



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANA PAULA RODRIGUES MELO

**AÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
DETECÇÃO DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM PACIENTES HIPERTENSOS**

TERESINA
2014

ANA PAULA RODRIGUES MELO

**AÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
DETECÇÃO DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM PACIENTES HIPERTENSOS**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à
Coordenação do Programa de Mestrado
Profissional em Saúde da Família, do Centro
Universitário UNINOVAFAP, como requisito
para a obtenção do título de Mestra em Saúde da
Família.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: A saúde da família no ciclo
vital

Orientador: Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos
Mesquita

TERESINA
2014

FICHA CATALOGRAFICA

M524a MELO, Ana Paula Rodrigues

Ações de profissionais da estratégia saúde da família na detecção da doença renal crônica em pacientes hipertensos /Ana Paula Rodrigues Melo. Orientador(a) Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita.
Teresina: UNINOVAFAPI, 2014.

76. p.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família)

1. Doença renal crônica; 2. Saúde da família; 3. Atenção primária.
I. Título.

CDD 616.462

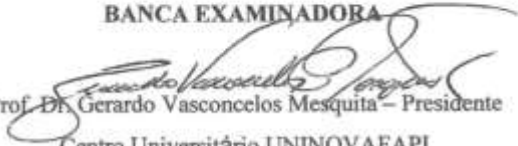
ANA PAULA RODRIGUES MELO

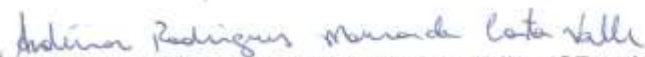
**AÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
DETECÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA EM PACIENTES HIPERTENSOS**

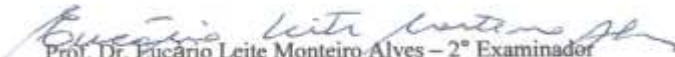
Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário – UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Data de aprovação: 24 de julho de 2014

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita – Presidente
Centro Universitário UNINOVAFAPI


Profa. Dra. Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle – 1ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí - UFPI


Prof. Dr. Eucário Leite Monteiro Alves – 2º Examinador
Centro Universitário UNINOVAFAPI


Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura – Suplente
Centro Universitário UNINOVAFAPI

DEDICATÓRIA

A Deus, à minha família, ao meu esposo e aos meus amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da vida, fonte de paciência inesgotável e de força ao longo da batalha do dia a dia. Refúgio certo e revigorante que permite sempre seguir em frente.

À minha família, especialmente aos meus pais, José Arimatéa e Maria do Socorro, sempre presentes em minha vida. Agradeço pelo apoio e pela dedicação.

Aos meus irmãos, Nayra, Helane, Arimatéa Júnior e Ana Patrícia, meus companheiros. Eles me ensinaram a partilhar e a compreender o outro.

Ao meu amor, meu esposo, Francisco Herberth, por se fazer companheiro na estrada da vida. Agradeço pela sua paciência e ternura.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita, pelo conhecimento, pelo tempo dedicado e pelo apoio. Meu respeito e minha admiração por exercer a medicina com ética e por conduzir, com muita disposição, a missão de ensinar.

À Profa. Dra. Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle, pela disponibilidade, paciência dispensada e valiosíssima contribuição para o engrandecimento desse trabalho. Expresso minha admiração e meu respeito.

Ao Prof. Dr. Eucário Leite Monteiro Alves, pelo apoio e pela paciência, além das palavras de incentivo. Expresso aqui o meu respeito e a minha admiração.

À Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura, pelo esforço em cultivar o saber e por proporcionar sonhos. Manifesto a minha admiração, o meu respeito pela sua competência e pelo seu conhecimento. Meu muito obrigada!

À Coordenação do Mestrado em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, nas pessoas de Gelsemânia e Elisângela, que acolheram a turma do mestrado e se fizeram presentes nesse processo.

Aos profissionais, médicos e enfermeiros, que colaboraram para que o estudo fosse viável.

Aos alunos, Larissa, Rayra, Rainana e Ricardo, pelo compromisso que firmaram nessa trajetória.

RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) é um problema de saúde pública mundial que tem preocupado a comunidade científica internacional. Um de seus fatores de risco é a hipertensão arterial sistêmica. O diagnóstico e tratamento, em nível de atenção primária, que se materializam por intermédio de ações dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), ainda se mostram tímidos. Esse estudo teve como objetivo geral investigar as ações de profissionais, médicos e enfermeiros da ESF na detecção de Insuficiência Renal Crônica (IRC) em pacientes hipertensos. Especificamente, pretendeu-se descrever o perfil socioprofissional de médicos e enfermeiros da ESF na atenção ao paciente hipertenso; verificar o conhecimento desses profissionais sobre o diagnóstico da DRC e sua relação com a hipertensão arterial; categorizar as ações práticas realizadas pelos profissionais na detecção de insuficiência renal em pacientes hipertensos; relatar as dificuldades descritas por médicos e enfermeiros da ESF na detecção de insuficiência renal em pacientes hipertensos; elaborar uma cartilha de orientações destinada àqueles que cuidam do hipertenso, com o intuito de promover a detecção da DRC. Nessa perspectiva, trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, realizada com 156 profissionais, médicos e enfermeiros da ESF de Teresina – Piauí. Visando a subsidiar teoricamente essa pesquisa, foram utilizados autores como: Mendes, Arroyo (2011); Albalade (2010); Bastos, Bregman e Kirsztajn (2011), entre outros. Os dados foram coletados a partir de um formulário que abordava aspectos relacionados ao perfil socioprofissional, bem como às ações de diagnóstico da DRC. Para análise estatística dos dados, utilizou-se o *software* SPSS, versão 19.0. Os resultados indicaram que 78% dos profissionais são do sexo feminino; 54,5% são enfermeiros; o tempo de formação profissional foi de nove anos para 46% dos médicos e para 41% dos enfermeiros; o tempo de atuação profissional foi de seis anos para médicos e enfermeiros; em torno de 80% dos profissionais supracitados possuem especialização. Ademais, entre os médicos, 45% referiram calcular o clearance de creatinina em pacientes hipertensos, e 81% deles referenciariam o paciente, apresentando redução leve/moderada do clearance de creatinina em nível secundário. Quanto aos enfermeiros, 31% reconheceram o paciente hipertenso de risco em nível secundário. Os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, relataram dificuldades na detecção de insuficiência renal em paciente hipertenso de risco, sendo o sistema de referência e contrarreferência uma delas. Portanto, o diagnóstico da doença renal na ESF ainda é um desafio, mesmo com diretrizes já estabelecidas. Faz-se necessário nesse cenário que os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros da ESF aprimorem as ações de detecção e prevenção da DRC em pacientes hipertensos, por meio de cursos de capacitação. Desse modo, o diagnóstico dessa doença, em nível primário de atenção, mediante ações desses profissionais, ainda representa um entrave para o seu enfrentamento.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica. Saúde da Família. Prevenção. Atenção Primária.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is a worldwide public health problem that has worried the international scientific community. One of its risk factors is systemic arterial hypertension. Diagnosis and treatment, at the primary care level, which are materialized through the actions of health professionals in the Family Health Strategy (FHS), are still timid. This study had as a general objective to investigate the actions of ESF professionals, physicians and nurses in the detection of Chronic Renal Insufficiency (CRI) in hypertensive patients. Specifically, it was intended to describe the socio-professional profile of physicians and nurses of the FHS in the attention to the hypertensive patient; verify the knowledge of these professionals about the diagnosis of CKD and its relation with arterial hypertension; to categorize the practical actions performed by professionals in the detection of renal failure in hypertensive patients; to report the difficulties described by FHS physicians and nurses in the detection of renal failure in hypertensive patients; to develop a guideline booklet for those who take care of hypertension, in order to promote the detection of CRI. In this perspective, it is a descriptive research with quantitative approach, carried out with 156 professionals, physicians and nurses from the FHS of Teresina - Piauí. Aiming to theoretically subsidize this research, were cited authors such as: Mendes, Arroyo (2011); Albalade (2010); Bastos, Bregman and Kirsztajn (2011), among others. The data were collected from a questionnaire that addressed aspects related to the socio-professional profile, as well as to the diagnostic actions of the CKD. For statistical analysis of the data, SPSS software version 19.0 was used. The results indicated that 78% of professionals are female; 54.5% are nurses; the time of professional training was nine years for 46% of physicians and for 41% of nurses; the duration of professional work was six years for physicians and nurses; around 80% of the professionals mentioned above have specialization. In addition, among the physicians, 45% reported calculating creatinine clearance in hypertensive patients, and 81% referred to the patient, presenting a mild/moderate decrease in creatinine clearance at the secondary level. Regarding the nurses, 31% recognized the hypertensive patient at the secondary level. Health professionals, physicians and nurses, reported difficulties in the detection of renal failure in hypertensive patients at risk, and the reference and counter-referral system was one of them. Therefore, the diagnosis of renal disease in FHS is still a challenge, even with established guidelines. It is necessary in this scenario that health professionals, physicians and nurses of the FSH improve the actions of detection and prevention of CKD in hypertensive patients, through training courses. Thus, the diagnosis of this disease, at primary level of attention, through the actions of these professionals, still represents an obstacle to their confrontation.

Keywords: Chronic Kidney Disease. Family Health. Prevention. Primary attention.

RESUMEN

La Enfermedad Renal Crónica (DRC) es un problema de salud pública mundial que ha preocupado a la comunidad científica internacional. Uno de sus factores de riesgo es la hipertensión arterial sistémica. El diagnóstico y tratamiento, a nivel de atención primaria, que se materializan por intermedio de acciones de los profesionales de salud en la Estrategia Salud de la Familia (ESF), todavía se muestran tímidos. Este estudio tuvo como objetivo general investigar las acciones de profesionales, médicos y enfermeros de la ESF en la detección de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en pacientes hipertensos. Específicamente, se pretendió describir el perfil socioprofesional de médicos y enfermeros de la ESF en la atención al paciente hipertenso; verificar el conocimiento de estos profesionales sobre el diagnóstico de la DRC y su relación con la hipertensión arterial; categorizar las acciones prácticas realizadas por los profesionales en la detección de insuficiencia renal en pacientes hipertensos; relatar las dificultades descritas por médicos y enfermeros de la ESF en la detección de insuficiencia renal en pacientes hipertensos; elaborar una cartilla de orientaciones destinada a aquellos que cuidan el hipertenso, con el objetivo de promover la detección de la DRC. En esta perspectiva, se trata de una investigación descriptiva con abordaje cuantitativo, realizada con 156 profesionales, médicos y enfermeros de la ESF de Teresina - Piauí. Con el objetivo de subsidiar teóricamente esa investigación, se utilizaron autores como: Mendes, Arroyo (2011); Albalade (2010); Bastos, Bregman y Kirsztajn (2011), entre otros. Los datos fueron recolectados a partir de un formulario que abordaba aspectos relacionados al perfil socioprofesional, así como a las acciones de diagnóstico de la DRC. Para el análisis estadístico de los datos, se utilizó el software SPSS, versión 19.0. Los resultados indicaron que el 78% de los profesionales son del sexo femenino; 54,5% son enfermeros; el tiempo de formación profesional fue de nueve años para el 46% de los médicos y el 41% de los enfermeros; el tiempo de actuación profesional fue de seis años para médicos y enfermeros; en torno al 80% de los profesionales citados tienen especialización. Además, entre los médicos, el 45% mencionó calcular el aclaramiento de creatinina en pacientes hipertensos, y el 81% de ellos referenciaría al paciente, presentando reducción leve / moderada del clearance de creatinina a nivel secundario. En cuanto a los enfermeros, el 31% reconoció al paciente hipertenso de riesgo a nivel secundario. Los profesionales de salud, médicos y enfermeros, relataron dificultades en la detección de insuficiencia renal en paciente hipertenso de riesgo, siendo el sistema de referencia y contrarreferencia una de ellas. Por lo tanto, el diagnóstico de la enfermedad renal en la ESF sigue siendo un desafío, incluso con directrices ya establecidas. Se hace necesario en ese escenario que los profesionales de salud, médicos y enfermeros de la ESF mejoren las acciones de detección y prevención de la DRC en pacientes hipertensos, a través de cursos de capacitación. De este modo, el diagnóstico de esta enfermedad, a nivel primario de atención, mediante acciones de esos profesionales, todavía representa un obstáculo para su enfrentamiento.

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica. Salud de la Familia. Prevención. Atención Primaria.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CKD-EPI	<i>Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration</i>
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CGSUS	Coordenação de Gestão do Serviço Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
DOQI	<i>Disease Outcome Quality Initiative</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FG	Filtração Glomerular
FMS	Fundação Municipal de Saúde
IRC	Insuficiência Renal Crônica
IRCT	Insuficiência Renal Crônica Terminal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
KDOQI	<i>Kidney Disease Outcomes Quality Initiative</i>
MDRD	<i>Modification of Diet in renal Disease</i>
MS	Ministério da Saúde
NHANES	<i>National Health and nutrition examinations Surveys</i>
NKF	<i>National Kidney Foudation</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PSF	Programa Saúde da Família
RFG	Ritmo de Filtração Glomerular
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Contextualização do problema	10
1.2	Objeto do estudo.....	14
1.3	Objetivos.....	14
1.4	Justificativa do estudo	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	16
2.2	Doença Renal Crônica: definição e estagiamento	17
2.3	Estratégia Saúde da Família x Plano Nacional de Reorganização da Atenção À Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus x Política Nacional de Atenção Integral ao Portador de Doença Renal	21
2.4	Papel dos profissionais médico e enfermeiro na ESF	23
3	METODOLOGIA.....	26
3.1	Tipo de estudo	26
3.2	Local do estudo	27
3.3	População e amostra.....	27
3.4	Critérios de inclusão	28
3.5	Critérios de exclusão	28
3.6	Produção dos dados	29
3.7	Processamento e análise dos dados	29
3.8	Aspectos éticos	30
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
4.1	Manuscrito 1 – Ações dos profissionais da ESF na detecção de DRC	32
4.2	Produto - Cartilha aos Profissionais da Estratégia Saúde da Família no acompanhamento do paciente hipertenso com risco de Doença Renal Crônica...	49
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
	REFERÊNCIAS.....	54
	APÊNDICES.....	61
	ANEXOS	69

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), denominadas *doenças não infecciosas* por se caracterizarem pela ausência de agentes infecciosos, são definidas como grupos de patologias com história natural prolongada, período grande de latência e um longo curso clínico assintomático, apresentando períodos de remissão e exacerbação que podem levar ao desenvolvimento de incapacidades (BRASIL, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera essas doenças como um agravamento à saúde global e uma ameaça à saúde. No Reino Unido, corrobora-se o impacto das DCNT, que representam 80% dos atendimentos na Atenção Primária à Saúde (APS) por doenças crônicas. As DCNT (doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer, doenças cardiovasculares e renovasculares) são a principal fonte de carga de doenças e se tornaram prioridade na área de saúde no Brasil, sendo responsáveis por 72% das mortes ocorridas em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

Reputadas como uma epidemia na atualidade, as DCNT constituem sério agravamento à saúde pública mundial e determinam efeitos negativos na qualidade de vida dos indivíduos, abreviando-a e gerando desconforto econômico para as famílias, as comunidades e os países. Entretanto, são os países de média e baixa renda que mais sofrem com menores possibilidades de assegurar políticas públicas capazes de alterar os determinantes sociais de forma positiva (MENDES, 2011).

Para Santos et al. (2011), no Censo de 2008, havia 59,5 milhões de brasileiros sofrendo com pelo menos uma doença crônica, representando 31,3% da população. Segundo Brasil (2012), com o desenvolvimento de tecnologias médicas e o acesso de maior parte da população a elas, e apesar da redução das taxas de mortalidade de algumas doenças do grupo das DCNT, há evidências e sinalizações de uma tendência crescente de outros problemas relacionados a tais patologias, assim como de alguns fatores de risco. É pertinente frisar que a DRC representa 3,6% das enfermidades que acometem a população brasileira (ASSIS; JESUS, 2010).

A DRC é reconhecidamente um problema de saúde mundial que afeta aproximadamente 13% da população adulta dos Estados Unidos e, desse total, cerca de 0,2% estão em diálise ou transplante renal (LEVEY et al., 2011). Na Austrália, a DRC configura-se como o maior problema de saúde pública, acometendo 1,4 milhões de australianos. Contudo,

Shaikh (2013) ratificou que sua prevalência também vem aumentando na Ásia e na Espanha, em torno de 9,17% (ALBALATE; ARROYO, 2010). No Brasil, igualmente se evidencia o aumento de prevalência de DRC. Nesse âmbito, para Almeida (2013), no mundo, a doença renal apresenta uma taxa anual de 7 a 10% maior que o crescimento populacional geral – possível reflexo do envelhecimento da população e do aumento do número de pacientes portadores de DCNT, como diabetes (DM) e hipertensão arterial (HA).

A DRC caracteriza-se pela perda irreversível da função renal baseada em componentes anatômicos (estrutural) e funcionais – que se baseiam na taxa de filtração glomerular (TFG) e no fator *tempo*. O ajuste estabelecido pelo Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) estadia a doença em cinco graus e, dessa forma, permite diagnosticar, avaliar e tratar a doença (KDOKI, 2002).

Para Bastos, Bregman e Kirsztajn (2011), a DRC é uma síndrome clínica de deterioração dos rins, a qual pode ser de fácil diagnóstico, podendo também ser prevenida e tratada, apesar de ser uma doença silenciosa. O diagnóstico nos estágios iniciais pode ser realizado por meio de mensuração da TFG, pois no início da doença há ausência de sinais e sintomas clínicos, então a suspeição e a investigação médica se tornam necessárias, principalmente em pacientes com fatores de risco (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Consoante a National Kidney Foundation (NKF, 2010), à medida que a insuficiência renal progride, a TFG diminui, sendo o seu estágio terminal referido como insuficiência renal crônica terminal (IRCT). O indivíduo portador de IRCT demonstra falência renal, tendo em vista que o rim não é mais capaz de regular seu meio interno, surgindo a necessidade da utilização de métodos de filtragem artificial do sangue, a exemplo de: hemodiálise, diálise peritoneal ou a realização do transplante renal para manter sua sobrevivência (MACHADO; RODRIGUES; SIVIERO, 2013). Esses procedimentos, denominados Terapias Renais Substitutivas (TRSs), no Brasil, são autorizados, regulamentados e subsidiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (LOUVISION et al., 2011).

Vianna et al. (2011) informaram em seu estudo que, de acordo com dados do National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES), entre 1999 a 2004, a prevalência de DRC nos Estados Unidos da América (EUA), em estágios 3 a 5, apresentou-se em torno de 5%. Esse aumento da DRC em estágio terminal, ao longo dos anos, representa um custo anual em torno de quarenta bilhões de dólares, com mortalidade anual ao redor de 25% (LUCIANO et al., 2012; UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM, 2013).

D'Oliveira et al. (2011) reforça tal achado, pois a prevalência de falência renal terminal com necessidade de diálise tem aumentado dramaticamente em todo o mundo.

Sesso et al. (2011), no segundo relatório do censo brasileiro de diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), referiram-se ao aumento pronunciado da população em diálise, sendo cerca de 92.000 pacientes em programa crônico de diálise, com gasto anual superior a dois bilhões de reais e mortalidade anual bruta de 18%.

Sobre os custos da diálise no Brasil, Louvison et al. (2011) comentaram que 87% dos pacientes que utilizam TRS são custeados pelo governo, com recurso do SUS. À vista disso, percebe-se que a DRC representa uma doença de alto custo e forte impacto na saúde pública desse país.

Para Mascarenhas (2010), aproximadamente dois milhões de brasileiros são portadores de DRC, dos quais 60% não conseguem sequer ser diagnosticados. Outrossim, ressalta a existência de poucos dados sobre DRC não dialítica. Não obstante, uma análise de dados laboratoriais de adultos brasileiros revelou cerca de 2,9 milhões da população com DRC em estágio 3 (CRESTANI FILHO; RODRIGUES, 2013).

Por sua vez, Cueto-Manzano, Cortés-Sanabria e Martínez-Ramírez (2009) aduziram que apesar de tantos avanços tecnológicos e recursos dedicados ao tratamento, e de várias medidas serem reconhecidas como precoces e eficazes para diminuir o risco e retardar a progressão da DRC, é comum, em várias partes do mundo, mesmo em pacientes de alto risco, a falta de reconhecimento da doença e de adequada conduta do potencial de doença renal subjacente pelos profissionais responsáveis.

Assim, é preocupante não existirem dados suficientes que possam ilustrar a magnitude da incidência e prevalência de DRC no Brasil, nem informações expressivas referentes à morbidade, internações e mortalidade. Destaca-se, ainda, a associação da queda da função renal com o aumento do risco de óbito e hospitalizações, com relevantes implicações de cunho econômico (LUCIANO et al., 2012). Diante disso, ações de saúde devem ser efetivadas a fim de controlar fatores de risco, visando à prevenção da doença e de seus agravos (BRASIL, 2006a).

A DRC, enquanto problema de carga global de doenças, persiste como um grande desafio, necessitando de ações concretas de cuidado integral a indivíduos e à comunidade, daí porque se torna inescusável detectar a doença ainda nos estágios iniciais. Em consonância com Pena (2012), a prevenção permanece como um objetivo a ser alcançado, uma vez que no Brasil, a doença renal tem sua assistência em nível primário ainda pouco resolutiva.

A doença renal apresenta uma associação importante com a hipertensão, já que pode causar este problema e a HAS pode provocar DRC. Assim, Rosa (2010) asseverou que a HA pode assumir tanto papel de causa de base como de complicação da doença, e um dado

considerável é que cerca de 50 a 75% dos portadores de DRC são hipertensos. A partir disso, uma meta fundamental dos serviços de saúde seria diminuir a taxa de progressão da doença renal nos estágios iniciais, além de manter o acompanhamento, corrigir as complicações e comorbidades, e tratar a doença de base (MAGACHO et al., 2012).

A National Kidney Foundation (NKF) recomenda que o rastreamento da DRC em grupos de risco deve incluir a determinação da TFG e avaliação de proteinúria. Pacientes com TFG normal, mas com marcador de lesão renal (albuminúria), apresentam risco aumentado para progressão de doença renal. Um grupo de risco é o paciente idoso, especialmente hipertenso, apresentando níveis pressóricos não controlados. Outros marcadores de lesão renal incluem anormalidades do sedimento urinário, alterações laboratoriais (sangue e urina) e nos exames de imagem (MURPHREE et al., 2010).

Conforme assentido por Louvion et al. (2011), o retardo do diagnóstico implica prognóstico reservado e sombrio, quando a DRC não for tratada, culminando em falência renal terminal, sendo necessária a utilização de terapia renal substitutiva, demonstrando, nessa fase, elevada taxa de letalidade, apesar dos tratamentos disponíveis. Porém, a detecção da DRC, nos tempos atuais, ainda é tardia devido ao seu caráter assintomático nos estágios iniciais, com o consequente desconhecimento pelo paciente sobre a sua doença e atraso na busca por atendimento nefrológico, muitas vezes quando o problema já se encontra em estágios avançados (MAGACHO et al., 2012).

Como forma de fortalecimento da Atenção Básica (AB), surgiu a ESF, um modelo centrado na família e na equipe cuja meta é a reorganização da assistência. Logo, pretende-se superar o modelo tradicional centrado no biológico, no indivíduo, transpor domínio de técnicas clínicas, ir além de outros saberes e adotar outras posturas, como o planejamento de saúde coletiva, a sensibilidade social, o vínculo com famílias e o agir de forma crítica e transformadora (ESPÍNDOLA; LEMOS; REIS, 2011).

Para Brasil (2006a), é crucial adotar estratégias de atenção integral cada vez mais precoces ao longo do ciclo de vida, focando na prevenção de DCNT, como HAS, que pode culminar em DRC. Desse modo, os profissionais de saúde da ESF devem atuar de forma a contemplar promoção à saúde de toda a comunidade, sobretudo por meio de prevenção (MARCON; ROECKER, 2011).

Como a DRC é um problema crescente no mundo, torna-se imperativo detectar e traçar estratégias de cuidado. De acordo com Louvion et al. (2011), as ações de prevenção primária e secundária que compõem tanto a detecção, o cuidado com o paciente renal e as intervenções, bem como o esclarecimento dos pacientes sobre a doença renal, reportando-se

aos fatores de risco, são aspectos relevantes na redução de custos dos sistemas de saúde. Portanto, a APS, o primeiro contato com o usuário, fortalecido na figura do médico e do enfermeiro, seria capaz de repercutir positivamente no âmbito coletivo.

Diante dessa problemática, esse estudo tem como objeto as ações de profissionais médicos e enfermeiros da ESF na detecção da DRC em pacientes hipertensos.

1.2 Objeto do estudo

Ações de profissionais da estratégia saúde da família na detecção de doença renal crônica em pacientes hipertensos

1.3 Objetivos

- Investigar as ações de profissionais, médicos e enfermeiros da ESF na ação de detectar IRC em pacientes hipertensos.
- Descrever o perfil socioprofissional dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF que detectam IRC em paciente hipertenso;
- Verificar o conhecimento dos profissionais, médicos e enfermeiros da ESF sobre a ação de diagnosticar a DRC e sua relação com a hipertensão arterial;
- Categorizar as ações práticas realizadas pelos profissionais médicos e enfermeiros da saúde da ESF em detectar insuficiência renal em pacientes hipertensos;
- Relatar as dificuldades apontadas pelos profissionais médicos e enfermeiros da ESF na ação de detectar insuficiência renal em pacientes hipertensos;
- Elaborar uma cartilha de orientações aos profissionais, médicos e enfermeiros da ESF na ação de cuidar do hipertenso, com a finalidade de promover a detecção da DRC.

1.4 Justificativa do estudo

A DRC cresce em todo o mundo em proporções alarmantes, e tem como causa basilar a hipertensão arterial. Esta deve ser diagnosticada, tratada e ter seus níveis pressóricos ajustados, pois o descontrole pressórico pode propiciar o desenvolvimento de dano nos rins, com a consequente falência renal funcional. Percebendo a ESF como um palco de transformação da prática de saúde, deve haver um compromisso de profissionais médicos e

enfermeiros no rastreio, diagnóstico e cuidado ao hipertenso. A identificação da lesão renal, nos estágios iniciais, interrompe sua evolução para etapas mais avançadas. Então, necessita-se de um esforço conjunto desses profissionais de saúde para a detecção da DRC, com vistas a oportunizar a prevenção e o retardo da progressão da falência renal (PENA et al., 2012).

Atualmente, há um consenso sobre a importância da adoção precoce de hábitos de vida saudáveis para a prevenção de problemas de saúde. O trabalho de prevenção de doenças e de suas complicações, mediante mudança de comportamento, é uma prática da ESF (COTTA et al., 2009). Nessa esfera, Espíndola, Lemos e Reis (2011) aquiescem a necessidade ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das famílias e da comunidade de forma integral e continuada.

Sabendo que quase 80% da população de hipertensos no Brasil desconhece sua condição de portador (SBN, 2010), cabe questionar sobre dados locais na tentativa de inferir quantos potenciais doentes renais crônicos existem em Teresina – PI. Nesse sentido, estima-se uma elevada prevalência de DRC com base nos dados de pacientes em diálise.

Pena et al. (2012) assentiram que o acesso a todos os níveis de atenção é instrumento fundamental para garantir a integralidade da assistência. As ações da equipe de saúde na oferta e articulação de serviços tornam-se primordiais para a resolutividade dos problemas de saúde da comunidade.

Vale ressaltar que quantificar o número de portadores de DRC é indispensável para projetar custos, planejar estratégias e estabelecer uma maneira viável de promover saúde. Por conseguinte, faz-se necessário conhecer esse dado, a fim de avaliar a adequabilidade das ações e propor intervenções futuras no atendimento de médicos e enfermeiros da ESF quanto à detecção precoce de DRC.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A HAS representa um sério e complexo problema médico e social dos países em desenvolvimento e de muitos reputados como emergentes. Pereira et al. (2012) identificaram uma prevalência mundial de HAS de 37,8 e 32,1% entre homens e mulheres, respectivamente. Esses índices foram estimados em uma revisão com dados coletados até o ano de 2005, considerando estudos realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento, com pessoas em diferentes idades.

A referida doença apresenta-se como uma síndrome caracterizada por níveis elevados de pressão arterial, como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg, e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, medida em repouso de quinze minutos e confirmada em três aferições consecutivas em indivíduos maiores de 18 anos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (MORAES et al., 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Consoante a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2010), a HAS é uma condição clínica multifatorial com níveis tensionais elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). Sua progressão proporciona lesões graves em órgãos-alvo como o coração, os rins, a retina, o cérebro, podendo levar a sequelas irreversíveis. É fator de risco de morte predominante no mundo atual, sendo uma das principais causas de óbito entre os hipertensos as doenças cardiovasculares (D'OLIVEIRA, 2012).

A HAS tem alta prevalência – em torno de 30% – na população brasileira, com baixas taxas de controle, e é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A HAS, devido ao seu caráter assintomático, pode evoluir para a falência renal, correspondendo a um dos principais fatores de risco modificáveis para a DRC (SANTOS et al., 2011). A progressão da hipertensão pode determinar um quadro grave de lesão renal de natureza microvascular denominada *nefroesclerose*, que pode culminar em insuficiência renal.

Para Bastos e Kirsztjan (2011), mesmo quando ocorre o aumento da pressão de filtração ou de hipertrofia glomerular, pode-se observar uma taxa de filtração glomerular

estável ou quase normal, apesar do número de néfrons reduzido. Em geral, o comprometimento do parênquima renal é confirmado por marcadores de lesão no rim, sendo o principal deles a proteinúria (albuminúria) (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; LEVEY et al., 2011).

Em conformidade com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2010), apesar do risco que a hipertensão representa para o indivíduo, ainda se encontram níveis pressóricos descontrolados nos pacientes, mesmo com as políticas, os protocolos e as diretrizes implantadas pelo Ministério da Saúde (MS). Essa situação representa um grande desafio aos serviços de saúde e às políticas públicas, mormente no que tange ao nível primário de atenção. Estima-se que se pode chegar a 90% de pacientes em tratamento com níveis pressóricos insatisfatórios (RIBEIRO et al., 2012).

Estudos sugerem que o controle inadequado da hipertensão é apreciado como o mais notável fator de risco para a DRC. Por isso, os fatores de risco devem ser rigorosamente controlados e os pacientes, rastreados, detectados e monitorados para sinais de dano renal. De acordo com Munter et al. (2010), a prevalência de hipertensos entre adultos com doença renal chega a quase 60%. Por sua vez, Crison et al. (2010) patentearam que as intervenções em nível primário de atenção, especialmente a redução dos níveis pressóricos em indivíduos com algum grau de doença renal e proteinúria, pode retardar a progressão desta.

2.2 Doença Renal Crônica: definição e estagiamento

A DRC com múltiplas causas é definida por KDOQI como uma lesão renal irreversível caracterizada por alterações estruturais ou funcionais dos rins, com ou sem redução da TFG, manifestadas por alterações patológicas ou indícios de lesão renal em exames de sangue, de urina ou de imagens (KDOKI, 2002).

Para Durvasula e Himmelfarb (2011), a DRC caracteriza-se como uma síndrome clínica decorrente de uma lesão renal que progride no decorrer de vários meses a anos. Todavia, diversos termos têm sido empregados como sinônimos de DRC, entre os quais *falência renal crônica* e *Insuficiência Renal Crônica* (IRC).

A IRC define-se por possuir reduzida TFG, isto é, quando menor que 60 ml/min/1,73m², por três meses ou mais, com ou sem lesão renal. A partir dessa definição, a nefrologia mudou seu foco, antes centrado na terapia renal substitutiva (diálise e transplante), para ações de prevenção (KDOKI, 2002; MAGACHO et al., 2012).

Bastos et al. (2011) afirmaram que a doença renal e suas complicações são, ainda, subdiagnosticadas e subtratadas. Porém, pode-se rastrear a DRC nos estágios iniciais de forma acessível, rápida e barata, por meio de exames laboratoriais simples. Nessa etapa, detectar a DRC é determinante, pois o tratamento adequado reduz a velocidade de progressão da doença (ANDRIOLO; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Independentemente da causa que deve ser esclarecida, a DRC é classificada pelo KDOQI em estágios que variam de 1 a 5, com base no nível da TFG e/ou lesão renal (vide Quadro 1). Estabelecer o diagnóstico de DRC requer pelo menos duas medidas da TFG, sejam reais ou estimadas, realizadas em um intervalo mínimo de três meses. Os estágios mais iniciais da DRC com uma TFG $> 60 \text{ mL/min/m}^2$ são tipicamente silenciosos, do ponto de vista clínico (DURVASULA; HIMMELFARB, 2011).

Quadro 1 – Estagiamento da DRC proposto pelo KDOQI*

Estágio da DRC**	Impacto na FG***	Filtração Glomerular	Proteinúria
Estágio 1	Nenhum	$90 \text{ mL/min/1,73m}^2$	Presente
Estágio 2	Leve	$89\text{-}60 \text{ mL/min/1,73m}^2$	Presente
Estágio 3 A/ 3 B	Moderada	$59\text{-}45 \text{ mL/min/1,73m}^2$ $44\text{-}30 \text{ mL/min/1,73m}^2$	Presente ou Ausente
Estágio 4	Grave	$15\text{-}29 \text{ mL/min/1,73m}^2$	Presente ou Ausente
Estágio 5	Falência funcional	$15 \text{ mL/min/1,73m}^2$	Presente ou Ausente

Fonte: Adaptado (BRASIL, 2006a; BASTOS e KISZTJAN, 2011).

Legenda: KDOQI*: Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

DRC**: Doença Renal Crônica

FG***: Filtração Glomerular

Todo paciente pertencente aos chamados grupos de risco deve ser avaliado anualmente com exame de urina (fita reagente ou urina tipo 1) e creatinina sérica, como conduta de triagem para prevenção e diagnóstico precoce de DRC. Na prática clínica, a avaliação inicial da função renal costuma ser realizada por meio de dosagem da creatinina medida no plasma. Em teoria, é um método simples, e já foi demonstrado que sua normalidade não significa ausência de comprometimento da função renal (BRASIL, 2006a).

Correlacionando o grau de disfunção e a sintomatologia do paciente, observa-se que no grau 2 de DRC, só se determinam alterações renais por meio de exames (laboratoriais e/ou de imagem), pois o paciente está assintomático; no grau 3 de DRC, o paciente persiste clinicamente assintomático, mas já demonstra elevação de escórias nitrogenadas (ureia e creatinina); no grau 4 de DRC, a clínica do paciente é exuberante com acidose, anemia e

outros distúrbios metabólicos associados à elevação importante de escórias; e no grau 5 de DRC, há incompatibilidade com a vida, pois diante de um risco grave de óbito, o paciente necessita de terapia renal substitutiva para manter a sobrevivência.

É válido sobrelevar dois testes fundamentais no diagnóstico de DRC: a creatinina, que se utiliza para estimar a filtração glomerular (FG), e é o principal marcador fisiológico da IRC; e a proteinúria, o principal marcador de lesão renal. A dosagem sérica de creatinina é um exame de baixo custo, mas apesar disso, não é um bom marcador, pois somente alcançará valores acima do normal após a perda de 50-60% da função renal (BASTOS; KIRSZTJAN, 2011; CRISON et al., 2010; SANTOS et al., 2011).

Clinicamente, o método mais adotado para obter informações sobre a TFG é a depuração de creatinina, na qual a excreção de creatinina urinária em 24 horas é dividida pela concentração de creatinina sérica, ou seja, é a determinação da TFG, por meio do clearance de creatinina em urina de 24 horas, a melhor medida geral da função renal e a alteração mais precoce. A TFG é definida como a capacidade de os rins eliminarem uma substância do sangue, sendo expressa como o volume de sangue que é completamente depurado em uma unidade de tempo (BASTOS; KIRSZTJAN, 2011).

Uma das recomendações para determinar a TFG pela depuração de creatinina é quando a TFG está $> 60 \text{ mL/min/m}^2$. Não obstante, fórmulas foram desenvolvidas para estimar a FG, de certo modo facilitando a correta identificação e o diagnóstico nos estágios iniciais de portadores de risco para a DRC. A utilização de equações preditivas e de fácil aplicação, como a de Cockcroft-Gault e Modification of diet in Renal Disease (MDRD), são recomendadas (BASTOS; KIRSZTJAN, 2011; KDOQI, 2002; BRASIL, 2006a).

A equação mais simplificada e conhecida é a de Cockcroft-Gault:

$$\text{Cl Cr *} = \frac{(140 - \text{idade}) \times \text{peso} \times 0,85 \text{ (se mulher)}}{72 \times \text{cr sérica}}$$

onde Cl Cr * = Clearance de Creatinina.

A detecção da DRC basicamente realiza-se por meio da clínica do paciente associada a exames laboratoriais para avaliação da função renal. Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2004), a fórmula derivada do MDRD é a recomendada pelo DOQI da National Kidney Foundation (NKF):

$\text{RFG}^* = 186 \times \text{creatinina sérica}^{-1,154} \times \text{idade}^{-0,203} \times 0,742 \text{ (se mulher)} \times 1,212$
(se afro-americano), onde RFG* = ritmo de filtração glomerular.

Todavia, a equação Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) surge como uma nova fórmula empregada para estimar a TFG de creatinina sérica, por idade, sexo e raça para adultos com idade ≥ 18 anos. A equação oferece algumas melhorias para o FG entre 60 e 120 ml/min/1.73m². Porém, a implementação de CKD-EPI no lugar da MDRD não alteraria a detecção clínica ou o tratamento de pacientes com DRC (ALBALATE; ARROYO, 2010; LEVEL et al., 2012).

A equação MDRD permite o ajuste de acordo com a área de superfície corporal, e sua versão simplificada necessita apenas de dados relacionados à idade, ao sexo e à raça, além de creatinina sérica. Sabe-se que a estimativa de FG representa a melhor maneira de monitorar a função renal, pois é alteração mais precoce antes da sintomatologia de falência renal. Entretanto, em pacientes desnutridos e amputados, em que a massa muscular difere da média para idade, raça e gênero, a recomendação é determinar a depuração da creatinina em amostra urinária colhida durante 24 horas (ANDRIOLO; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Para Bastos, Andriolo e Kirsztajn (2011), ainda está obscuro se é a gravidade da perda de capacidade de FG ou a presença de sinais de lesão parenquimatosa renal (albuminúria) o melhor preditor de DRC progressiva. Desse modo, a incidência de IRC aumenta com a piora da FG basal. É oportuno considerar que o risco de um paciente no estágio 1 ou 2 da DRC necessitar de diálise é menor que de outro que esteja no estágio 3 ou 4, devido ao tempo de perda da reserva funcional renal. A incidência de IRC é cerca de cem vezes maior no paciente que apresenta proteinúria, quando comparada a outro com mesma FG, mas sem proteinúria (PEREIRA et al., 2012).

Brasil (2006a) recomenda avaliar a progressão da doença renal por meio do clearance de creatinina pelo menos uma vez ao ano em pacientes de risco no estágio 1, e semestralmente no estágio 2; em pacientes no estágio 3, a avaliação é trimestral; aqueles que estejam nos estágios 4 e 5, e apresentem risco maior de deterioração da função renal, devem, obrigatoriamente, ser encaminhados ao nefrologista.

Bastos e Kirsztajn (2011) consideram a possibilidade de encaminhamento precoce quando se atinge um clearance menor que 60ml/min/1,73m², ou mesmo quando o paciente apresenta alteração de TFG, com ou sem proteinúria. Nesse estágio, deve-se encorajar os profissionais da saúde, especialmente clínicos gerais, cardiologistas, endocrinologistas, urologistas e geriatras – que frequentemente lidam com pacientes em risco para DRC –, a encaminharem seus pacientes para acompanhamento conjunto com um nefrologista ou uma equipe especializada em nefrologia o mais rápido possível.

2.3 Estratégia Saúde da Família x Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus x Política Nacional de Atenção Integral ao Portador de Doença Renal

O SUS, com seus princípios e suas diretrizes, universaliza o acesso à saúde e se enquadra no modelo de APS. Foi implantado como Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, com a proposta de transformar o modelo sanitário brasileiro mecanicista, biomédico e hospitalocêntrico em um paradigma de saúde multiprofissional e coletivo, focando a família e a comunidade. O PSF democratiza e generaliza a saúde de forma integral, possibilitando às ESF, com base no usuário, compreender o processo saúde-doença e promover intervenções (COTTA et al., 2009).

O PSF foi materializado com nome de ESF, um padrão de APS que se fundamenta na prevenção, promoção e recuperação da saúde. O foco da atenção incide sobre a família e sua inserção no meio em que vive, valorizando o vínculo entre profissionais e população. A ESF funciona como eixo reestruturante da Atenção Básica. Então, cada unidade de saúde da família é regionalizada, com clientela territorializada e adscrita (CAMPOS; MALIK, 2008).

Em consonância com a Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011, do MS, a equipe da ESF é uma equipe multiprofissional formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, e agente comunitário de saúde. Todas as equipes de ESF deverão ter responsabilidade sanitária por um território de referência, de modo que cada usuário seja acompanhado por um agente comunitário de saúde, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um enfermeiro e um médico generalista ou de família, mantendo o vínculo e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011b).

As atribuições gerais e específicas dos médicos generalistas ou de família e comunidade são as mesmas já definidas na Política Nacional de Atenção Básica, e a ESF deve atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos.

Os serviços de nível primário são os de primeiro contato com o usuário, e essa proximidade inicial permite desenvolver a coordenação de cuidados pelo médico generalista ou de família, que tem a competência de atender a todos os componentes da família inseridos naquela área adscrita. A convivência entre profissional e paciente permite conhecer e aprofundar o vínculo de responsabilidade para a resolução de problemas de manutenção de saúde dos indivíduos. Cabe ao profissional que presta assistência integral ao indivíduo e o acompanha ser o responsável pelo controle de referências para outras especialidades, direcionando o acesso ao melhor cuidado possível (BRASIL, 1997; PENA, 2012).

O enfermeiro é um profissional que exerce sua função na unidade de saúde junto à equipe de profissionais e à comunidade, apoiando e supervisionando o agente comunitário de saúde, além de assistir as pessoas que necessitam de seus cuidados. Seu papel é centrado no processo de cuidado imbuído de funções, dentre as quais, zelar pelos portadores de doenças crônicas. Cabe a esse profissional dar assistência adequada às necessidades de saúde individual e coletiva (ARAUJO et al., 2012; BRASIL, 2006a).

No ano de 2000, o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HiperDia), no Brasil, foi implantado pelo MS com o objetivo de estabelecer diretrizes e metas para reorganização no SUS e atenção aos portadores dessas enfermidades, objetivando monitorar os pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do SUS, gerando informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistematizada a esses sujeitos (BRASIL, 2004a; CUMAN; OBRELI-NETO; ZAVATINI, 2010).

Dessa forma, a atualização dos profissionais da rede básica, a facilidade de detectar precocemente o diabetes e a hipertensão, e o encaminhamento dos pacientes diagnosticados às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento seriam as ações desse plano, além de disponibilizar para Estados e municípios um sistema informatizado. O programa HiperDia permite o cadastramento e acompanhamento desses pacientes e, em médio prazo, possibilita o desenho do perfil epidemiológico dessa população (RIBEIRO et al., 2012).

Ações básicas de diagnóstico e controle adequados, bem como tratamento da HAS na ESF, com a implementação de ações e medidas que minimizem a evolução progressiva da doença para os agravos, contribuem para a prevenção da DRC. Por conseguinte, o Plano de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes, e a implantação do programa HiperDia funcionam como planejadores de metas, pois conhecendo a magnitude dessas doenças, pode-se planejar a aquisição de medicamentos e a capacitação profissional na rede de saúde. Ademais, o programa tem o objetivo de prevenir as complicações e incapacitações que essas doenças podem provocar (COTTA; RIBEIRO; RIBEIRO, 2012; OPAS, 2010).

A Política Nacional de Atenção Integral ao Portador de Doença Renal visa a prevenir a doença mediante a promoção de saúde, a diminuição do número de casos e a minimização dos agravos das doenças na população. Propõe, inclusive, a identificação dos determinantes das principais enfermidades que levam à doença renal. Dentre os objetivos da Política de DRC, estão: desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida; ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos, principais causas da IRC no Brasil; qualificar a assistência; e

promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos (BRASIL, 2004b; 2007).

Atualmente, o acompanhamento dos pacientes é realizado pela equipe de saúde nos diferentes níveis de atendimento da rede do SUS, especialmente no primário, que tem como objetivo reduzir o surgimento de novos pacientes crônicos, melhorar a qualidade de vida da população e reduzir custos (LOUVISION, 2011; MENDES, 2011).

Com a finalidade de garantir a atenção integral ao portador de risco renal, emergiu a necessidade de normatização para o acompanhamento dos pacientes, mesmo na Unidade Básica de Saúde (UBS). Em algumas situações, faz-se imprescindível uma consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária, devendo, nesses casos, ser estabelecida uma rede de referência e contrarreferência (BRASIL, 2006a, 2007, 2013).

2.4 Papel dos profissionais médico e enfermeiro na ESF

Ao médico de família compete estabelecer vínculos com o indivíduo, com a família e com a comunidade. Cabe a esse profissional realizar consultas junto à comunidade para confirmação diagnóstica de doenças, como a DRC, dada a importância da avaliação dos fatores dos risco e da identificação de complicações, com vistas à estratificação do risco global. Por isso, o médico generalista deve adotar programa de promoção à saúde e intervenções preventivas renais por meio da detecção de pacientes que necessitam de avaliação com especialista para diagnóstico etiológico e estadiamento da função renal, assim como fazer um acompanhamento em conjunto com o nefrologista, visando a prevenir os agravos e as comorbidades da doença. Ainda como atribuições específicas, ele deve, além de rastrear a disfunção renal, corrigir as causas reversíveis da DRC e instituir intervenções para retardar a progressão da falência renal (BRASIL, 2006a).

Campos e Malik (2008) acrescentaram que são atribuições do médico generalista realizar ações de assistência, educativas, coletivas e comunitárias, em conjunto com outros profissionais, assim como participar do planejamento e da organização do processo de trabalho em equipe. Para reforçar sua atuação na ESF, medidas gerais são essenciais, pois os pacientes com DRC devem ser encaminhados precocemente ao nefrologista (BASTOS, 2010).

Crison et al. (2010) inferiram que mesmo em países desenvolvidos, o subdiagnóstico e o tratamento inadequado atribuem-se à carência de padronização e protocolos para a definição e classificação da progressão da doença. Para Bastos e Bastos (2007), a ausência de um

protocolo do MS para o rastreamento da DRC implica a competência da ESF em determinar qual a melhor estratégia para o diagnóstico da doença.

Por sua vez, Rocha e Zeitoune (2007) abonaram que a proposta da ESF amplia a concepção da prática profissional para um agir coletivo, multiprofissional e interdisciplinar. Sendo assim, compete ao enfermeiro participar da organização e do controle do processo de trabalho da unidade de saúde. Cabe a ele, ainda, segundo Travagim e Kusomota (2009), realizar consulta de enfermagem detectando grupos de risco e pacientes com a doença instalada. Com isso, conhecendo o estadiamento da DRC, deve intervir junto aos pacientes e encaminhar o indivíduo ao médico, quando necessário, bem como desenvolver atividades educativas de promoção à saúde com todas as pessoas da comunidade.

Entre as atribuições do enfermeiro, estão a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, e observadas as disposições legais da profissão, solicitação de exames complementares, dentre os quais exames de função renal, prescrição de medicações e encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros serviços (BRASIL, 2006b; 2012).

No município de Teresina, a Portaria da Fundação Municipal de Saúde (FMS), nº 1294, de 02/10/2012, dispõe sobre a normatização das atribuições dos enfermeiros, que são, por ocasião da consulta de enfermagem, autorizados a prescrever e transcrever medicamentos, solicitar exames laboratoriais e radiológicos complementares padronizados nos Programas de Saúde Pública fixados pelo MS, pelos Programas Municipais e/ou no Protocolo de Enfermagem instituído.

A portaria supracitada garante que para atender ao Protocolo de Enfermagem Municipal, quanto à marcação de encaminhamentos e exames solicitados pelo enfermeiro na consulta de enfermagem, a Coordenação de Gestão do SUS (CGSUS/FMS) promoverá adequação da rede SUS de Teresina e Central de Marcação de Consultas básicas e especializadas (médicas), de modo a garantir o encaminhamento do usuário para especialidades médicas e para outros profissionais de saúde, no âmbito do SUS e da Prefeitura Municipal de Teresina (FMS).

A ação de profissionais, médico e enfermeiro na APS é de suma importância para detectar os pacientes renais, pois o diagnóstico tardio da DRC em fase terminal, com necessidade de terapia renal substitutiva, diminui as chances de sobrevivência, contribuindo para uma péssima qualidade de vida ou mesmo óbito para essas pessoas, o que denota falha da ESF.

Com a implantação da ESF, doenças como a HAS têm programas específicos para seu controle. A DRC também tem por base um protocolo a ser seguido, estipulado pelo MS, que se encontra no Caderno de Atenção Básica nº 14, adotando medidas preventivas para a DRC, a partir do ano de 2006. Dentre essas intervenções, destacam-se: adoção de hábitos alimentares saudáveis, interrupção do tabagismo, prática de atividade física regular e controle pressórico adequado. De acordo com a avaliação da progressão renal, tendo por base os graus de disfunção renal, os pacientes devem ser monitorados (BRASIL, 2006a).

Detectar a DRC na APS torna-se um grande desafio ao sistema de saúde, envolvendo os profissionais de saúde, a população e os gestores. As ações de profissionais médicos e enfermeiros da ESF no diagnóstico de DRC têm um impacto relevante na organização e no planejamento da saúde pública local. Nessa perspectiva, a elaboração de estratégias na promoção de saúde e prevenção de DRC fazem-se necessárias.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. Segundo Marconi e Lakatos (2010), a pesquisa de campo é aquela promovida com o objetivo de conseguir informações e conhecimentos acerca de um problema, para os quais se procura resposta, ou de uma hipótese para se comprovar ou para descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles.

Para Figueiredo e Souza (2011, p. 104), a exploração do campo consiste na tradução precisa dos fatos, do caso, na consideração de explicações alternativas desses fatos, e em uma conclusão baseada naquela explicação que parece ser a mais congruente com eles. Na pesquisa de campo não se controlam as variáveis, mas importa perceber e estudar as relações entre elas.

A pesquisa descritiva consiste em investigações empíricas cuja principal finalidade é o delineamento ou a análise das características de fatos ou fenômenos. Visa a descobrir a frequência com que os eventos ocorrem, sua relação e conexão com outros, sua natureza e suas características (FIGUEIREDO; SOUZA, 2011).

Conforme Minayo (2010), a abordagem qualitativa responde a questões muito particulares. Preocupa-se, no que concerne às ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Assim, a pesquisa qualitativa torna-se importante para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; para conceber as relações que se dão entre os atores sociais, tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; e para avaliação de políticas públicas e sociais, do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, e dos usuários a quem se destinam (MINAYO, 2010, p. 134). Um verdadeiro modelo qualitativo descreve, compreende e explica, trabalhando exatamente nessa ordem.

Na abordagem quantitativa, há uma questão pontual, que é a objetividade. Destarte, refere-se a fatos relativos ao mundo concreto, objetivo e mensurável, contemplados pelas ciências naturais ou sociais. Determina-se pelo processo de quantificação, tanto no processo de coleta de informações quanto no tratamento destas, por meio de técnicas estatísticas e

procedimentos matemáticos. Representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, visto que aumenta a margem de segurança na comprovação das hipóteses ou do problema formulado (FIGUEREDO; SOUZA, 2011).

3.2 Local do estudo

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), Teresina, capital do Estado do Piauí, possui área territorial de 1.391,974 Km² e conta com uma população de 836.774 habitantes. O estudo foi realizado na capital piauiense, em UBS situadas nas três zonas: Centro-norte, Sul e Leste-sudeste, onde atuam 253 equipes da ESF. A escolha das UBS nas três regionais de Teresina tem por escopo abranger os profissionais distribuídos nessas regiões, impedindo, dessa forma, que os dados sofram interferências desses locais, tendo em vista que há particularidades em cada zona.

3.3 População e amostra

Entre a população estudada, dividida nas três regionais de saúde de Teresina, foram distribuídos 506 profissionais, médicos e enfermeiros, das equipes da ESF. A partir da fórmula abaixo, foi possível calcular que o número de participantes foi igual a 196. Uma vez que cada equipe deve ter um médico e um enfermeiro, chegou-se ao número de 98 equipes, ou seja, utilizando-se essa fórmula e dividindo por dois o resultado, encontrou-se o cálculo da amostra das equipes igual ($196 \div 2 = 98$), conforme segue:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot z_{\alpha/2}^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot z_{\alpha/2}^2 + (N - 1) \cdot e^2}$$

Assim, P é a probabilidade de a pessoa responder certo e Q, de errar. Como não sabemos quais são essas chances, utilizamos 50% para cada, onde: N é o tamanho da população; n é o tamanho da amostra; e é a margem de erro; $\alpha/2$ é o coeficiente de significância; e Z é a padronização da normal, sendo que para 95% de confiança, o valor de Z é 1,96.

A amostragem adotada na escolha das 98 equipes foi do tipo probabilística estratificada proporcional, cujo critério de estratificação correspondeu a três zonas regionais da cidade. A seleção das equipes em cada estrato foi feita de forma aleatória, ou seja, as

equipes da zona Centro-Norte foram enumeradas entre 1 a 62; as da zona Sul, entre 1 a 63; e as da zona Leste-Sudeste, entre 1 a 71. O programa BioEst 3.0 gerou números aleatórios – 31 entre 1 e 62 para a zona norte; 32 números entre 1 e 63 para a zona sul; e 35 números entre 1 e 71 para a zona sudeste.

De acordo com Brasil (2011), a equipe mínima de saúde da família é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A escolha dos participantes do estudo deu-se graças à ação dos profissionais, médicos e enfermeiros no agir de forma preventiva e no intervir na atenção aos pacientes acompanhados pela ESF.

Dos profissionais cadastrados nas três regionais da cidade, encontram-se 506 médicos e enfermeiros. Utilizando-se a fórmula, obteve-se uma amostra de 196 profissionais. Entretanto, em virtude das dificuldades, ocorreram 9 recusas, 27 exclusões e 4 formulários incompletos, e aplicaram-se os formulários a 156 profissionais médicos e enfermeiros da ESF (Apêndice A).

Participaram, no total do estudo, 156 profissionais da ESF, sendo 71 médicos e 85 enfermeiros, os quais atuam há pelo menos um ano naquele ambiente, pois o vínculo na área contribui para um compromisso e envolvimento na linha do cuidado. O tamanho da amostra permite estimar os parâmetros da pesquisa, com intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%.

3.4 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão consideraram médicos e enfermeiros cadastrados nas equipes de ESF localizadas no município de Teresina, com um ano de atuação na ESF, e vinculação à FMS.

3.5 Critérios de exclusão

Empregaram-se os seguintes critérios de exclusão: não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), estar em gozo de férias ou afastado do trabalho, ou recusar-se a participar do estudo.

3.6 Produção dos dados

A coleta de dados dessa pesquisa transcorreu no períodos de novembro de 2013 a junho de 2014, mediante entrevista semiestruturada contendo a caracterização de variáveis do perfil socioprofissional e questões sobre o conhecimento dos profissionais acerca da determinação da DRC em pacientes hipertensos, em suas respectivas zonas.

A entrevista é uma conversação efetuada face a face. Nesse estudo, o formulário aplicado combina perguntas fechadas e abertas, de maneira metódica, proporcionando ao entrevistador a informação e possibilitando que o entrevistado discorra sobre o tema (MARCONI; LAKATOS, 2010).

As entrevistas foram realizadas nos turnos manhã/tarde, por adequação ao horário de trabalho dos profissionais, tomando por base perguntas norteadoras acerca de seus conhecimentos e suas ações sobre a detecção da falência/insuficiência renal em pacientes hipertensos (Apêndice A).

Para Marconi e Lakatos (2008), o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada, de modo que possa explorar mais amplamente a questão, promovendo ao entrevistado a liberdade de manifestar livremente suas opiniões e seus sentimentos. A entrevista é um procedimento muito utilizado na investigação social, tanto para o diagnóstico como para o tratamento de um problema social (MARCONI; LAKATOS, 2010).

3.7 Processamento e análise dos dados

Foram examinados dados sobre o perfil dos profissionais, adotando-se variáveis como sexo, idade, estado civil, tempo de formação profissional, tempo de atuação profissional na ESF, pós-graduação e vínculo empregatício. Ainda se questionou sobre a correlação entre HAS e DRC, o cálculo do clearance de creatinin, o encaminhamento ao especialista, além de uma pergunta aberta sobre as ações dos profissionais da ESF na detecção de DRC.

Os formulários aplicados no estudo foram processados após a organização das perguntas fechadas no programa Statistical Package for the Social Science (SPSS Statistic) 19.0, que calculou as estatísticas adequadas às variáveis estudadas. O teste estatístico para analisar a associação entre os procedimentos relacionados com DRC e o tipo de profissional foi o qui-quadrado e teste exato de Fisher, com nível de significância de 95% e a margem de erro de 5%.

Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos. Para variáveis qualitativas, os produtos foram expressos em percentagem; para as quantitativas, sumariados por intermédio da medida de posição (média) e de dispersão (desvio - padrão - SD), e utilizado o teste qui-quadrado ou exato de Fisher.

Nessa lógica, a taxa de amostragem é a quantidade de amostras de um sinal analógico coletadas em determinada unidade de tempo para conversão em um sinal digital. Assim, a discussão foi estabelecida com base na literatura disponível sobre o tema.

3.8 Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Uninovafapi e à FMS de Teresina, em consonância com a Resolução 466/12, que prevê a necessidade de aprovação do CEP da instituição onde foi iniciada a produção dos dados para todos os projetos que envolvem seres humanos. O trabalho de pesquisa foi aprovado pelo CEP, sob o protocolo do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 20780613.6.0000.5210.

Uma vez que a entrevista poderia causar desconforto ou constrangimento, os riscos previstos foram mínimos. Porém, o risco de o sujeito ser identificado como participante seria apenas pela sua assinatura no TCLE. Por isso, foi utilizada a identificação pela zona e pelo número da equipe da qual faz parte, e adotaram-se todas as precauções necessárias para manter a confidencialidade das informações prestadas, quais sejam: a entrevista foi realizada em local reservado, com a presença apenas do(a) participante e do(a) pesquisador(a), em horário de sua conveniência, e no instrumento de coleta de dados, sua identificação foi feita por codinome, a fim de garantir o anonimato.

O benefício dessa pesquisa consistiu em embasar uma proposta de cuidado e atenção mais diferenciados aos pacientes hipertensos, potenciais doentes renais, caso não sejam adequadamente identificados e tratados, mesmo já existindo programas específicos nacionais destinadas a atendê-los. Ao final, foi elaborada uma cartilha com orientações aos profissionais da ESF, médicos e enfermeiros que cuidam do paciente renal em nível primário de atenção, com o fito de promover a assistência a esses sujeitos.

Antes de iniciar a entrevista, ficou esclarecido aos participantes que eles seriam tratados com respeito e dignidade, e evidenciado que poderiam retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer penalização ou prejuízo, conforme os dispositivos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Outrossim, foram informados sobre

aspectos como: objetivos, riscos e benefícios, garantia do anonimato e sigilo, respeito à sua privacidade e intimidade.

Para os que aceitaram, foi solicitada a assinatura do TCLE, sendo reservado o direito de confidencialidade e garantida à privacidade e proteção de imagem.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Manuscrito 1 – Ações dos profissionais da ESF na detecção de DRC

Revista de Enfermagem – UFPE – on line

Ações de profissionais da Estratégia Saúde da Família na detecção de Doença Renal Crônica em pacientes hipertensos

Shares professionals of the family health strategy in the detection of chronic kidney disease in hypertensive patient

Acciones profesionales de la estrategia de salud de la familia en la detección de la enfermedad renal crónica en pacientes hipertensos

Ana Paula Rodrigues Melo¹

Gerardo Vasconcelos Mesquita²

Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle³

Eucário Leite Monteiro Alves⁴

Maria Eliete Batista Moura⁵

RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) é um problema de saúde pública mundial que tem como um de seus fatores de risco a hipertensão arterial sistêmica. Esse trabalho objetivou investigar as ações de profissionais, médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) na detecção da DRC em hipertensos. Para tanto, aplicou-se formulário junto a 156 profissionais, médicos e enfermeiros da ESF em Teresina – Piauí. Os dados foram coletados a

¹ Médica. Mestre em Saúde da Família pelo Centro Universitário Uninovafapi. Especialista Nefropediatra, pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

² Médico. Mestre e Doutor em Cirurgia pela Universidade Federal de Pernambuco.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Doutora em Ciências, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP).

⁴ Médico. Doutor em Medicina Cirurgia Torácica e Cardiovascular pela Universidade de São Paulo.

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutora em Enfermagem, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pós-Doutora pela Universidade Aberta de Lisboa – Portugal.

partir de um formulário que abordava aspectos relacionados ao perfil socioprofissional, bem como às ações de diagnóstico da DRC. Para análise estatística dos dados, utilizou-se o *software* SPSS, versão 19.0. Dos profissionais, 78% são do sexo feminino e 54,5%, da enfermagem; o tempo de formação profissional foi de nove anos para 46% dos médicos e para 41% dos enfermeiros; cerca de 80% dos profissionais possuem especialização. Entre os médicos, 45% calcularam o clearance de creatinina em pacientes hipertensos; 81% referenciaram o paciente com redução leve a moderada do clearance de creatinina em nível secundário. Quanto aos enfermeiros, 53% encaminharam o hipertenso de risco ao especialista. Foram identificadas dificuldades, a exemplo de referência e contrarreferência. Por conseguinte, necessita-se aprimorar as ações da atenção básica por meio de cursos de capacitação. Desse modo, a detecção e o diagnóstico da DRC no paciente hipertenso, em nível primário de atenção, mediante ações desses profissionais, ainda representa um entrave para o enfrentamento da DRC.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica. Saúde da Família. Prevenção. Atenção Primária.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is a worldwide public health problem that has systemic arterial hypertension as one of its risk factors. This study aimed to investigate the actions of professionals, physicians and nurses of the Family Health Strategy (FHS) in the detection of CKD in hypertensive patients. To this end, a form was applied to 156 professionals, physicians and nurses of the FSH in Teresina - Piauí. The data were collected from a form that addressed aspects related to the socio-professional profile, as well as to the diagnostic actions of the CKD. For statistical analysis of the data, SPSS software, version 19.0, was used. Of the professionals, 78% are female and 54.5%, nursing; the time of professional training was nine years for 46% of physicians and for 41% of nurses; about 80% of professionals have specialization. Among physicians, 45% calculated creatinine clearance in hypertensive patients; 81% referred patients with mild to moderate reduction of creatinine clearance at the secondary level. Regarding the nurses, 53% referred the hypertensive to the specialist. Difficulties have been identified, such as reference and counter-reference. Therefore, it is necessary to improve basic health care actions through training courses. Thus, the detection and diagnosis of CKD in the hypertensive patient, at the primary level of

attention, through the actions of these professionals, still represents an obstacle to coping with CKD.

Keywords: Chronic Kidney Disease. Family Health. Prevention. Primary attention.

RESUMEN

La Enfermedad Renal Crónica (DRC) es un problema de salud pública mundial que tiene como uno de sus factores de riesgo la hipertensión arterial sistémica. Este trabajo tuvo como objetivo investigar las acciones de profesionales, médicos y enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en la detección de la DRC en hipertensos. Para ello, se aplicó formulario junto a 156 profesionales, médicos y enfermeros de la ESF en Teresina - Piauí. Los datos fueron recolectados a partir de un formulario que abordaba aspectos relacionados al perfil socioprofesional, así como a las acciones de diagnóstico de la DRC. Para el análisis estadístico de los datos, se utilizó el software SPSS, versión 19.0. De los profesionales, el 78% son del sexo femenino y el 54,5%, de la enfermería; el tiempo de formación profesional fue de nueve años para el 46% de los médicos y el 41% de los enfermeros; cerca del 80% de los profesionales tienen especialización. Entre los médicos, el 45% calculó el aclaramiento de creatinina en pacientes hipertensos; El 81% referenció al paciente con una reducción leve a moderada del aclaramiento de creatinina a nivel secundario. En cuanto a los enfermeros, el 53% encaminó el hipertenso de riesgo al especialista. Se identificaron dificultades, a ejemplo de referencia y contrarreferencia. Por lo tanto, se necesitan mejorar las acciones de la atención básica a través de cursos de capacitación. De este modo, la detección y el diagnóstico de la DRC en el paciente hipertenso, a nivel primario de atención, mediante acciones de esos profesionales, todavía representa un obstáculo para el enfrentamiento de la DRC.

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica. Salud de la Familia. Prevención. Atención Primaria.

INTRODUÇÃO

O SUS universaliza o acesso à saúde e reorganiza o modelo de APS. Em 1994, concebeu o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente intitulado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF surgiu para democratizar a saúde, propondo transformar o modelo

centrado no biológico em práticas hospitalares ancoradas em um paradigma de saúde multiprofissional e coletivo, focando a família e a comunidade. A ESF baseia-se na relação entre o trabalhador e o usuário, por meio da vinculação de compromisso e de corresponsabilização.¹

O modelo da ESF fundamenta-se nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. A equipe de saúde, composta de profissionais médico e enfermeiro, tem como meta a reorganização da assistência pautada na acessibilidade, na humanização, na integralidade, no vínculo, na responsabilização e no participar da comunidade. A ESF corresponde à porta de entrada do sistema e tornou-se o eixo central de organização do SUS.^{2,3}

Intervir sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), por meio da linha do cuidado, consiste em articular ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência. Os serviços de saúde na atenção básica são ordenados sob a forma de uma rede de assistência, com a finalidade de atender aos problemas mais comuns da população, de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações dessa rede, e de comprometer-se com a saúde da população adstrita nas redes de atenção à saúde e equipes de cuidados primários.⁴

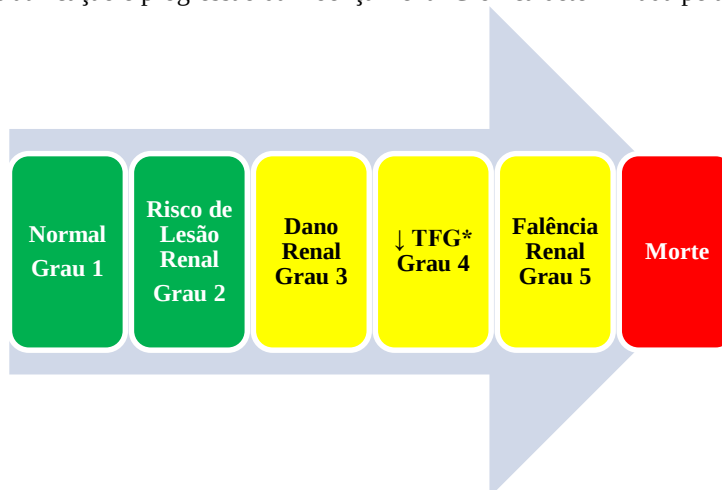
Os profissionais, médico e enfermeiro, devem estabelecer uma abordagem integral, de forma contínua e dinâmica, com as pessoas que acolhe, de modo que suas ações sejam desenvolvidas com coerência, a fim de resolver de forma efetiva as necessidades de saúde da comunidade.³ As linhas de cuidado devem ser referência estruturante tanto para o cuidado à saúde, desenvolvido pelos profissionais, individualmente e em equipe, quanto para a organização de uma Unidade de Saúde da Família (USF). O processo de coordenação do cuidado se estabelece por meio de elos entre os profissionais e a população, em um “encontro de práticas e saberes.” Assim, as ações da equipe de saúde, pautadas na coordenação do cuidado, vinculam-se e responsabilizam-se pela população adscrita^{5,6}.

No que tange à organização dos serviços na APS, o relacionamento entre os profissionais e a comunidade destaca-se como ponto referencial quanto ao acesso a todos os níveis de atenção à saúde. Uma equipe de saúde estruturada, organizada e capacitada permite rastrear doenças e promover saúde. A efetivação das ações tem um relevante papel em detectar e prevenir a DRC, atualmente reputada como uma epidemia mundial.

A DRC é uma síndrome clínica decorrente de uma lesão renal que progride no decorrer de vários meses a anos, de forma irreversível, sendo definida por redução da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), isto é, quando menor que 60 ml/min/1,73m², por três meses ou

mais, com ou sem lesão renal (proteinúria). A DRC apresenta cinco estágios, de acordo com a TFG, mediante os quais é possível detectar, avaliar e tratar a doença^{7,8} (vide Figura 1).

Figura 1 – Extratificação e progressão da Doença Renal Crônica determinada pela TFG



Fonte: Adaptado de Durvasula e Himmelfarb (2011).
Legenda: Taxa de Filtração Glomerular*

A DRC é uma patologia silenciosa, detectada por meio de recursos simples, como exames laboratoriais, que podem ser utilizados para diagnosticar DRC em seus estágios iniciais. O diagnóstico tardio implica elevada morbimortalidade, requerendo recursos tecnológicos complexos e de alto custo, como as Terapias Renais de Substituição (TRS), a diálise.

De modo alarmante, a DRC causa impacto na saúde pública mundial, afetando 13% da população adulta nos Estados Unidos da América (EUA), sendo 0,2% em diálise ou transplante renal. O que impressiona é a taxa anual de 7 a 10%, extrapolando o crescimento populacional geral.^{9,10}

No Brasil, a população estimada em TRS corresponde a mais de 92 mil pacientes em programa crônico de diálise, representando um custo anual acima de dois bilhões de reais. Entretanto, uma análise de dados laboratoriais revelou cerca de 2,9 milhões de brasileiros em estágio de DRC 3.^{11;12}

No Brasil e no mundo, a DRC atinge proporções alarmantes. Assim, compete aos profissionais médicos e enfermeiros da ESF zelar pela comunidade e por suas necessidades. A partir da estratificação de grupos de risco para o desenvolvimento de DRC, dentre eles o hipertenso, a avaliação da função renal, a detecção de proteinúria no exame de urina simples e a utilização de equações para o cálculo do clearance de creatinina determinada por meio da

TFG conduz ao diagnóstico, ao tratamento e à prevenção da falência renal em nível primário de atenção.

À vista disso, o médico da equipe da ESF deve ser um generalista capaz de atender a todos os componentes da família, comprometendo-se com a pessoa e envolvendo-se com a responsabilização de encaminhar a especialidades e direcionar o acesso ao melhor cuidado.¹ O enfermeiro deve assistir as pessoas que necessitem de seus cuidados. Logo, cabe a ele realizar consulta de enfermagem, detectando grupos de risco, bem como pacientes com a doença já instalada. Assim, conhecendo o estadiamento da DRC, tem o papel de interceder junto aos pacientes e encaminhá-los ao médico, quando necessário, bem como desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade.¹⁴

O Ministério da Saúde (MS) recomenda as diretrizes nos Cadernos de Atenção Básica nº 14 e 15, informando sobre como rastrear os grupos de risco, determinar o diagnóstico de DRC, prevenir a doença e encaminhar os pacientes ao nefrologista. Na ESF, encontram-se os hipertensos já doentes renais necessitados de uma rede ordenada de cuidado. Dessa forma, as ações de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, concretizam-se na atenção dos níveis de saúde. Pacientes com DRC em estágio inicial devem ser atendidos em nível primário de atenção; com a piora da função renal, necessitam reportar-se a cuidados de nível secundário e, quando em estágio tardio, exigem nível terciário de atenção à saúde.^{15, 16}

A Política Nacional de Atenção Integral ao Portador de Doença Renal é um modelo de atenção e gestão segundo o qual os pacientes renais devem ser abordados de forma integral. Visa a prevenir a doença renal, diminuir o número de casos, identificar os determinantes das patologias que levam à doença renal e, assim, desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida. Um objetivo importante dessa política é a qualificação da assistência e a promoção de educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos.¹⁷

Isso posto, denota-se a imprescindibilidade de disponibilizar a prestação de serviços de saúde de forma eficiente e com qualidade, de modo a estabelecer e negociar responsabilidades, garantir a comunicação e transferência segura do cuidado entre os profissionais e o usuário. Com isso, o presente estudo deseja contribuir para um melhor seguimento do portador de doença renal.

Diante dessa problemática, o estudo teve como objetivo investigar as ações de profissionais, médicos e enfermeiros, da ESF na detecção de DRC em pacientes hipertensos.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado com profissionais, médicos e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) na cidade de Teresina – Piauí, no período de novembro de 2013 a junho de 2014.

A amostra estimada total foi de 196 profissionais. Porém, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, recusas em participar e formulários incompletos, obteve-se um total de 156 profissionais da ESF, sendo 71 médicos e 85 enfermeiros.

Foram selecionados os profissionais de saúde que trabalhavam, no mínimo, há um ano como médicos e enfermeiros das equipes das ESF no município de Teresina; foram excluídos os que estavam temporariamente afastados do trabalho (férias, licenças etc.) e os que se recusaram a participar da pesquisa. O instrumento foi preenchido pelos pesquisadores na presença dos participantes.

O formulário constitui-se de três partes: (1) identificação do perfil socioprofissional, constituída por perguntas objetivas sobre sexo, idade, situação conjugal, tempo de formação, especializações e vínculo de trabalho; (2) conhecimento sobre a DRC e sua relação com HAS; (3) pergunta aberta sobre as ações que possibilitam ou dificultam o diagnóstico de DRC na ESF.

Após a coleta dos dados, organizaram-se as variáveis, sendo construído um banco de dados catalogado no *Microsoft Excel* e, posteriormente, digitados no programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) 19.0. Para o tratamento dos resultados, adotou-se como tipo de análise a estatística descritiva, com frequências absolutas e percentuais, média com desvio-padrão, apresentando-os em tabelas e gráficos.

Na questão aberta do formulário, apesar de os dados corresponderem a respostas dos profissionais, considerou-se conveniente classificar as ações a partir de categorias de responsabilidade destes, dos usuários e do gestor, segundo a opinião dos profissionais. Desse modo, utilizou-se a análise de conteúdo, demonstrando o resultado na forma de frequência. Assim, categorizaram-se as ações dos profissionais e identificaram-se as dificuldades encontradas na detecção de DRC. Em relação à comparação de grupos, empregaram-se o teste qui-quadrado e teste exato de Fischer. Valores com $p < 0.05$ foram considerados estatisticamente significantes.

RESULTADOS

Tabela 1 – Perfil socioprofissional de médicos e enfermeiros da ESF segundo sexo, idade, situação conjugal, tempo de formação e atuação profissional, pós-graduação e vínculo de trabalho (TERESINA, 2014)

Variáveis		Médicos		Enfermeiros	
		(n)*	%	(n)	%
Sexo	Feminino	41	58	81	90
	Masculino	30	42	4	10
Idade	25 a 35	28	39	34	40
	36 a 46	16	23	18	21
	47 a 57	17	24	26	31
	58 a 68	10	14	7	8
Situação conjugal	Casado	54	76	45	55
	Não casado	17	24	40	45
Tempo de formação profissional	0 a 9 anos	33	46	35	41
	10 a 18 anos	15	21	20	24
	19 a 27 anos	14	20	19	22
	28 a 40 anos	9	13	11	13
Tempo de atuação profissional	0-6 anos	39	55	55	65
	7-12 anos	23	33	21	25
	13-17 anos	9	12	9	10
Pós-graduação	Especialização	56	79	68	80
	Mestrado	2	3	10	12
	Não possui	13	18	7	8
Possui outro vínculo trabalhista	Sim	53	75	63	74
	Não	18	25	22	26

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Legenda: *Número em quantidade.

Foram entrevistados 156 profissionais, médicos e enfermeiros da ESF. Predominou em 78% o sexo feminino, sendo 54,5% enfermeiros. O estudo revelou 51,3% de profissionais jovens, com faixa etária menor ou igual a 40 anos, com média de idade de 42 anos e desvio padrão de +/- 12 anos. Encontraram-se 63% de todos os profissionais casados sendo, entre os médicos 76 % e entre os enfermeiros 55%.

Sobre o tempo de formação profissional, 46% dos médicos e 41% dos enfermeiros tinham até 9 anos. Em relação ao tempo de atuação profissional, 55% dos médicos e 65% dos enfermeiros exerciam atividade há até 6 anos. Quanto à pós-graduação, 80% dos enfermeiros e 79% dos médicos possuíam especialização. Em relação ao vínculo, 75% desses profissionais trabalhavam em outros serviços de saúde (Tabela 1).

Tabela 2 – Conhecimento dos profissionais para diagnosticar DRC na ESF

Variáveis	Profissão					
	Enfermeiro			Médico		
	Sim (n) (%)	Não (n) (%)	Total (n) (%)	Sim (n) (%)	Não (n) (%)	Total (n) (%)
Sabe da correlação entre HAS* e DRC**	83 97,6	2 2,4	85 100	74 98,6	1 1,4	75 100
Conhece os estágios da DRC**?	36 42,4	49 57,6	85 100	56 79	15 21	75 100
Calcula o clearance de creatinina?	13 15,3	72 84,7	85 100	32 45	39 55	75 100

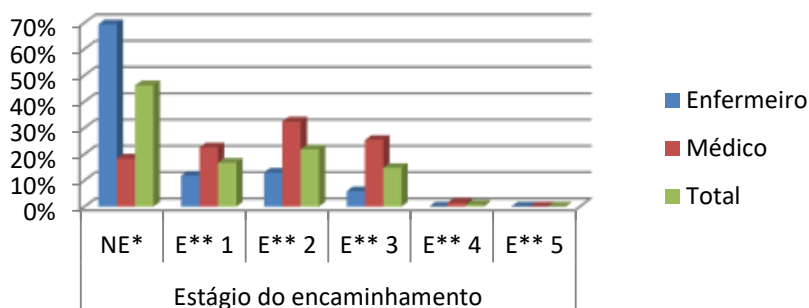
Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Legenda: HAS*: Hipertensão Arterial Sistêmica*

DRC **:Doença Renal Crônica**

Dos 97,6% enfermeiros que correlacionaram HAS e DRC, apenas 21% reconheceram os estágios da doença, e 15,3% calculam o clearance de creatinina. Dos 98,6% médicos que sabem identificar a correlação entre DRC e HAS, 79% conheceram os estágios da DRC e apenas 45% calculam o clearance de creatinina (Tabela 2).

Gráfico 1 – Ações dos profissionais da ESF na detecção de insuficiência renal em pacientes hipertensos, de acordo com o clearance de creatinina



Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Legenda: NE*não encaminha; E**encaminha.

Nesse estudo, 36% e 56% de enfermeiros e médicos, respectivamente, informaram conhecer os estágios da DRC. Não obstante, apenas 13% e 32% desses profissionais calculam clearance de creatinina. No entanto, quando se estratifica a DRC em graus de lesão renal, 46% dos profissionais não encaminhariam o paciente ao nefrologista.

Percebe-se que, entre os enfermeiros, 69% não direcionariam o usuário ao especialista. Dos profissionais que tomariam essa atitude, 54% o fariam até o grau 3 de disfunção renal. Entre os médicos, 80,3% encaminhariam o paciente ao nefrologista em estágios variáveis, a saber: 19% no estágio 1, 33% estágio 2, e 28% estágio 3 de DRC (Gráfico 1).

Tabela 3 – Categorização das ações dos profissionais da ESF para o acompanhamento e a detecção de DRC em paciente hipertenso

Categorização das ações dos profissionais	Médicos		Enfermeiros	
	(n)	%	(n)	%
Acolher e acompanhar pacientes hipertensos de risco e controlar níveis pressóricos	10	14	14	16,5
Buscar ativamente os pacientes hipertensos de risco e realização de consultas periódicas	07	10	11	13
Monitorar função renal	31	44	33	39
Encaminhar ao nefrologista	06	08	06	7,5
Orientar de forma geral o paciente hipertenso e ministrar palestras	13	18	20	23
Outras ações	04	06	01	01
Total				

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Apesar de os dados representarem as respostas dos profissionais, julgou-se conveniente classificar as ações em categorias de responsabilidade dos profissionais, dos usuários e do gestor, segundo a opinião deles. Para tanto, utilizou-se análise de conteúdo e demonstrou-se na forma de frequência (Tabela 3).

Quanto às medidas e ações que viabilizam o diagnóstico de DRC pelos médicos e enfermeiros da ESF, as falas foram categorizadas em ações de competência dos profissionais, nas quais estão inseridas ações como: acolher e acompanhar pacientes hipertensos de risco, buscar ativamente os pacientes hipertensos de risco, realizar consultas periódicas, monitorar a função renal, encaminhar ao nefrologista, prestar orientações gerais, e ministrar palestras (Tabela 3).

Com relação às ações dos usuários, incluem-se ações como adesão e autocuidado. Nas ações de competência da gestão de saúde, cabe: facilitar o acesso e o encaminhamento do paciente ao especialista, capacitar a equipe, organizar o excesso de contingente, melhorar o sistema de referência e contrarreferência, e estabelecer um protocolo de seguimento ao hipertenso.

Tabela 4 – Identificação das dificuldades segundo os profissionais da ESF para a detecção da DRC em paciente hipertenso

Dificuldades relatadas pelos profissionais	Médicos		Enfermeiros	
	(n)	%	(n)	%
Adesão e autocuidado	13	18,4	16	19
Facilitar encaminhamento	06	8,5	07	8,1
Capacitação da equipe	20	28	28	33
Excesso de contingente e dificuldade de acesso do paciente	16	22,5	17	20

Referência e contrarreferência	11	15,5	08	9,4
Protocolo de seguimento	01	1,5	04	4,7
Outros relatos	04	5,6	05	5,9
Total	71	100	85	100

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Quanto às dificuldades citadas pelos profissionais a respeito do diagnóstico de DRC pela ESF, foram identificadas as mais frequentes, de acordo com as assertivas dos participantes do estudo. Distribuem-se os obstáculos em ações do usuário no sentido de aderir ao tratamento e ao autocuidado; ações da gestão, quanto a facilitar acesso do paciente e encaminhá-lo ao especialista; capacitar a equipe; organizar o excesso de contingente; melhorar o sistema de referência e contrarreferência; e estabelecer um protocolo de seguimento ao paciente hipertenso md de risco (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Quanto ao sexo, predominou o feminino. Esse dado está em concordância com outros estudos que apontam uma tendência da feminização entre os profissionais da saúde, sobretudo entre os profissionais das ESF. Possivelmente, isso se explica pela expansão, elevação dos níveis de escolaridade, somado à redução de taxa de fecundidade. Não se pode esquecer que a saúde possui uma particularidade, pois tem uma ligação com a *linha do cuidado*, uma habilidade feminina.²

A maioria dos profissionais, 54,5%, eram enfermeiros, sendo destes 52% do sexo feminino. Quanto aos enfermeiros, 90% eram do sexo feminino, o que não foge à caracterização da força de trabalho em enfermagem, composta, em sua expressiva maioria, pelas mulheres^{5;18}.

Em relação à situação conjugal, 63% dos profissionais eram casados. Esse dado está em conformidade com a literatura encontrada no país, e talvez haja associação com a idade encontrada no presente estudo.²⁰ A maioria dos profissionais, 39,7 %, tinha até 35 anos de idade. Destarte, a média de idade para médicos foi de 43 anos, e para enfermeiros, 41 anos. Sem embargo, alguns trabalhos apontam a média de idade dos profissionais de saúde em torno de 40 anos para médicos, do sexo masculino.¹⁷ Apesar disso, a média de idade levantada foi de +/- 35 anos para as enfermeiras e de +/- 37 anos para os médicos.¹⁹ Outro estudo encontrou alta concentração de profissionais na faixa de 30 a 49 anos.²

O presente estudo denotou que 43,5% dos profissionais contavam com um tempo de formação profissional de até nove anos. Nessa perspectiva, a média de tempo de formação

profissional situou-se em 16 anos. O tempo de formação profissional de até nove anos foi encontrado entre 46% dos médicos e 41% dos enfermeiros. Um estudo revelou que a maioria dos médicos possuíam mais de nove anos de tempo de formação profissional.¹⁸

Um dado interessante a ser sobrelevado aqui se refere ao percentual de 53% dos profissionais com tempo de formação de até 12 anos, e 34%, acima de 19 anos. É um elemento que, de certa forma, desmistifica o fato de o trabalho no SUS ser uma possibilidade apenas para os primeiros anos de carreira, pois a ESF pode ser uma alternativa para o mercado de trabalho, mesmo para médicos com larga trajetória profissional, incluindo aposentados ou aqueles que estão prestes a recorrer à aposentadoria.²

Dados revelaram que 60% dos profissionais possuem tempo de atuação de até seis anos. A média encontrada foi de sete anos, com desvio-padrão de cinco anos, o que corrobora um estudo em que o tempo de atuação foi de cinco anos.¹⁸

O presente estudo demonstrou que em torno de 80% dos profissionais possui especialização, embora não direcionado à ESF. A qualificação dos profissionais de nível superior para a concretização da APS no SUS é um grande desafio para a gestão pública e demanda estratégias no sentido de aprimorar competências técnicas específicas de cada profissão e habilidades do campo da atenção primária para ações coletivas e atuação comunitária.²¹

No estudo em tela, 80,3% dos médicos informaram encaminhar o paciente hipertenso de risco ao especialista, conforme o gráfico em graus variáveis (Gráfico 1). Porém, apenas 45% destes informaram calcular o clearance de creatinina (Tabela 1). A FG é o principal marcador da IRC, estimando a perda de função renal. Desse modo, a avaliação funcional do rim pela TFG serve para rastreio, estagiamento da DRC e identificação de paciente de risco quanto à perda da função, pois quanto menor a TFG apresentada por um paciente, maior é o risco de necessidade de diálise. Nessa esfera, há um estudo que aponta dados de mensuração de TFG realizada por profissionais médicos em pacientes hipertensos de apenas 4,1%¹³.

Esse dado, apesar de não representar o ideal no que se refere às determinações do MS, sugere haver uma preocupação dos profissionais em detectar a DRC no paciente hipertenso que, mesmo assintomático, deve ser avaliado com exames (exame de urina, creatinina sérica, clearance de creatinina e microalbuminúria). Mas de acordo com os graus de disfunção renal determinados pelo clearance de creatinina estimado, o indivíduo deve ter sua TFG calculada pelo menos uma vez ao ano no grau 1, semestralmente no estágio 2, trimestralmente no estágio 4, e ser obrigatoriamente encaminhado no grau 5 de DRC.¹⁵

Cerca de 79,5% dos profissionais encaminharia o paciente ao especialista. Todavia, existe uma controvérsia, pois a maioria, 71,2% dos profissionais, não determinou o clearance de creatinina e, por isso, não teria como precisar os graus de declínio da função renal. Sabe-se que os profissionais da ESF desempenham um papel meritório no diagnóstico da DRC e no encaminhamento ao nefrologista, no entanto, um revelou em seu estudo baixa detecção de DRC nos hipertensos de risco.²²

Nesse estudo, obteve-se que 98,6% dos médicos conheciam a associação entre HAS e DCR, mas apenas 45% calculou o clearance de creatinina, ou seja, determinou os estágios da doença renal. Logo, não seria possível rastrear o hipertenso de risco, diagnosticar e encaminhar ao especialista, indo de encontro às determinações do MS.¹⁵

Entre os médicos, 45% informaram calcular o clearance de creatinina. Destes, 83% referiram encaminhar os pacientes hipertensos de risco ao especialista. Na Inglaterra, a aceitação e compreensão de DRC por parte dos profissionais é incerta e alguns não têm conhecimento sobre como desempenhar ações de gerência dessa condição de forma adequada.²² No Brasil, um estudo evidenciou que o enfrentamento dos profissionais da estratégia em determinar a DRC implicou no momento de encaminhar o paciente sob seus cuidados em nível secundário de atenção à saúde.¹³

Quanto aos enfermeiros, apesar de 53% indicarem o especialista, apenas 15,3% calculou o clearance de creatinina. Seriam ações do enfermeiro a detecção dos grupos de risco e de pacientes com doença instalada, além de conhecer o estadiamento da DRC e intervir junto aos pacientes.¹⁴ Entretanto, esse procedimento não tem sido realizado frequentemente e os pacientes geralmente são encaminhados tardiamente, quando os resultados de exames estão muito alterados e apresentam um risco maior de morbimortalidade.

Dos 80% de médicos que conhecem os estágios da DRC, os dados revelaram que 19% encaminhariam o paciente hipertenso de risco ao especialista no estágio 1, 33% no estágio 2 e 28% no estágio 3 (Gráfico 1). Percebe-se que médicos da ESF que calculam o clearance de creatinina encaminham o hipertenso de risco em estágios iniciais de DRC. Nessa lógica, constatou-se em um estudo que a maioria dos pacientes examinados foram encaminhados ao nefrologista no estágio 3 de DRC.¹²

A pesquisa revelou pelo teste qui-quadrado e exato de Fischer que a pessoa que calcula o clearance tem um forte indício de que conhece os estágios da DRC. Assim, é considerável que o profissional da ESF tenha conhecimento e adote ações práticas no sentido de determinar o clearance de creatinina.

Um estudo realizado na Inglaterra revelou que mesmo naquele país, onde existe trabalho com modalidade de pagamento por desempenho, por exemplo, médicos generalistas teriam como meta reduzir os níveis pressóricos de pacientes hipertensos. Apesar de a DRC ser uma prioridade do ensino, houve preocupação sobre quando encaminhar o paciente para atenção secundária e acerca da necessidade de capacitação profissional.²³

Em relação às ações dos profissionais da ESF, é importante frisar que médicos e enfermeiros se preocuparam com a busca ativa de pacientes, mas necessitam controlar melhor os níveis pressóricos destes, bem como monitorar a função renal e encaminhá-los ao nefrologista. Sublinha-se o acolhimento como um modo de operar os processos de trabalho em saúde e atender a todos que procuram esses serviços, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de apoiar, escutar e dar respostas adequadas aos usuários.²⁴

No presente estudo, os profissionais da ESF anunciaram dificuldades em detectar a DRC. Citaram o excessivo número de famílias acompanhadas por equipe como o principal entrave para o efetivo exercício das atividades. Esse aspecto patenteia cada vez mais a necessidade de as equipes serem completas e com limite máximo considerado de famílias.⁵

Outro óbice relatado refere-se à precariedade do sistema de referência e contrarreferência. São escassos os estudos sobre a referência do paciente para o nefrologista em estágios mais precoces de nefropatia. Um trabalho inferiu a necessidade de mais estudos para avaliar a eficiência dos modelos de referência e contrarreferência operantes no país, com o intuito de racionalizar a oferta e demanda de atendimento de média complexidade em nefrologia.²⁵

Sem embargo, questiona-se a deficiência de informação sobre a DRC pelos profissionais ou mesmo se nos currículos escolares há um direcionamento mais efetivo, capaz de promover e prevenir agravos à população. Sabe-se que existem consensos de fácil acesso aos profissionais e políticas de atenção e cuidado à DCNT e seus agravos. Indaga-se, ainda, se existem entraves para a detecção, o diagnóstico e as intervenções de encaminhamento aos serviços de saúde. Seriam as ações dos profissionais que ainda se mostram tímidas ou as dificuldades a maior barreira para o enfrentamento da DRC?

Dados alarmantes sobre a DRC, mundiais e locais, requerem um esforço conjunto de profissionais da saúde e gestores de saúde pública para implementar protocolos de seguimento a pacientes de risco, como forma de detectar a doença renal ainda no início. Prevenir de maneira eficaz os agravos à população diminui os custos com a saúde. A organização e o preparo das equipes de saúde, por meio de protocolos específicos, de cursos de capacitação e

educação permanente podem oportunizar a efetividade de ações dos profissionais, facilitando o enfrentamento da DRC.

CONCLUSÃO

Os profissionais da ESF em Teresina caracterizam-se por serem, em sua maioria, mulheres, em grande parte jovens, com curso de especialização. Os médicos e enfermeiros da ESF, apesar de conhecerem a associação que existe entre hipertensão e DRC, não determinaram, no geral, o clearance de creatinina. Em geral, quem não estimou o clearance de creatinina apresentou dificuldade em referenciar o paciente ao especialista. Isso posto, questiona-se sobre a capacitação profissional desses indivíduos, pois o incremento das competências se relaciona com a qualidade da atenção.

A detecção de doença renal ainda é um desafio, mesmo com diretrizes já estabelecidas. Apesar do diagnóstico de DRC ser estabelecido de forma simples, o rastreamento da doença parece tímido na ESF de Teresina. As ações dos profissionais de saúde, baseadas na linha de cuidado, devem voltar-se para a prevenção de agravos e doenças. Nesse diapasão, é oportuno identificar, detectar e encaminhar o paciente hipertenso de risco nos estágios iniciais.

A ESF organizada, estruturada e capacitada é um palco de transformação ativa e dinâmica na saúde dos usuários, onde todos que compõem essa rede de atenção podem usufruir dela sem discriminações, de forma integral e universal, como rezam os princípios do SUS.

Futuros estudos podem estar relacionados à elaboração e validação de um protocolo de detecção da DRC em pacientes hipertensos na ESF.

REFERÊNCIAS

1. PESSANHA, R. V.; CUNHA, F. T. S. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 2, p. 233-240, 2009.
2. ESPÍNDOLA, P. S.; LEMOS, C. L. S.; REIS, L. B. M. Perfil do profissional de nível superior na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 367-375, 2012. DOI: 10.5020/18061230.2011.
3. CORDEIRO, H. et al. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Physis** [serial on the Internet], v. 19, n. 3, p. 695-710, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

73312009000300008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300008>. Acesso em: 14 jan. 2014.

4. MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

5. PINTO, H. A. Linhas de cuidado na Bahia: um conceito em viva produção. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 1, p. 22-34, 2009.

6. MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface** [serial on the Internet], Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, Sep. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en>. Acesso em: 14 jan. 2014.

7. DURVASULA, R. V.; HIMMELFARB, J. Chronic renal failure and dialysis. **ACP Medicine**, p. 1-17, 2011.

8. BAILIE, G. R.; UHLIG, K.; LEVEY, A. S. Clinical practice guidelines in nephrology: evaluation, classification and stratification. **Am. J. Kidney Dis.**, v. 39, p.s1-s266, 2002. Suppl. 1.

9. LEVEY, A. S. et al. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report. **Kidney Int.**, v. 80, p. 17-28, 2011.

10. ALMEIDA, M. I. C. et al. Perfil dos pacientes renais crônicos de um hospital público da Bahia. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 2, n. 1, p. 157-168, 2013.

11. SESSO, R. C. C. et al. Diálise Crônica no Brasil – Relatório do Censo Brasileiro de Diálise 2011. **J. Bras. Nefrol.**, v. 34, n. 3, p. 272-277, jul./set. 2012.

12. CRESTANI FILHO, V. J.; RODRIGUES, R. A. C. Progressão da doença renal crônica: experiência ambulatorial em Santarém - Pará. **J. Bras. Nefrol.** [serial on the Internet], v. 35, n. 2, p. 99-106, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002013000200004&lng=en>. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20130017>>. Acesso em: 24 jan. 2014.

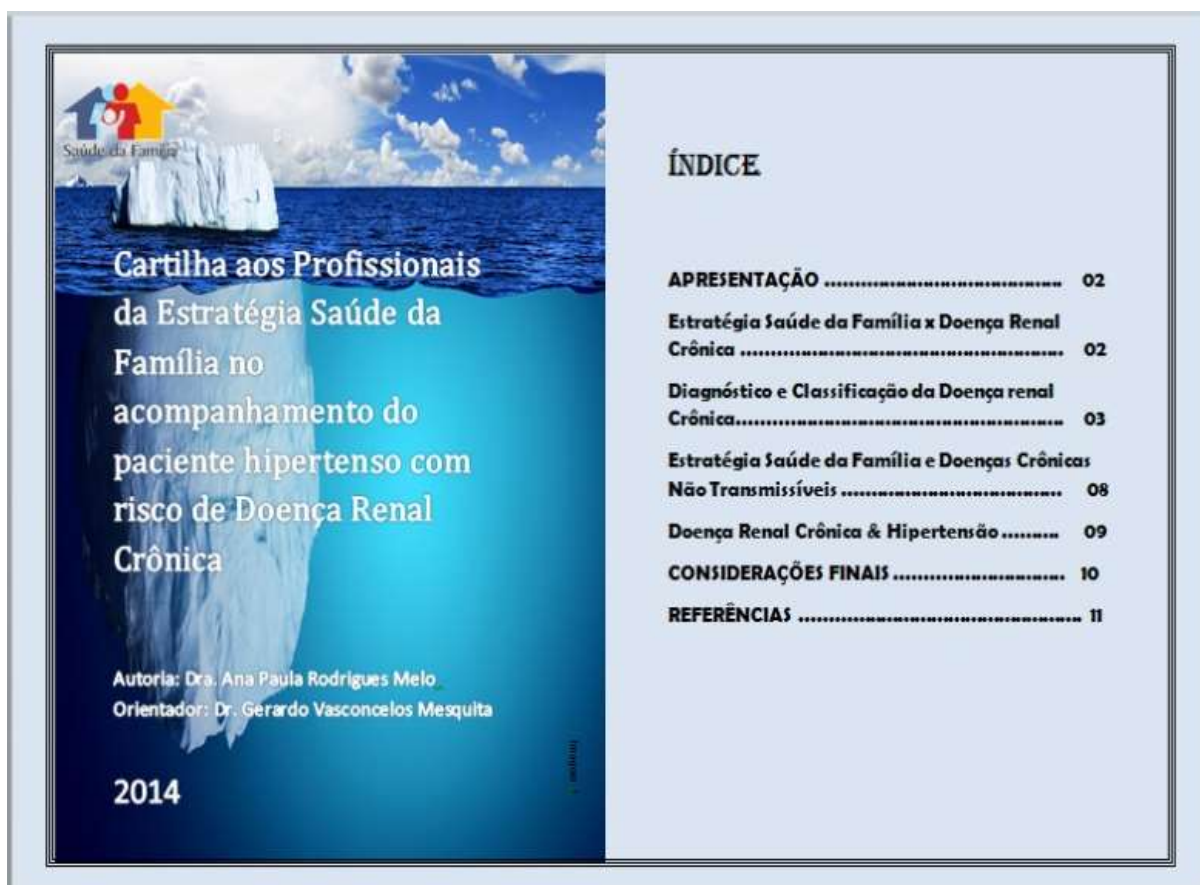
13. PENA, P. F. A. et al. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciênc. saúde coletiva** [serial on the Internet], v. 17, n. 11, p. 3135-3144, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100029>>. Acesso em: 24 jan. 2014.

14. TRAVAGIM, D. S. A.; KUSOMOTA, L. Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. **Rev. UERJ**, 2009.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. 56 p.

16. _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial Sistêmica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. 56 p. 16.
17. _____. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/Conselho Nacional De Saúde**. Brasília (DF): CONASS, 2007. p. 248.
18. FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; Melchior, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 26, n. 2, p. 101-108, 2005.
19. LOPES, E.; BOUSQUAT, A. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia de Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade** [Online], v. 6, n. 19, p. 118-124, 2011.
20. ZANETTI, Tatiele Galli et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 448-455, 2011.
21. MENDONÇA, Maria H. M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Cien. Saúde Colet.**, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.
22. DIAMANTIDIS, C. J. et al. Primary care-specialist collaboration in the care of patients with chronic kidney disease. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v.6, n.2 ,p. 334-343, 2011.
23. CRISON, I. et al. How ready is general practice to improve quality in chronic kidney disease? A diagnostic analysis. **British Journal of General Practice**, v. 60, n. 575, p. 403-409, 2010.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.
25. BAHIENSE, Oliveira M. et al. Referência para o ambulatório de nefrologia: inadequação da demanda para o especialista. **J. Bras. Nefrol.** [serial on the Internet], v. 32, n. 2, p.145-148, Jun. 2010. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000200002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002010000200002>. Acesso em: 24 jan. 2014.

4.2 Produto – Cartilha aos Profissionais da ESF no acompanhamento do paciente hipertenso com risco de DRC



APRESENTAÇÃO

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA X DOENÇA RENAL CRÔNICA



A Doença Renal Crônica (DRC) representa uma doença de caráter epidêmico que preocupa a saúde pública mundial, pois é um agravo à saúde com elevada taxa de morbimortalidade.

Mesmo em países desenvolvidos sua detecção em estágios iniciais ainda sofre falhas, sendo subdiagnosticada e assim subtratada. Surpreendentemente seu diagnóstico precoce se opõe a estágios tardios, pois exames simples e baratos, como: uréia, creatinina e sumário de urina, podem ser utilizados para seu rastreamento tendo em vista a diálise um tratamento de alto custo e elevada complexidade, sendo obrigatório utilizar serviço terciário de atenção à saúde (Figura 1).

Imagem 1: <http://malashivier.com/blog/2013/01/getting-to-the-bottom-of-the-iceberg-pain-why/>
 Gráfico 1: <http://t.bp.blogspot.com/-ddpyK5Bf0ia/TSa1e0QCLNI/AAAAAAAAASs/oVXYtm9T0U/s1600/im-com-exeto.jp.g>

Figura 1: Etapas do nível de atendimento do rastreamento da Doença Renal Crônica.



Fonte: MELO, A. P. 2014

DIAGNÓSTICO & CLASSIFICAÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Segundo Durvasula e Himmelfarb (2011) DRC é uma síndrome clínica decorrente de uma lesão renal que progride no decorrer de vários meses a anos de forma irreversível sendo definida por redução da TFG, isto é, quando menor que 60 ml/min/1,73m², por três meses ou mais, com ou

sem lesão renal (proteinúria). A DRC apresenta cinco estágios de acordo com a TFG onde permite detectar, avaliar e tratar a doença. Vide Figura 2.

Figura 2. Extratificação e progressão da Doença Renal Crônica determinada pela Taxa de Filtração Glomerular.



Existem fórmulas preditivas para seu cálculo, pois uréia e creatinina isoladas não são bons parâmetros para determinar a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) (Fórmula 1 e 2).

Importante informar que através deste cálculo pode graduar a doença renal em estágios.

Fórmula 1: Equação de Cockcroft-Gault:

$$Cl_{Cr} = \frac{(140 - idade) \times peso \times 0,85 \text{ (se mulher)}}{72 \times Cr \text{ sérica}}$$

Fórmula 2: Modificação da dieta na doença renal (MDRD)

$$FG^* = 186 \times creatinina \text{ sérica}^{-1,154} \times idade^{-0,203} \times 0,742 \text{ (se mulher)} \times 1,212 \text{ (se afro-americano)}$$

*RFG - Rítmo de filtração glomerular
 *Cl Cr - Clearance de creatinina

Independentemente da causa que deve ser esdarecida, a DRC é classificada pelo KDOQI (2002), em estágios que variam de 1 a 5, com base no nível da TFG e/ou lesão renal (Quadro 1). Estabelecer o diagnóstico de DRC, requer pelo menos 2 medidas da TFG, sejam reais ou estimadas, realizadas com um intervalo mínimo

Quadro 1. Estagiamento da doença renal crônica proposto pelo KDOQI*

Estágio da DRC**	Impacto na FG***	Filtração Glomerular	Proteinúria
Estágio 1	Nenhum	90mL/min/1,73m ²	Presente
Estágio 2	Leve	89-60mL/min/1,73m ²	Presente
Estágio 3	Moderada	59-45mL/min/1,73m ²	Presente ou Ausente
A/ 3B		44-30mL/min/1,73m ²	Ausente
Estágio 4	Grave	15-29mL/min/1,73m ²	Presente ou Ausente
Estágio 5	Falência funcional	15mL/min/1,73m ²	Presente ou Ausente

Fonte: Adaptado BRASIL, 2006a; BASTOS e KISZTAJN, 2011.
Legenda: KDOQI*: Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

de 3 meses. Os estágios mais iniciais da DRC, com uma TFG > 60 mL/min/m², são tipicamente silenciosos, do ponto de vista clínico (DURVASULA; HIMMELFARB, 2011).

Brasil (2006a) recomenda avaliar a progressão da doença renal através do dearence de creatinina, pelo menos uma vez ao ano, nos pacientes de risco no estágio 0 e 1 e semestralmente no estágio 2; pacientes no estágio 3, a avaliação é trimestral e aqueles que estejam nos estágios 4 e 5, que apresentem risco maior de deterioração da função renal, devem obrigatoriamente ser encaminhados ao nefrologista.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

O vínculo e a responsabilização dos profissionais de saúde pela população de um determinado local reestrutura a Atenção Básica e democratiza a saúde. Os profissionais médicos e enfermeiros estabelecem o primeiro contato com o usuário devendo abordar o indivíduo de forma integral acolhendo-o. Assim ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência se tornam um cuidado essencial para efetivação da Estratégia Saúde da Família (ESF) (MENDES, 2011).

Pensando em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) o Ministério da Saúde lança em 2006 Cadernos de Atenção Básica nº 14 e nº 15 adotando deste modo estratégias e ações contidas nestes protocolos visando ações

primárias e secundárias contra doenças como hipertensão com suas complicações e DRC (BRASIL, 2006b).

DOENÇA RENAL CRÔNICA & HIPERTENSÃO

A hipertensão arterial se configura como doença de elevada mortalidade caracterizando-se por níveis tensionais persistentemente elevados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Sua progressão determina um quadro grave de lesão renal comprometendo o rim. Este marcador de lesão renal é a proteinúria (BASTOS; KISZTAJN, 2011). O controle inadequado da hipertensão é o maior fator de risco para Doença Renal Crônica.

Então não basta apenas disponibilizar estes protocolos. A ESF na figura de seus profissionais

pode elaborar estratégias de rastreamento, detecção da DRC em pacientes hipertensos e ou outras DCNT.

A capacitação surge como necessidade de concretizar estas medidas. Tendo em vista facilitar o trabalho dos profissionais da ESF, esta cartilha objetiva facilitar o uso de fórmulas preditivas buscando favorecer a detecção da DRC no paciente hipertenso, no nível primário de atenção e uniformizar condutas. Deste modo pode ser possível o enfrentamento da DRC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto é possível que os Profissionais da Estratégia Saúde da Família que acompanham os pacientes hipertensos sejam capazes de detectar, rastrear, notificar e tratar o paciente com risco de Doença Renal Crônica nos

vários níveis de Atenção Básica. É importante a sensibilização da gestão e dos profissionais na detecção da doença renal. A educação permanente dos profissionais bem como a capacitação se tornam pilares de relevante ação no enfrentamento da DRC.

REFERÊNCIAS

BASTOS, M. G., KIRSZTAJN G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para a melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol*, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 56 p. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 56 p. 2006b.

DURVASULA R.V., HIMMELFARB J. Chronic renal failure and dialysis. *ACP Medicine*. v.1, n. 17, 2011.

KDOQI. clinical practice guidelines for Chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am. J. Kidney Dis.* v. 39, suppl. 1, p.s1-s266, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2ª Edição. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, v. 95, s. 1, p. 1-51, 2010.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da ESF em Teresina caracterizam-se por serem mulheres, a maioria jovem, casadas, com curso de especialização e outro vínculo empregatício. A maior parte de médicos e enfermeiros da ESF, apesar de conhecerem a associação que existe entre hipertensão e DRC, não determinaram o clearance de creatinina.

O profissional que não estimou o clearance de creatinina apresentou dificuldade em referenciar o paciente ao especialista. Médicos referiram encaminhar o paciente hipertenso de risco ao nefrologista em graus da doença variáveis. As ações dos profissionais, embora haja diretrizes de fácil acesso, mostram-se tímidas na detecção da doença renal.

Dificuldades foram relatadas pelos profissionais para detectar e diagnosticar o paciente hipertenso com risco de dano renal. Por isso, houve necessidade de curso de capacitação e melhor organização do excesso de contingente. A qualificação profissional relaciona-se com maior cuidado e atenção à saúde, daí porque a educação permanente dos profissionais é um dos pilares na construção de uma atenção básica fortalecida.

A detecção da doença renal ainda é um desafio, mesmo com diretrizes já estabelecidas. Seu rastreamento com base nas ações dos profissionais de saúde na linha do cuidado deve-se voltar para a prevenção de agravos e doenças. Mesmo com dificuldades, é possível a detecção do dano renal no paciente hipertenso na atenção básica.

A ESF organizada, estruturada e capacitada é um palco de transformação ativa e dinâmica, onde todos que compõem essa rede de atenção podem usufruir dela sem discriminações, de forma integral e universal, como regem os princípios do SUS.

Futuros estudos podem estar relacionados à elaboração e validação de um protocolo de detecção da DRC em pacientes hipertensos na ESF.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. I. C. et al. Perfil dos pacientes renais crônicos de um hospital público da Bahia. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Bahia, v. 2, n. 1, p. 157-168, 2013.

ARAÚJO, A. M. et al. Identifying risk factors for chronic renal insufficiency in the group friends of the heart. **Journal of Nursing**, UFPE, v. 6, n. 3, p. 578-586, 2012.

ARROYO, R. A.; ALBALATE, M. Nuevas fórmulas para estimar el filtrado glomerular: hacia una mayor precisión en el diagnóstico de la enfermedad renal crónica. **Nefrologia (Madr.)**, Madrid, v. 30, n. 2, 2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021169952010000200001&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 2 jan. 2014.

BAHIENSE-OLIVEIRA, M. et al. Referência para o ambulatório de nefrologia: inadequação da demanda para o especialista. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 32, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 jan. 2014.

BASTOS, R. M. R.; BASTOS, M. G. Inserção do programa de saúde da família na prevenção da doença renal crônica. **J. Bras. Nefrol.**, v. XXIX, n. 1, p. 32-34, mar. 2007. Supl. 1.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 20, p. 248-53, 2010.

_____.; ANDRIOLO, A.; _____. Dia Mundial do Rim 2011 albuminúria e creatinina: testes simples, baratos e essenciais no curso da DRC. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 33, n. 1, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2014.

_____. KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para a melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J Bras Nefrol**, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2004a.

_____. Portaria nº 1168/GM, de 15 de junho, de 2004. **Política Nacional de Atenção Portador de Doenças Renais. Cadernos de Atenção Especializada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2006b. 56 p.

_____. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional De Saúde.** Brasília: CONASS, 2007. p. 248.

_____. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: MS, 2011.

_____. **Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011.** Dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável), 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética e Pesquisa (CONEP). **Resolução nº 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, DF, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. il. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 28.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **RAP (rev de administração pública)**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, mar/abr. 2008.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1881-1892, set. 2006.

CORDEIRO, H. et al. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família da região norte do Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 695-710, 2009.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Minas Gerais, v. 8, n. 27, p. 90-96, 2013.

COTTA, R. M. M. et al. Perfil socio sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira. MG. **Ciências & Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, 2009.

COUTINHO, N. P. S.; TAVARES, M. C. H. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a  tica do usuário. **Cad. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 232-239, 2011.

CRESTANI FILHO, V. J.; RODRIGUES, R. A. C. Progressão da doença renal cr nica: experiência ambulatorial em Santarém - Pará. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 35, n. 2, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002013000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2014.

CRISON, I. et al. How ready is general practice to improve quality in cronic kidney disease? A diagnostic analysis. **Bristish Journal of General Practice**, v. 60, n. 575, p. 403-409, jun. 2010.

CUETO-MANZANO, A. M.; CORTÉS-SANABRIA, L.; MARTINEZ-RAMIREZ, H. R. **Role of the primary care physician in diagnosis and treatment of early renal damage.** Ethn Dis. v. 19, n. 1, s. 1, p. 68-72, 2009.

D'OLIVEIRA, C. H. et al. Caracter sticass clínicas e laboratoriais associadas   nefroangioesclerose hipertensiva confirmada por bi psia renal. **J Bras Nefrol.** v. 33, n. 3, jul./ago./set. 2011.

DIAMANTIDIS, C. J. et al. Primary care-specialist collaboration in the care of pacientes with chronic kidney disease. **Clin J Am Soc Nephrol**, v. 6, n. 2, p. 334-343, feb. 2011.

DURVASULA R.V.; HIMMELFARB J. Chronic renal failure and dialysis. **ACP Medicine**, v.1, n. 17, 2011.

ESPÍNDOLA, P. S.; LEMOS, C. L. S.; REIS, L. B. M. Perfil profissional de nível superior na Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Promo  Saúde.**, v. 24, n. 4, p. 367-375, out./dez. 2011.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros em Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 26, n. 2, p. 101-108, jul./dez. 2005.

FERRAZ, F. H. R. P.; MARTINS FILHO, E.; SILVA, R. C. et al. Epidemiologia da Doença Renal Cr nica Terminal no Distrito Federal: experiência do Hospital Regional Asa Norte. **Brasília Med**, v. 47, n. 4, p. 434-438, 2010.

FIGUEIREDO, A. M.; SOUZA, S. R. G. **Como projetos, monografias e teses:** da redação científica   apresentação do texto final. 4. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. p. 103-104.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Portaria FMS n  1294 DE 02/10/2012.** Institui o Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde e Ambulatórios do Município de Teresina – Fundação Municipal de Saúde e dá outras providências, 2012.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro.** Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática como o conceito de acesso aos serviços de saúde: contribuição de planejamento. **Cienc e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010.

KDOQI. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **Am. J. Kidney Dis.**, v. 39, p.s1-s266, 2002. Suppl. 1.

KIRSZTAJN, G. M. Avaliação do ritmo de filtração glomerular. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, Aug. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167624442007000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2014.

_____. Avaliação de Função Renal. **J Bras Nefrol**, v. 31, p. 14-20, 2009. Supl 1.

KIRSZTAJN, G. M.; BASTOS, M. B. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J Bras Nefrol**, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.

_____. Proposta de Padronização de um Programa de Rastreamento da Doença Renal Crônica. **J Bras Nefrol**, v. XXIX, n. 1, s. 1, mar. 2007.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LEVEY, A. S. et al. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report. **Kidney Int.**, v. 80, p. 17-28, 2011.

LOPES, E. Z.; BOUSQUAT, A. E. M. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 19, p.118-124, abr./jun. 2011.

LOUVISION, M. C. P. et al. Prevalência de pacientes em terapia renal substitutiva no Estado de São Paulo. **Bepa**, São Paulo, v. 8, n. 95, nov. 2011.

LUCIANO, E. P. et al. Estudo prospectivo de 2151 pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador com abordagem multidisciplinar no Vale do Paraíba, SP. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 34, n. 3, Sept. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002012000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2014.

MAGACHO, E. J. C. et al. Tradução, adaptação cultural e validação do questionário Rastreamento da Doença Renal Oculta (Screening For Occult Renal Disease - SCORED) para o português brasileiro. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 34, n. 3, Sep. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-280020120003000006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2014.

MAGACHO, E. J. C. et al. Adherence to drug therapy in kidney disease. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 44, n. 3, p. 258-262, 2011.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface comun. saúde educ.**, v. 14, n. 34, p. 593-606, jul./set. 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MASCARENHAS, C. H. M. M. et al. Insuficiência renal crônica: caracterização sociodemográfica e de saúde de pacientes em tratamento hemodialítico no município de Jequié/Ba. **Revista espaço para saúde**, Bahia, v. 12, n. 1, p. 30-37, dez. 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDONÇA, M. H. M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciências & Saúde coletiva**, v.15, n. 5, p. 235-265, 2010.

MICHELI, T.; BITARELLO, D. A. O enfermeiro, na atenção básica, ao lidar com hipertensão como fator de risco para insuficiência renal crônica. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, v. 8, n. 3, p. 329-337, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MORAES, C. E. et al. Preditores de insuficiência renal crônica em pacientes de centro de referência em hipertensão arterial. **Rev Assoc Med Bras**. v. 55, n. 3, p. 257-62, 2011.

MUNTNER, P. et al. Hypertension awareness, treatment, and control in adults with CKD: results from the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) Study. **Am J Kidney Dis.**, v. 55, n. 3, p. 441-451, mar. 2010.

MURPHREE, D. D.; THELEN, S. M. Chronic Kidney Disease in Primary Care. **JABFM**, v. 23, n. 4, jul./ago. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

PENA, P. F. A. et al. Cuidado ao paciente com doença renal crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3135-3144, 2012.

PEREIRA, Â. C. et al. Associação entre fatores de risco clínicos e laboratoriais e progressão da doença renal crônica pré-dialítica. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 34, n.

1, mar. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002012000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar. 2014.

PESSANHA, R. V.; CUNHA, F. T. S. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 233-240, abr./jun. 2009.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2014.

PINTO, H. A. Linhas de cuidado na Bahia: um conceito em viva produção. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 33, n. 1, 2009.

RIBEIRO, A. G. et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 25, n. 2, Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar. 2014.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A Promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 7-17, 2012.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46-52, jan./mar. 2007.

ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery.**, v. 15, n. 4, p. 701-709, out./dez. 2011.

ROSA, E. C.; KOLMANN JÚNIOR, O. Estratégia anti-hipertensiva na progressão de doença renal crônica. In: CRUZ, J. et al. **Atualidades em Nefrologia**, São Paulo: Sarvier, v. 11, p. 577-87, 2010.

SALGADO, J. V. et al. Monitoring renal function: measured and estimated glomerular filtration rates - a review. **Braz J Med Biol Res.**, v. 43, n. 6, 2010.

SANTOS, E. M. et al. Valor da equação Cockcroft-Gault na triagem de função renal reduzida em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **J. Bras. Nefrol**, São Paulo, v. 33, n. 3, sep. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2014.

SANTOS, F. R. S. et al. Satisfação do paciente com atendimento interdisciplinar num ambulatório de prevenção da Doença Renal Crônica. **J Bras Nefrol.**, v. 30, n. 2, p.151-6, 2008.

SCHMIDT, M. I. D. B. B. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet.**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SESSO, R. C. C. et al. Diálise Crônica no Brasil – Relatório do Censo Brasileiro de Diálise 2011. **J. Bras. Nefrol.**, v. 34, n. 3, p. 272-277, jul./set. 2012.

SHAIKH, G. M. et al. Validation of Modified Estimated Glomerular Filtration rate in chronic kidney disease patients. **Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan**, v. 23, n. 11, p. 793-797, 2013.

SIVIERO, P.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. **Doença renal crônica**: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira. Universidade Federal de Minas Gerais: Cedeplar, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.**, v. 95, s. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **J Bras Nefrol**, v. 32, s. 1, set. 2010.

SODRE, F. L.; COSTA, J. C. B.; LIMA, J. C. C. Avaliação da função e da lesão renal: um desafio laboratorial. **J Bras Patol Med Lab.**, Rio de Janeiro, v. 43 n. 5, p. 329-337, out. 2007.

TERESINA. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: **Wikimedia Foundation**, 2014. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Teresina&oldid=39220537>>. Acesso em: 23 mar. 2014.

TRAVAGIM, D. S. A.; KUSOMOTA. Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. **Rev. UERJ**, 2009.

US RENAL DATA SYSTEM. **USRDS 2013 Annual Data Report**: atlas of chronic kidney disease and end-stage renal disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases: Bethesda, MD, 2013.

VIANA, H. R. et al. Inflamação na doença renal crônica: papel das citocinas. **J Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 33, n. 3, set. 2011.

ZANETTI, T. G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 448-455, 2011. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v9i3.7664.

ZAVATINI, M. A.; OBRELI-NETO, P. R.; CUMAN, R. K. N. Estratégia Saúde da Família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário Semiestruturado

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Título da pesquisa: Ações de profissionais da Estratégia Saúde da Família na detecção de Doença Renal Crônica em pacientes hipertensos

ENTREVISTADOR: _____ DATA ____/____/____

CARACTERÍSTICA DO SUJEITO: _____

COD. DE IDENTIFICAÇÃO: _____

ESTADO CIVIL: Solteiro (a) (☐) Casado (a) (☐) Divorciado (a) (☐) Outro: _____

IDADE: _____ SEXO: Feminino (☐) Masculino (☐)

ETNIA: Branco (☐) Pardo (☐) Negro Outro: _____

PROFISSÃO: _____

TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL: _____

TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESF: _____

PÓS-GRADUAÇÃO: Especialização (☐) Mestrado (☐) Doutorado (☐)

Outro: _____

POSSUI OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO: Sim (☐) Não (☐)

QUESTIONÁRIO

1- Você sabe da correlação entre hipertensão arterial e doença renal? Sim (☐) Não (☐)

2- Você calcula o clearance de creatinina? Sim (☐) Não (☐)

3- Você conhece os estágios da doença renal? Sim (☐) Não (☐)

4- Na estratificação da doença renal com 5 estágios, você encaminha o paciente ao nefrologista? Sim (☐) Não (☐). Se sim, em qual estágio: 1 (☐), 2 (☐), 3 (☐), 4 (☐) e 5 (☐).

5- Você encaminha o doente renal precocemente ao nefrologista? Sim (☐) Não (☐). Com que frequência? Sempre (☐) Difícilmente (☐) Às vezes (☐) Nunca (☐).

6- Com o retorno do paciente à ESF, você consegue realizar o seguimento?

Sim (☐) Não (☐)

QUESTÃO DE PARTIDA

1 - Você acha possível diagnosticar e realizar o seguimento da doença renal em pacientes hipertensos da Estratégia Saúde da Família? (Citar cinco ações que identificam a facilidade ou dificuldade na detecção da Doença Renal Crônica).

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar voluntariamente da pesquisa intitulada **Ações de Profissionais da Estratégia Saúde da Família na Detecção de Doença Renal Crônica em Pacientes Hipertensos**, que tem como objetivo avaliar (por meio de entrevista semiestruturada) a qualidade do atendimento da equipe e a atuação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), médico e enfermeiro, na detecção da falência/insuficiência renal em pacientes, e investigar a disponibilidade de apoio diagnóstico para a monitorização da função renal.

Após ser **esclarecido(a)** sobre as informações a seguir, no caso de concordar em participar dessa pesquisa como sujeito, assine esse documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. **Você poderá recusar-se a participar de imediato e a qualquer tempo da pesquisa, sem que haja qualquer penalidade.** O respeito devido à **dignidade humana** exige que toda pesquisa se processe após **consentimento livre e esclarecido dos sujeitos**, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (Res. 466 do CNS).

Para melhor esclarecimento, de acordo com a Resolução 466/12, do CNS, é vedada ao responsável e ao participante pesquisado, individual ou coletivamente, **de caráter voluntário, qualquer forma de remuneração.** Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pela pesquisa sobre qualquer dúvida que tiver.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:

Projeto de Pesquisa intitulado: **Ações de Profissionais da Estratégia Saúde da Família na Detecção de Doença Renal Crônica em Pacientes Hipertensos**

Pesquisador Responsável: Ana Paula Rodrigues Melo

Pesquisador participante: Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar voluntariamente da pesquisa supracitada, que tem como objetivo investigar as ações dos profissionais de saúde da ESF na detecção da falência/insuficiência renal em pacientes hipertensos das Unidades Básicas de

Saúde, que será realizada no período novembro de 2013 a junho de 2014. Os dados serão obtidos por meio de um formulário semiestruturado aplicado junto a profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), os quais, obrigatoriamente, são vinculados à Fundação Municipal de Saúde, com um tempo mínimo de um ano de atuação na Estratégia Saúde da Família, pois o vínculo na área contribui para o compromisso e envolvimento na linha do cuidado.

Se concordar em participar dessa pesquisa você responderá a um formulário que informará seu perfil sociodemográfico e profissional, bem como o tempo de formação e atuação na área, e seu conhecimento e envolvimento sobre o cuidado com o paciente hipertenso com risco renal.

Os riscos previstos serão mínimos, uma vez que a entrevista poderá lhe causar desconforto ou constrangimento, ou pelo fato de você ser identificado como participante. Mas serão adotadas todas as precauções necessárias para manter a confidencialidade das informações prestadas, quais sejam: a entrevista deverá ser realizada em local reservado, com a presença apenas do(a) participante e do (a) pesquisador(a), em horário de sua conveniência; e no instrumento de coleta de dados, sua identificação será feita por codinome, a fim de garantir seu anonimato.

O benefício direto dessa pesquisa será a disponibilização aos participantes de orientações de condutas na forma de cartilha ou roteiro – concernentes ao tratar do doente renal crônico –, embasando uma proposta de cuidado e atenção mais diferenciada a esses pacientes pela ESF. No final, será elaborada uma cartilha com orientações à equipe, aos profissionais da estratégia – médicos e enfermeiros – que cuidam do paciente renal na ESF, com o intuito de promover o seguimento, o cuidado da equipe que presta assistência primária ao doente renal.

A pesquisa tem como pesquisador responsável a Profa. Ana Paula Rodrigues Melo e como pesquisadores participantes, o Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita, Rayra Pureza Teixeira Barbosa, Larissa Teixeira Pinheiro, Ricardo Régis Leal Moura e Raiana Karyne de Sousa Silva, cujas formas de contato são, respectivamente: (86) 9982-2483, (86) 9981-1297, 9945-1526, 9921-0820, 9996-4317 e 9963-7327; anaprmelo2510@gmail.com, gvmesquita@uol.com, rayra_pureza@hotmail.com, larrissa.t.p@hotmail.com, ricardo-regis@hotmail.com e raiana.de.sousa@hotmail.com.

Foi elaborada em harmonia com as recomendações éticas da Resolução CNS 466/2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Em caso de dúvidas, o(a) Senhor(a) poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias, antes de concordar em

participar desse estudo, aos pesquisadores e ao CEP/UNINOVAFAPI, por meio do telefone: 2106-0738 e e-mail ao endereço cep@uninovafapi.edu.br, vinculado ao sistema CEP/CONEP.

Não haverá qualquer forma de pagamento ou gratificação financeira pela participação no estudo, e caso o(a) senhor(a) se recuse a participar da pesquisa, sua vontade será respeitada, sem qualquer penalização ou prejuízo. A participação do sujeito da pesquisa ocorrerá em um único momento, no dia da coleta de dados, por meio da resposta à entrevista disponível no formulário. Contudo, o(a) senhor(a) terá acesso a qualquer momento antes, durante e após a realização de coleta de dados, por meio do pesquisador responsável e participante na pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas, inclusive por ligações a cobrar, conforme contatos apresentados.

Após considerar-se esclarecido(a) sobre as informações acima, no caso de concordar em participar da pesquisa, assine esse documento, que estará em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Os pesquisadores comprometem-se, por meio desse termo, a respeitar os seguintes princípios éticos: não divulgar o nome das pessoas que participarem desse estudo, seja no seu decorrer ou no seu encerramento; não fornecer, em hipótese alguma, cópia de informações obtidas a pessoas estranhas, além do grupo de pesquisa; permanecer acessíveis em qualquer etapa da pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou desistência do consentimento.

Rayra Pureza Teixeira Barbosa (CPF: 671663933-00)

Larissa Teixeira Pinheiro (CPF: 037805963-77)

Ricardo Régis Leal Moura (CPF: 041093673-10)

Raiana Karyne de Sousa Silva (CPF: 025743043-14)

Gerardo Vasconcelos Mesquita (CPF: 287191903-87)

Ana Paula Rodrigues Melo (CPF: 743261633-72)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG (CPF/médica(a) ou enfermeiro(a) / nº de matrícula FMS) _____, abaixo assinado, _____ concordo em autorizar minha inclusão como participante da pesquisa no projeto de pesquisa intitulada **Ações de Profissionais da Estratégia Saúde da Família na Detecção de Doença Renal Crônica em Pacientes Hipertensos**, que tem como pesquisador principal Ana Paula Rodrigues Melo. Declaro que tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, sobre objetivos, procedimentos e benefícios da pesquisa, ausência de desconfortos, garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, em conformidade com o estabelecido na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Declaro, ainda, que fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) _____ sobre a pesquisa e sobre a minha decisão em participar do estudo como sujeito de pesquisa, e sobre a possibilidade de a qualquer momento (antes ou durante a mesma) recusar-me a continuar participando da pesquisa em referência, sem penalidades e/ou prejuízos, retirando o meu consentimento. Ficaram claros para mim quais são os objetivos, as justificativas e os procedimentos a serem realizados na pesquisa, a possibilidade de riscos e desconfortos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, que minha participação é isenta de despesas, que não implicará riscos, dor ou dano, e que tenho garantia de acesso à pesquisa a qualquer tempo. Em caso de dúvida, sou ciente de que posso procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Concordo em autorizar a minha participação **voluntária** nessa pesquisa.

Eu, _____ obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa.

_____, ____ de ____ 20____

Assinatura do pesquisado

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador participante

Assinatura do pesquisador participante

Assinatura do pesquisador participante

Assinatura do pesquisador participante

Assinatura do pesquisador participante

Assinatura do pesquisador participante

Observações Complementares: em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da NOVAFAPI, localizado na Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Bairro Uruguai, CEP: 64057-100, telefone: 2106 – 0726, ou pelo e-mail cep@uninovafapi.edu.br

ANEXOS

ANEXO A – Memorando de Apresentação da Pesquisadora



Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS
Diretoria de Vigilância em Saúde

MEMO CIRC.DVS/Nº0039/2013

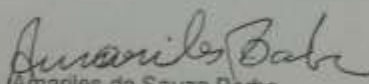
Teresina, 28 de agosto de 2013.

Da: Diretoria de Vigilância em Saúde.
Para: DRS: Centro/Norte, Leste/Sudeste e Sul.

Apresentamos **Ana Paula Rodrigues Melo**, que realizará trabalho de pesquisa intitulado **"ATUAÇÃO PROFISSIONAL DA EQUIPE ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA"**.

Na conclusão do trabalho, deverá ser encaminhada uma cópia do relatório final à Presidência da FMS.

Atenciosamente,


Amariles de Souza Borba
Diretora de Vigilância em Saúde

ANEXO B – Carta de Encaminhamento de Projeto de Pesquisa

Carta de Encaminhamento de Projeto de Pesquisa

Teresina, 17 de agosto de 2013

Ilmo(a) Sr(a). **Francisca Tereza Coelho Matos**
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI

Cara Professora,

Envio-lhe o projeto de pesquisa intitulado "ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA", acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de Folha de Encaminhamento de Projeto de Pesquisa ao CEP, para a apreciação por esse Comitê.

Confirmo que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo normativo da Resolução 466/2012 do CNS, e de que as normas ali constantes devem ser cumpridas incondicionalmente.

Confirmo também:

- 1- Que esta pesquisa ainda não foi iniciada;
- 2- Que não há participação estrangeira nesta pesquisa;
- 3- Que comunicarei ao CEP-UNINOVAFAPI os eventos adversos ocorridos com o sujeito de pesquisa;
- 4- Que apresentarei relatório anual e final desta pesquisa ao CEP-UNINOVAFAPI;
- 5- Que retirarei por minha própria conta os pareceres e o certificado junto à secretaria do CEP-UNINOVAFAPI.

Atenciosamente,

Pesquisador Responsável

Nome: Ana Paula Rodrigues Melo

CPF: 74326163372

Instituição: UNINOVAFAPI

Área: Saúde da Família

Coordenação: Mestrado Profissional em Saúde da Família

Ana Paula Rodrigues Melo
Assinatura

ANEXO C – Declaração da Pesquisadora

Declaração dos Pesquisadores

Teresina 12/08/2013

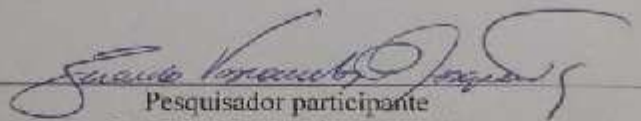
Ao Comitê de Ética em Pesquisa da NOVAFAP (CEP-NOVAFAP)

Eu, Ana Paula Rodrigues Melo, pesquisadora responsável, e Gerardo Vasconcelos Mesquita pesquisador participante da pesquisa intitulada, "ATUAÇÃO DA EQUIPE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA", declaramos que:

- Assumimos o compromisso de cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, do CNS.
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de Gerardo Vasconcelos Mesquita, do Centro Universitário UNINOVAFAP, que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- O CEP-UNINOVAFAP será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório circunstanciado apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP-UNINOVAFAP será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o sujeito de pesquisa;
- Esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.



Pesquisadora responsável
Ana Paula Rodrigues Melo
CPF: 743.261.633-72



Pesquisador participante
Gerardo Vasconcelos Mesquita
CPF: 287.191.903-87

ANEXO D – Solicitação de Autorização para Pesquisa

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Teresina, 10 de Agosto de 2013.

Comissão de Ética da Fundação Municipal de Saúde.

Eu, Ana Paula Rodrigues Melo, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro Universitário UNINOVAFAPI, sob as orientações do Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita, venho solicitar autorização, para realizar coleta de dados, por meio de entrevista aos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família das unidades básicas de saúde, zona urbana e rural, das três zonas - norte, sul e sudeste- desse município. O trabalho de pesquisa é intitulado: **"ATUAÇÃO DA EQUIPE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA DETECÇÃO PRECOCE DA DOENÇA RENAL CRÔNICA"** e tem como objetivos: avaliar (através de entrevista semiestruturada) a qualidade do atendimento da equipe e a atuação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família - ESF (médico e enfermeiro) - na detecção precoce da falência/insuficiência renal em pacientes e investigar a disponibilidade de apoio diagnóstico para monitorização da função renal; e elaborar um protocolo de orientações à equipe, aos profissionais da estratégia- médicos e enfermeiros- que cuidam do paciente renal na Estratégia Saúde da Família com intuito de promover o seguimento, o cuidado da equipe que presta assistência primária doente renal.

Informo que após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNINOVAFAPI e da Plataforma Brasil, a coleta de dados será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Secretaria. Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

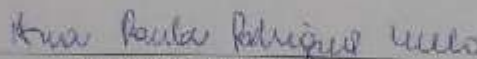
Contato do pesquisador responsável: anaprmelo2510@gmail.com

Telefone: 9982-2482

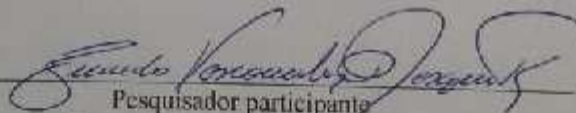
Contato do orientador: gmesquita@uninovafapi.edu.br

Telefone: 9981- 1297

Atenciosamente,



Pesquisadora responsável
Centro Universitário Uninovafapi
Ana Paula Rodrigues Melo
CPF: 743.261.633-72



Pesquisador participante
Centro Universitário Uninovafapi
Gerardo Vasconcelos Mesquita
CPF: 287.191.903-87

ANEXO E - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI

**FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO PROFISSIONAL DA EQUIPE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Pesquisador: ANA PAULA RODRIGUES MELO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20760613.6.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 449.478

Data da Relatoria: 28/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo sobre a atuação profissional da estratégia saúde da família na prevenção de doença renal crônica- DRC. O estudo se justifica pois a DRC caracteriza-se pela lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins e órgãos responsáveis por funções regulatórias, excretórias e endócrinas. A definição de

DRC proposta pelo KDOQI da National Kidney Foundation (NKF) americana e adotada pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) tem por base a filtração glomerular que também permite estadia da doença em cinco estágios e desta forma detectar, avaliar e tratar a doença. Com esta nova definição evidenciou-se que DRC é mais frequente do que se considerava. Estima-se no Brasil 120000 pacientes em tratamento dialítico e com transplante renal (BASTOS, 2010) e, desta forma o custo elevado para manter pacientes em terapia renal substitutiva (TRS) tem sido motivo de preocupação. É no atendimento e manejo da população de risco que a equipe se torna co-responsável pelo controle e acompanhamento desses doentes e os baixos níveis de controle da pressão arterial tem relação direta com pouca adesão ao tratamento e evolução desfavorável. O diagnóstico precoce e o encaminhamento para o nefrologista são etapas essenciais no manejo dos pacientes hipertensos sendo assim é essencial que a equipe de saúde da família médicos e enfermeiros reconheçam os

Thiennos Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 449/478

pacientes e/ou grupos de risco para DRC.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Descrever e analisar a qualidade do atendimento da equipe e a atuação dos profissionais de saúde da ESF (médico e enfermeiro), na detecção precoce da falência/insuficiência renal nos pacientes investigando a disponibilidade de apoio diagnóstico para a monitorização da função renal;

Específicos:

Caracterizar as variáveis sócio-demográfica e abordar os conhecimentos sobre a determinação da Doença Renal Crônica em pacientes hipertensos nas respectivas zonas; Discutir o modelo de atendimento descrito sob as recomendações definidas nas políticas públicas de atenção à saúde pública; Verificar e identificar como se há a assistência realizada e as ações de educação desenvolvidas junto a este grupo, observando a frequência, métodos e recursos utilizados; Elaborar um protocolo de orientações à equipe, aos profissionais da estratégia - médicos e enfermeiros - que cuidam do paciente renal na Estratégia Saúde da Família com intuito de promover o seguimento do cuidado na qual a equipe presta assistência primária ao doente renal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa que o estudo apresenta riscos previstos, uma vez que a entrevista poderá lhe causar desconforto ou constrangimento, na hora das gravações; pelo fato de ser uma entrevista gravada e poderá haver risco de identificação como participante. Mas serão adotadas todas as precauções necessárias para manter a confidencialidade das informações prestadas, quais sejam: a entrevista deverá ser realizada em local reservado,

com a presença apenas do (a) participante e da pesquisadora, em horário de conveniência e no instrumento de coleta de dados a identificação será feita por codinome para garantir seu anonimato. Também informa que o benefício desta pesquisa poderá embasar uma proposta de cuidado e atenção mais diferenciados aos pacientes hipertensos potenciais doentes renais caso não sejam adequadamente identificados e tratados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa de grande relevância, bem justificada e fundamentada na literatura científica. Além de preencher uma lacuna de estudos nessa área. No entanto, carece de algumas adequações, quais sejam: adequar ao protocolo anexado na íntegra o que está descrito no protocolo da plataforma, no item aspectos éticos descrever que a pesquisa traz riscos.

*Theronez Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAP*

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 5123
Bairro: Bairro do Uruguai CEP: 64.073-505
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 Fax: (86)2106-0740 E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 449.478

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de apresentação obrigatória estão anexados ao protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se aprovado porque o mesmo está elaborado de acordo com a Resolução CNS 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O protocolo de pesquisa encontra-se aprovado porque o mesmo está elaborado de acordo com a Resolução CNS 466/2012.

TERESINA, 06 de Novembro de 2013

Assinador por:

FRANCISCA TEREZA COELHO MATOS
(Coordenador)

Francisca Tereza Coelho Matos
Coordenadora do CEP

Endereço: Rua Vitorino Orthigas Fernandes, 5123

Bairro: Bairro do Uruguai

UF: PI

Município: TERESINA

CEP: 64.073-505

Telefone: (86)2106-0735

Fax: (86)2106-0740

E-mail: csp@uninovafapi.edu.br