do estágio 4) pode ser necessário. Ambos os tratamentos necessitam de prescrição médica**.

Doença óssea: Alterações no metabolismo mineral e ósseo são comuns em pessoas com DRC**. Requer tratamento específico como a utilização de quelante de fósforo (acetato de cálcio, carbonato de cálcio, sevelamer) e vitamina D, sempre com prescrição médica**.

* BREGMAN, 2007
** THOMÉ, et al, 2006

Preparo para a terapia renal substitutiva

O tratamento conservador objetiva manter a pessoa o máximo de tempo possível fora da TRS. No entanto, seu segundo propósito é manter a pessoa em excelentes condições para quando necessitar iniciar a TRS*.

A indicação do início da diálise é individual e deve ser realizada pela equipe de profissionais capacitados*. Isso envolve orientações à pessoa com DRC e também aos seus familiares sobre o tratamento e as opções terapêuticas que melhor podem se adequar ao seu estilo de vida bem como, sobre os cuidados que ele deve ter em cada modalidade de tratamento. A realização da fístula arteriovenosa (acesso definitivo) é o primeiro passo para início da hemodiálise. Caso não seja realizada a tempo, um cateter em veia central (cateter duplo lúmen - acesso temporário) pode ser instalado para início desse tipo de tratamento. Se a escolha for pela diálise peritoneal, pode-se iniciar o treinamento da pessoa e seus familiares e até planejar a implantação do cateter abdominal**.

As mudanças nos hábitos de vida citadas nas **Intervenções primárias** dessa cartilha, também devem ser valorizadas nas Intervenções secundárias assim como nas Intervenções terciárias, ou seja, durante todo o tratamento da DRC*.

A assistência às pessoas **diabéticas e hipertensas** por meio das recomendações do Ministério da Saúde deve ser realizada pelo enfermeiro e toda equipe de saúde da atenção básica***.

* BREGMAN, 2007
** THOMÉ, et al, 2006
*** TRAVAGIM, et al, 2010

Intervenções terciárias

Estas intervenções objetivam identificar e corrigir as complicações e comorbidades, principalmente as cardiovasculares, que ocorrem nas pessoas com DRC nos estágios mais avançados, ou seja, pessoas nos estágios 4 e 5 da DRC. Neste nível a participação é quase que exclusiva do nefrologista*.

Tratamentos da doença renal crônica

Às pessoas com DRC em estágio avançado que apresentam sintomas de uremia (náuseas, debilidade, fadiga, desorientação, dispneia e edema nos braços e pernas), ou quando o tratamento conservador tornou-se incapaz de manter sua qualidade de vida é recomendado iniciar a TRS que pode ser realizada por meio de modalidades dialíticas ou pela realização de transplante renal**.

Modalidades dialíticas

- Hemodiálise
- Diálise peritoneal

* BASTOS; BASTOS, 2007

** (DRAIBE; AJZEN, 2005) (THOMÉ, et al, 2006)

dialisador e o retorno do sangue para o corpo do paciente**.

Hemodiálise: uma membrana semipermeável sintética, o dialisador ou “rim artificial” permite a remoção do excesso de água, de eletrólitos e de resíduos do metabolismo, do sangue utilizando uma máquina de hemodiálise. Normalmente são necessárias três sessões de hemodiálise por semana, com duração de 3 a 4 horas nos serviços de diálise*. Para realizar a hemodiálise o acesso vascular permite a saída do sangue para passar no

Fístula arteriovenosa (FAV): Normalmente é feita no punho. Após sua confecção é preciso aguardar de 4 a 6 semanas para sua utilização. Exame clínico deve ser realizado continuamente para detectar possíveis sinais de infecção e alterações**. Cuidados: não realizar coleta de sangue e verificação de pressão arterial no braço da fístula, bem como, orientar paciente a evitar o uso de relógios, roupas ou pulseiras apertadas, evitar deitar ou carregar peso com o braço da fístula. Verificar diariamente o funcionamento da FAV, por meio da palpação do frêmito. Em caso de sangramento, realizar curativo levemente compressivo, somente no local do sangramento. Procurar a equipe de nefrologia imediatamente no caso de observar qualquer anormalidade com a fístula***.

Diálise peritoneal: o próprio peritônio da pessoa é utilizado como filtro natural, pois é uma membrana semipermeável e vascularizada localizada no abdome. Para que este possa ser utilizado é necessário colocar um cateter abdominal. O procedimento consiste na difusão e ultra-filtração do excesso de água, eletrólitos e de resíduos do metabolismo, do sangue através do peritônio para a solução de diálise que é introduzida pelo cateter. Depois de transcorrido o tempo de permanência na cavidade peritoneal esta solução é drenada por gravidade para fora do corpo da pessoa. Normalmente são necessárias sessões diárias que poderão ser realizadas pelo paciente ou cuidador em sua própria casa, ao longo do dia ou da noite****.

* CANZIANE; DRAIBE; NADALETTO, 2005

** IKEDA; CANZIANE, 2005

*** MORSCH; VICARI, 2006

**** (SMELTZER; BARE, 2008) (CANZIANE, DRAIBE; NADALETTO, 2005)

Transplante renal: A pessoa com comprometimento renal pode ainda ser submetida ao transplante renal sendo que o tratamento envolve o transplante de um rim de doador vivo ou falecido para o receptor com DRC. Durante o tempo em que a pessoa tiver um rim transplantado funcionando é necessário que seja feita terapia imunossupressora*.

IMPORTANTE!

Independentemente do estágio da DRC em que a pessoa se encontra é necessária a manutenção das visitas domiciliares sistematicamente, com preferência cotidianamente pelos profissionais da equipe de saúde. Esses devem também orientar os pacientes e seus familiares a procurarem a ESF diante de qualquer alteração ou dúvida. Essas ações contribuem para estabelecer o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social**.

* (SMELTZER; BARE, 2008) (CANZIANE, DRAIBE; NADALETTO, 2005)
** BASTOS; BASTOS, 2007

EXERCÍCIOS PARA FAVORECER A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE DRC

ESTUDO DE CASO

A) N.K.L., sexo masculino, 66 anos, branco. É diabético e hipertenso há dezoito anos. Faz uso de tabaco, dez unidades por dia há quinze anos. Nega ingestão de bebida alcoólica. Refere fazer duas refeições ao dia. Não faz atividade física. Refere que seu pai faleceu devido à doença renal. Faz uso de medicação anti-hipertensiva e antiglicêmica. Ontem, procurou a unidade de saúde referindo dores de cabeça. A equipe de enfermagem no acolhimento detectou a PA=178x108mmHg, Peso: 71 Kg, E: 1,68m, glicemia capilar = 200mg/dl. Foi encaminhado à consulta médica sendo medicado e solicitado exames laboratoriais. Hoje retorna à unidade para verificação dos resultados dos exames: - Hemograma: normal

- Glicose: 175 mg/dl	- Densidade: 1.025
- Colesterol total: 180 mg/dl	- Proteína: ausente
- Creatinina: 1,6 mg/dl	- Glicose: ausente
- Microalbuminúria: 210µg/ml	- Hemácias: ausente

Perguntas

- 1) Identifique nesse caso quais são os fatores de risco para desenvolver uma DRC?
- 2) Calcule a filtração glomerular de N.K.L. Em qual estágio da DRC ele se encontra?
- 3) Quais as principais condutas que a equipe de saúde da ABS deve tomar nesta fase para retardar a progressão da DRC?

Respostas

1) Nesse caso, os principais fatores de risco para DRC são: DM, HAS, história de DRC na família. A idade avançada e o tabagismo também são considerados fatores e podem acelerar a progressão da DRC.

2) $FG = (140 - idade) \times peso\ corporal\ (kg) / 72 \times Cr\ s\ x\ (0,85\ se\ mulher)$
 $FG = (140 - 66) \times 71 / 72 \times 1,6$
 $FG = 45,6\ ml/min$
A FG resultou em 45,6 ml/min. Portanto ele se encontra no estágio 3 da DRC. Além disso, podemos observar que o valor da microalbuminúria está aumentado (normalidade entre 20 a 200 µg/ml), sendo este um marcador de lesão da estrutura renal.

3) A equipe de saúde da ABS precisa trabalhar de forma interdisciplinar e integrada para retardar a progressão da DRC:

- orientar e incentivar quanto à alimentação saudável;
- orientar e incentivar quanto à realização de atividade física regular;
- orientar e incentivar quanto ao abandono do tabaco;
- controlar rigorosamente níveis pressóricos, glicêmicos e a microalbuminúria;
- avaliar a progressão da DRC trimestralmente por meio da estimativa da taxa de filtração glomerular;
- orientar para as especificidades da função renal nos idosos, uma vez que a idade avançada propicia uma perda natural do ritmo da FG;
- orientar caso o paciente avançar para o estágio 4 da DRC. Nesse momento é importante encaminhá-lo ao atendimento especializado. Concomitantemente a equipe da ABS deve continuar acompanhando esse paciente na unidade. É importante a comunicação entre a equipe da ABS e a equipe nefrológica, garantindo dessa forma ações complementares.

B) G.S., 42 anos, sexo feminino, diabética, hipertensa e sedentária. Durante realização de exames laboratoriais de rotina que o médico da unidade básica de saúde solicitou ela apresentou uma dosagem de creatinina sanguínea de 0,8 mg/dl; exame de urina tipo I sem alterações. Microalbuminúria ausente. Nega qualquer queixa urinária, bem como história de DRC na família. Exame físico:

Peso: 65Kg E: 1,62m PA: 140x90 mmHg.
Obs.: O médico da unidade básica calculou a taxa de filtração glomerular que resultou em 94 ml/min.

Perguntas

- 1) A taxa de FG de G.S. é igual a 94 ml/min. Sendo assim, podemos classificá-la em qual estágio da DRC?
- 2) Quais são as ações esperadas da equipe de saúde da atenção básica (médico, enfermeiros, técnicos/ auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) nesse momento?

1) A paciente encontra-se no estágio 0 da DRC porque sua taxa de filtração glomerular está maior do que 90 ml/min e ela pertence ao grupo de risco para desenvolver a DRC pois é diabética e hipertensa.

2) A equipe de saúde da atenção básica precisa atentar para as intervenções primárias: alimentação saudável, prática de atividade física regular, controle de peso, restrição de bebidas alcoólicas e tabaco, bem como, realizar o controle glicêmico e pressórico da paciente. A terapia medicamentosa para essas doenças de base (diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica) podem ser necessárias e devem ser realizadas com prescrição médica. A avaliação da progressão da DRC deve ocorrer anualmente por meio de exames laboratoriais específicos, como exame de urina tipo I, creatinina sérica, clearance de creatinina e microalbuminúria. Realizando-se sempre a estimativa da taxa de filtração glomerular. Todos esses cuidados podem garantir a diminuição da progressão da DRC e até mesmo preveni-la.

Respostas

REFERÊNCIAS

- BASTOS, R. M. R.; BASTOS, M. G. Inserção do Programa Saúde da Família na Prevenção da Doença Renal Crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, Juiz de Fora/MG, v. 29, n. 1, p. 32-34, 2007.
- BASTOS, M. G.; BASTOS, R. M. R.; PAULA, R. B. Avaliação da função renal. In: BARROS, E.; GONÇALVES, L. F. (orgs) e cols. *Nefrologia: no consultório*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 49-67.
- BASTOS, M. G.; OLIVEIRA, D. C. Q.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica no paciente idoso. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, v.31, n. 1, p. 52-65, 2011.
- BOIM, M. A.; CASARINI, D. H. Tópicos em Fisiologia Renal. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: Nefrologia*. Barueri: Manole, 2005. p. 9-17.
- BREGMAN, R. Doença renal crônica. In: BARROS, E.; GONÇALVES, L. F. (orgs) e cols. *Nefrologia: no consultório*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 211-231.
- CANZIANI, M. E. F.; DRAIBE, S. A.; NADALETTO, M. A. J. Técnicas dialíticas na insuficiência renal crônica. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar - UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: Nefrologia*. Barueri: Manole, 2005. p. 223-237.
- DRAIBE, A. S.; AJZEN, H. Insuficiência renal crônica. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar - UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: Nefrologia*. Barueri: Manole, 2005. p. 183-196.
- HELOU, C. M. B.; ANDRADE, L. Fisiologia renal. In: BARROS, E.; MANFRO, R. C.; THOMÉ, F. S.; GONÇALVES, L. F. *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 17-31.
- IKEDA, S.; CANZIANI, M. E. F. Acesso Vascular para hemodiálise. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: Nefrologia*. Barueri: Manole, 2005. p. 257-268.
- Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis*. 2002; 39:1-246.
- KIRSZTAJN, G. M.; BASTOS, M. G. Proposta de Padronização de um Programa de Rastreamento da DRC. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 29, n.01, p. 18-22, 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno Básico: Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.
- MORSCH, C.; VICARI, A. Enfermagem na hemodiálise. In: BARROS, E.; MANFRO, R. C.; THOMÉ, F. S.; GONÇALVES, L. F. *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 527-544.
- NERBASS, F. B.; FEITEN, S. F.; CUPPARI, L. Nutrição do paciente com doença renal crônica em tratamento conservador. In: BARROS, E.; GONÇALVES, L. F. (orgs) e cols. *Nefrologia: no consultório*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 425-433.
- NERBASS, F. B.; CUPPARI, L. Nutrição do paciente com doença renal crônica em hemodiálise. In: BARROS, E.; GONÇALVES, L. F. (orgs) e cols. *Nefrologia: no consultório*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 435-457.
- SMELTZER, C. S.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. Brunner & Suddarth: *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- SPENCE, A. P. *Anatomia humana básica*. São Paulo: Manole, 1991.
- THOMÉ, F. S.; GONÇALVES, L. F.; MANFRO, R. C.; BARROS, E. Doença renal crônica. In: BARROS, E.; MANFRO, R. C.; THOMÉ, F. S.; GONÇALVES, L. F. *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 381-404.
- TRAVAGIM, D. S. A.; KUSUMOTA, L. Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. *Revista enfermagem UERJ*, v. 17, n.3, p. 388-393, 2009.
- TRAVAGIM, D. S. A.; KUSUMOTA, L.; TEIXEIRA, C. R. S.; CESARINO, C. B. Prevenção e Progressão da Doença Renal Crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. *Revista enfermagem UERJ*, v.18, n.2, p. 291-297, 2010.

APOIO:

Diagramação:
Francisco Vessi - Serviço de Criação e Produção Multimídia
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

APÊNDICE F

AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE EDUCATIVA

Projeto: Prevenção da Doença Renal Crônica: Uma intervenção na prática assistencial em uma Equipe de Saúde da Família

Pesquisadoras responsáveis: Profa. Dra. Luciana Kusumota e pós-graduanda Darlene Suellen Antero Travagim

Instituição promotora da pesquisa: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Prezado(a) Senhor(a),

Primeiramente gostaríamos de agradecer a sua colaboração nesta pesquisa.

Nesse momento, gostaríamos de contar com a sua participação na avaliação das atividades realizadas na Unidade de Saúde da Família Dra. Heloísa Maia La Rocca/Portal do Alto – Ribeirão Preto-SP:

- Descreva o que achou da **apresentação**: “Prevenção da Doença Renal Crônica” realizada no dia 4 de abril de 2012 nessa unidade, destacando os pontos positivos e os pontos negativos.

- Faça uma reflexão sobre a “**Cartilha** Educativa: Prevenção da Doença Renal Crônica” escrevendo os pontos positivos e os pontos negativos.

- Caso julgue necessário, deixe-nos algumas **sugestões**:

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 084/2011

Ribeirão Preto, 18 de abril de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 18 de abril de 2011.

Protocolo: n° 1273/2011

Projeto: Prevenção da Doença Renal Crônica: intervenção na prática assistencial em um Núcleo de Saúde da Família.

Pesquisador: Luciana Kusumota
Darlene Suellen Antero Travagim

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Luciana Kusumota

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 098/2012

Ribeirão Preto, 25 de maio de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que as modificações no título do projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS AD REFERENDUM**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 25 de maio de 2012.

Protocolo: nº 1273/2011

Projeto: Prevenção da Doença Renal Crônica: intervenção na prática assistencial em uma Equipe de Saúde da Família.

Pesquisadores: Luciana Kusumota
Darlene Suellen Antero Travagim

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Luciana Kusumota

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP