



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

AFONSO PAULO COSTA FERRO

PERCEPÇÃO DOS PACIENTES EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE
AMBULATORIAL SOBRE A DOENÇA RENAL CRÔNICA

TERESINA

2017

AFONSO PAULO COSTA FERRO

**PERCEPÇÃO DOS PACIENTES EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE
AMBULATORIAL SOBRE A DOENÇA RENAL CRÔNICA**

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

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: A saúde da família no
ciclo vital

Orientador: Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos
Mesquita

TERESINA

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

F395p Ferro, Afonso Paulo Costa.

Percepção dos pacientes em programa de hemodiálise ambulatorial sobre a doença renal crônica / Afonso Paulo Costa Ferro. – Teresina: Uninovafapi, 2017.

Orientador (a): Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita; Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2017.

70. p.; il. 23cm.

Monografia (Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2017.

1. Doença renal crônica. 2. Percepção. 3. Prevenção. 4. Tratamento. I. Título. II. Mesquita, Gerardo Vasconcelos.

CDD 616.614

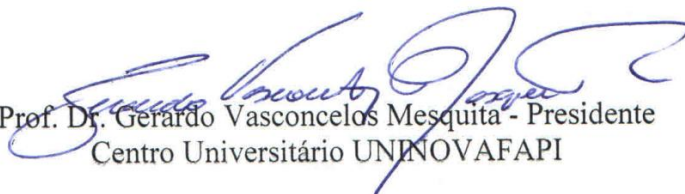
AFONSO PAULO COSTA FERRO

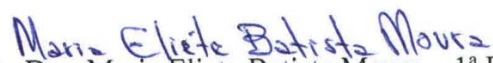
**PERCEPÇÃO DOS PACIENTES EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE
AMBULATORIAL SOBRE A DOENÇA RENAL CRÔNICA**

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 da defesa: 25/05/2017

BANCA EXAMINADORA


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


Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura – 1ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí - UFPI


Profa. Dra. Eliana Campêlo Lago - 2ª Examinadora
Centro Universitário UNINOVAFAPI


Profa Dra. Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa - Suplente
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Dedico este trabalho a Deus e a Nossa Senhora
de Assunção por sempre iluminarem meu
caminho!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Paulo Ferro e Maura Ferro, dois guerreiros, um exemplo de vida.

A minha amada Nara Rejane que sempre me apoia sem hesitar e questionar.

Aos meus filhos, Pedro Afonso e Luis Fernando, que são o meu orgulho e amor eterno.

A minha secretária Francisca pela paciência e dedicação à minha família.

Ao professor orientador Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita pela condução e elaboração desse nosso trabalho.

Ao professor Dr. Benedito Borges da Silva ao aceitar participar deste trabalho.

A Professora Dra. Eliana Campêlo Lago pela dedicação e atenção

.

Um agradecimento muito especial aos amigos do mestrado, Daniel, Anaita, Carlos, Dani, Lorena e Karen, sem vocês não teria sido tão interessante esta jornada.

Um agradecimento a Gelsemania, Jacqueline e Samylle pela atenção.

Um agradecimento especial a Enfermeira Gilcivânia e toda equipe da Clínica BIORIM.

Aos pacientes que fazem hemodiálise em Bacabal (MA), pela participação na pesquisa. Meu muito obrigado!

Aos demais familiares e amigos, que, de alguma forma, colaboraram para a realização deste trabalho, muito obrigado.

RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) provoca um comprometimento lento, progressivo e irreversível da função dos rins. Geralmente a pessoa acometida dessa doença perde quase a metade da função renal e praticamente não percebe o problema. Os indivíduos com risco para o desenvolvimento de uma doença renal são idosos, diabéticos, hipertensos e aqueles com antecedente de DRC familiar. O entendimento adequado do paciente sobre a doença pode funcionar como um fator facilitador para um tratamento adequado, visando à prevenção e a progressão da DRC. Este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos pacientes em programa de hemodiálise ambulatorial sobre a DRC e como esta percepção se articula desde a descoberta da doença renal. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 170 pacientes portadores da DRC em tratamento hemodialítico em uma Unidade de Diálise de um município do Maranhão. Os dados foram produzidos no período de junho a agosto de 2016, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado, processados no software IRAMUTEQ e analisados pela Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados foram apresentados em quatro classes, a saber: Classe 1 - Conhecimento da DRC - Observou-se que os participantes da pesquisa conhecem a DRC pelo que é permitido e proibido na alimentação, sendo este conhecimento limitado às orientações recebidas pela nutricionista da unidade de diálise. Classe 2 - Assimilação da DRC - A compreensão dos entrevistados sobre a DRC limita-se aos cuidados relacionados com a parte alimentar e ingestão de líquidos, assimilam a DRC à dieta que são impostos a cumprirem. Classe 3 - Entendimento sobre a hemodiálise - O início da hemodiálise foi imediatamente após a descoberta da DRC, estes pacientes relataram que não tiveram uma orientação prévia sobre a doença renal e o tratamento hemodialítico. Classe 4 - Descobrendo a DRC e reconhecendo a causa - Observou-se que a descoberta da DRC destes pacientes ocorreu no estágio final da doença e sendo a hipertensão arterial e a diabetes mellitus as patologias mais citadas como responsáveis pelo surgimento do problema renal, mais esse entendimento só foi adquirido durante o estágio dialítico da DRC. Conclui-se que os participantes da pesquisa tem uma percepção da DRC limitada ao estágio final da doença renal, assimilando a doença às dietas nutricionais que são impostos a cumprirem. Estes pacientes iniciaram a hemodiálise imediatamente após a descoberta da DRC, sem uma orientação previa sobre a doença e as formas de tratamento. A hipertensão arterial e a diabetes mellitus foram as patologias mais citadas como responsáveis pelo surgimento da DRC, sendo que este entendimento só foi adquirido tardiamente, durante o tratamento dialítico, antes eles não sabiam que estas doenças pudessem levar a um problema renal. Como contribuição deste estudo foi feita uma cartilha contendo informações relacionadas à DRC e que será distribuída às pessoas com risco do desenvolvimento de uma DRC e aos acometidos desta enfermidade.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica. Percepção. Prevenção. Tratamento

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) causes a slow, progressive and irreversible impairment of kidney function. Usually the person affected by this disease loses almost half of the kidney function and practically does not perceive the problem. Individuals at risk for developing kidney disease are elderly, diabetic, hypertensive, and those with a history of familial CKD. Adequate understanding of the patient about the disease may act as a facilitating factor for appropriate treatment, aiming at the prevention and progression of CKD. This study aimed to analyze the perception of patients in an outpatient hemodialysis program on CKD and how this perception articulates the discovery of renal disease. This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, performed with 170 patients with CKD undergoing hemodialysis treatment at a Dialysis Unit in a municipality of Maranhão. The data were produced from June to August 2016, through a semi-structured interview script, processed in IRAMUTEQ software and analyzed by the Descending Hierarchical Classification. The results were presented in four classes, namely: Class 1 - Knowledge of the CKD - It was observed that the participants of the research know the CKD for what is allowed and forbidden in the feeding, being this knowledge limited to the orientations received by the nutritionist of the dialysis unit. Class 2 - CKD assimilation - The interviewees' understanding of CKD is limited to diet-related care and fluid intake, and assimilate CKD to the diet they are required to follow. Class 3 - Understanding Hemodialysis - The onset of hemodialysis was immediately after the discovery of CKD, these patients reported that they had no previous guidance on kidney disease and hemodialysis treatment. Class 4 - Discovering the CKD and recognizing the cause - It was observed that the discovery of the CKD of these patients occurred in the final stage of the disease, and hypertension and diabetes mellitus are the most frequently mentioned pathologies responsible for the onset of the renal problem, But this understanding was only acquired during the dialectical stage of the CKD. It is concluded that the participants of the research have a perception of CKD limited to the final stage of renal disease, Assimilating the disease to the nutritional diets that are imposed to fulfill. These patients initiate hemodialysis immediately after the discovery of CKD, without prior guidance about the disease and forms of treatment. Arterial hypertension and diabetes mellitus were the most cited pathologies responsible for the onset of CKD, and this understanding was only acquired late during dialysis, before they did not know that these diseases could lead to a kidney problem. As a contribution of this study, a booklet containing information related to CKD was made and distributed to people at risk of developing a CKD and those affected by this disease.

Keywords: Chronic Kidney Disease. Perception. Prevention. Treatment

RESUMEN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) provoca un compromiso lento, progresivo e irreversible de la función de los riñones. En general, la persona acometida de esta enfermedad pierde casi la mitad de la función renal y prácticamente no percibe el problema. Los individuos con riesgo para el desarrollo de una enfermedad renal son ancianos, diabéticos, hipertensos y aquellos con antecedente de ERC familiar. El entendimiento adecuado del paciente sobre la enfermedad puede funcionar como un factor facilitador para un tratamiento adecuado para la prevención y la progresión de la ERC. El entendimiento adecuado del paciente sobre la enfermedad puede funcionar como un factor facilitador para un tratamiento adecuado para la prevención y la progresión de la ERC. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, de abordaje cualitativo, realizado con 170 pacientes portadores de la ERC en tratamiento hemodialítico en una Unidad de Diálisis de un municipio de Maranhão. Los datos fueron producidos en el período de junio a agosto de 2016, por medio de un guión de entrevista semiestructurado, Procesados en el software IRAMUTEQ y analizados por la clasificación jerárquica descendente. Los resultados se presentaron en cuatro clases, a saber: Clase 1 - Conocimiento de la ERC - Se observó que los participantes de la investigación conocen la ERC por lo que está permitido y prohibido en la alimentación, siendo este conocimiento limitado a las orientaciones recibidas por la nutricionista de la unidad de diálisis. Clase 2 - Asimilación de la ERC - La comprensión de los entrevistados sobre la ERC se limita a los cuidados relacionados con la parte alimentaria e ingestión de líquidos, asimilan la ERC a la dieta que se les impone. Clase 3 - Entendimiento sobre la hemodiálisis - El inicio de la hemodiálisis fue inmediatamente después del descubrimiento de la ERC, estos pacientes relataron que no tuvieron una orientación previa sobre la enfermedad renal y el tratamiento hemodialítico. Clase 4 - Descubriendo la ERC y reconociendo la causa - Se observó que el descubrimiento de la ERC de estos pacientes ocurrió en el estadio final de la enfermedad y siendo la hipertensión arterial y la diabetes mellitus las patologías más citadas como responsables por el surgimiento del problema renal, más ese entendimiento sólo fue adquirido durante el período dialítico de la DRC. Se concluye que los participantes de la investigación tienen una percepción de la ERC limitada a la etapa final de la enfermedad renal, asimilando la enfermedad a las dietas nutricionales que se les impone. Estos pacientes iniciaron la hemodiálisis inmediatamente después del descubrimiento de la ERC, sin una orientación previa sobre la enfermedad y las formas de tratamiento. La hipertensión arterial y la diabetes mellitus fueron las patologías más citadas como responsables del surgimiento de la ERC, siendo que este entendimiento sólo fue adquirido tardíamente, durante el tratamiento dialítico, antes no sabían que estas enfermedades pudieran llevar a un problema renal. Como contribución de este estudio se hizo una cartilla conteniendo informaciones relacionadas a la ERC y que será distribuida a las personas con riesgo del desarrollo de una ERC y los acometidos de esta enfermedad.

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica. Percepción. Prevention. Tratamiento

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
DRCT	Doença Renal Crônica Terminal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus
IMC	Índice de Massa Corporal
IRAMUTEC	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAPDR	Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAS	Secretaria de Assistência a Saúde
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UD	Unidade de Diálise

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Contextualização do problema.....	10
1.2	Objetivos.....	12
1.3	Justificativa.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1	Doença Renal Crônica: definição, classificação, prevalência, causas e medidas de cuidados.....	14
2.2	Políticas de Atenção à Doença Renal Crônica.....	18
3	METODOLOGIA.....	23
3.1	Tipo de estudo.....	23
3.2	Cenário do estudo.....	23
3.3	Participantes do estudo.....	24
3.3.1	Critérios de inclusão e exclusão.....	24
3.4	Técnica e instrumento para produção de dados.....	24
3.5	Processamento e análise de dados.....	25
3.6	Aspectos Éticos e Legais.....	26
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
4.1	Manuscrito I - Conhecimento dos pacientes em programa de hemodiálise ambulatorial sobre a doença renal crônica.....	28
4.2	Produto – Cartilha de orientação aos pacientes sobre a Doença Renal Crônica.....	48
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
	REFERÊNCIAS.....	56
	APÊNDICES.....	61
	ANEXOS.....	67

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

A Doença Renal Crônica (DRC) é um termo geral para as alterações heterogêneas que afetam a estrutura e a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico. É uma doença de curso prolongado, insidioso na maior parte do tempo de sua evolução, e muitas vezes assintomática. É consensual empregar o termo Doença Renal Crônica ao invés de Insuficiência Renal Crônica, pois pode haver sinais de lesão renal sem perda da função renal. (BASTOS, 2011).

O mundo está enfrentando um aumento expressivo do número de casos da DRC, com tendência maior de crescimento nos países em desenvolvimento, sendo considerada por muitos especialistas uma epidemia mundial. O aumento da expectativa de vida e o crescimento do número de pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial pode, em parte, explicar este acontecimento (BASTOS, 2011; VIVEKANAND et al. 2013).

No Brasil não se tem estudos abrangentes que apontam a prevalência da DRC, mais segundo VIVEKANAND et al. (2013), a prevalência estimada de indivíduos com diferentes graus de disfunção renal (estágios de 1 a 5 da DRC) em muitos países, varia de 8 a 16%, o que retrata um número alto de pessoas que no futuro poderão necessitar de uma Terapia Renal Substitutiva (TRS) se tiverem progressão da doença renal para estágio dialítico.

A DRC é silenciosa e a maioria dos pacientes que entram para TRS não sabia que estava com a doença. A diminuição progressiva da função renal implica no comprometimento de todos os órgãos e, geralmente, apresenta sintomas inespecíficos e assintomáticos. A perda continuada da função renal pode progredir para a Doença Renal Crônica Terminal (DRCT). Pacientes que evoluem para DRCT necessitam de algum tipo de TRS, sendo as modalidades disponíveis: a hemodiálise, diálise peritoneal e o transplante renal (PRETTO, 2011; PORTAL BRASIL, 2014).

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) realiza há vários anos um Censo de Diálise anual em todo o país com informações sobre o quantitativo de indivíduos em fase terminal da DRC e que estão em diálise. Segundo dados do Censo da SBN realizado em 2016, a estimativa da quantidade de pacientes mantidos em tratamento dialítico é de 122.825 pacientes. Sendo que, 92,3 % estão em hemodiálise. Onde, 64% apresentavam como diagnóstico de base a hipertensão arterial e a diabetes mellitus (SBN, 2016).

Independentemente da doença de base, os principais desfechos em pacientes com DRC são as suas complicações (anemia, acidose metabólica, alteração do metabolismo mineral, desnutrição e falência renal), decorrentes da perda funcional renal e óbito (principalmente por causas cardiovasculares). A detecção precoce da doença renal crônica e condutas terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão pode reduzir o sofrimento dos pacientes associados à Doença Renal Crônica Terminal (BASTOS, 2010).

Os portadores de disfunção renal leve apresentam quase sempre evolução progressiva, insidiosa e assintomática, dificultando o diagnóstico precoce da disfunção renal. Assim, a capacitação, a conscientização e a vigilância dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) são essenciais para o diagnóstico e encaminhamento precoce ao nefrologista e a instituição de diretrizes apropriadas para retardar a progressão da DRC, prevenir suas complicações, modificar comorbidades presentes e preparo adequado a uma terapia de substituição renal (PRETTO; BASTOS, 2011).

No Brasil as atenções com a DRC são voltadas, quase que exclusivamente, aos seus estágios finais que seria quando o paciente necessita de terapia renal substitutiva (BASTOS, 2011). Sendo assim, há necessidade de trabalhar as intervenções primárias para identificar os grupos de riscos, promover junto aos mesmos, uma abordagem educativa envolvendo uma equipe multidisciplinar para esclarecimentos sobre a doença e o tratamento, utilizando uma linguagem acessível, levando o indivíduo a entender seu estado, para que os mesmos possam ter condições de enfrentar os medos e a ansiedade que surgem no decorrer da doença, evitando assim, uma evolução desfavorável da patologia.

O acompanhamento dos pacientes com DRC requer o reconhecimento de aspectos distintos, porém relacionados, que englobam a doença de base, o estágio da doença, a velocidade da diminuição da função renal e identificação de complicações e comorbidades. Portanto, há a necessidade do emprego de uma assistência que valorize o conhecimento do paciente sobre o processo patológico que desencadeou toda a problemática, havendo a necessidade dos profissionais de saúde em oferecer-lhes as informações de forma clara e coesa, contemplando a realidade de cada um e buscando o desenvolvimento de estratégias que possibilitem a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

De acordo com as considerações apresentadas, definiu-se como objeto central deste estudo a análise da percepção dos pacientes portadores da doença renal crônica em programa de hemodiálise ambulatorial sobre a doença renal crônica.

1.1 Objetivos

- Analisar a percepção dos pacientes em programa de hemodiálise ambulatorial sobre a doença renal crônica.
- Caracterizar os aspectos socioeconômicos dos pacientes portadores da doença renal crônica em programa de hemodiálise ambulatorial.
- Relatar como os pacientes em programa de hemodiálise ambulatorial fizeram a descoberta da doença renal crônica.
- Elaborar uma cartilha de orientação sobre a Doença Renal Crônica, direcionada aos pacientes com riscos de desenvolver a doença e aos portadores desta enfermidade.

1.2 Justificativa

Na atualidade a DRC é considerada um problema de saúde pública mundial, e o número de pessoas acometidas desta enfermidade vem aumentando de forma considerável em todos os países (PEREIRA et. al., 2016). No Brasil não se tem estudos abrangentes que apontam a prevalência da DRC, mais segundo VIVEKANAND et. al. (2013), a prevalência estimada de indivíduos com diferentes graus de disfunção renal (estágios de 1 a 5 da DRC) em muitos países, varia de 8 a 16%, o que retrata um número alto de pessoas que no futuro poderão necessitar de uma terapia renal se tiverem progressão da doença renal para estágio dialítico.

A presença de disfunção renal eleva o risco de morrer prematuramente por doença cardiovascular, em cerca de 10 vezes, em comparação à população normal. A DRC é silenciosa, é assustador saber que cerca de 70% dos pacientes que entram para a TRS não sabiam que estavam com a doença. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento desta desordem são: diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), envelhecimento e história familiar de DRC. Vale a pena ressaltar que independentemente da causa da DRC, a presença de obesidade, dislipidemia e tabagismo acelera a sua progressão culminando com a necessidade de uma terapia de substituição renal.

Atualmente no Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, mais de 120.000 pacientes são dependentes dessa terapia, seja diálise ou transplante renal. As consequências humanas e sociais são devastadoras. A expectativa de vida é reduzida, os riscos de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral são aumentados. Como as duas principais causas

de insuficiência renal crônica são a HAS e o DM. Haja vista que, se houver uma prevenção precoce um tratamento correto, referenciado por uma equipe multidisciplinar, dificilmente estes pacientes evoluirão com complicações tão sérias.

A atuação da Atenção Básica em saúde para identificar os pacientes com risco de uma DRC e o estabelecimento de ações para prevenir os agravos, torna-se fator crucial para evitar o encaminhamento tardio para atenção nefrológica e, conseqüentemente, a evolução da DRC para estágios mais avançados e irreversíveis. No Brasil, a incidência e a prevalência de falência da função renal estão aumentando, o prognóstico ainda é ruim e os custos do tratamento da doença são altíssimos. As principais conseqüências em pacientes com DRC são as suas complicações decorrentes da perda funcional renal. Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os conseqüentes gastos.

Por entender que, os portadores de Doença Renal Crônica Terminal (DRCT) vivenciaram a experiência de fases primárias de acometimento da patologia e que uma fração expressiva de pacientes inicia hemodiálise sem ter feito acompanhamento nefrológico prévio, buscou-se analisar a percepção desses sobre a DRC e com isso fornecer informações com embasamento teórico às pessoas com risco de desenvolvimento da DRC e aos acometidos desta enfermidade, no intuito de prevenir suas complicações, modificar comorbidades presentes e preparo adequado a uma terapia de substituição renal. Diante de tais fatos, torna-se evidente a necessidade de analisar a percepção do portador de DRC sobre a doença. Para tanto, será realizado um estudo com clientes portadores de DRCT e que fazem hemodiálise em uma clínica de diálise sediada na cidade de Bacabal/Maranhão.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Doença Renal Crônica: definição, classificação, prevalência, causas e medidas de cuidados.

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida como anormalidades da estrutura ou função dos rins e com implicações para a saúde das pessoas. Até 2002, não existia consenso sobre a definição da DRC, dificultando a prevenção, o tratamento e estudos sobre a DRC. Este padrão mudou com o lançamento, a partir daquele ano, das diretrizes sobre DRC pela *National Kidney Foundation Americana (NKF)* em seu documento *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI)* (BASTOS, 2011; KIRSZTAJN et. al., 2014).

Conforme preconizado pelo *KDOQI*, a definição da DRC é baseada em três componentes: um de dano renal, um funcional (baseado na Taxa de Filtração Glomerular - TFG) e um temporal. Com base nessa definição, seria portador de DRC qualquer indivíduo que apresentasse TFG menor que $60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ (por três meses ou mais, com ou sem lesão renal) ou a TFG maior que $60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (Por exemplo: albuminúria $>$ ou igual a 30 mg/24 horas ; hematúria de origem glomerular; alterações eletrolíticas; alterações detectadas por histologia, através de biópsia renal ou alterações em exames de imagem) presente há pelo menos três meses (BASTOS, 2011; KIRSZTAJN et. al., 2014; MELLO, 2016).

Com base no nível da TFG o *KDOQI* classifica a DRC em estágios que variam de 1 a 5. A classificação da DRC deve ser aplicada para tomada de decisão no que diz respeito ao acompanhamento, encaminhamento para os serviços de referências e para o especialista. O *estágio 1* corresponde a $\text{TFG} \geq 90 \text{ ml/min.}$, há comprometimento leve da função renal. No *estágio 2*, ocorre discreta perda da função renal com TFG entre $60\text{-}89 \text{ ml/min.}$ No *estágio 3*, a DRC é moderada, com TFG entre $30\text{-}59 \text{ ml/min.}$ O *estágio 4* compreende a DRC avançada, com TFG entre $15\text{-}29 \text{ ml/min.}$, sintomatologia, além de exames laboratoriais bastante alterados. O *estágio 5* corresponde à DRC dialítica, $\text{TFG} < 15 \text{ ml/min.}$, o paciente é sintomático com indicação para o início da Terapia Renal Substitutiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; KIRSZTAJN et. al., 2014).

Através do exame de creatinina plasmática a TFG pode ser estimada por fórmulas, disponível *online* pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), que correlacionam a creatinina sérica a dados como idade, gênero e etnia. A fórmula *CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration)* é a mais utilizada atualmente (BASTOS, 2011).

Na atualidade a DRC é considerada um problema de saúde pública mundial, e o número de pessoas acometidas desta enfermidade vem aumentando de forma considerável em todos os países (PEREIRA et. al., 2016). No Brasil não se tem estudos abrangentes que apontam a prevalência da DRC, mais segundo Vivekanand et al. (2013), a prevalência estimada de indivíduos com diferentes graus de disfunção renal (estágios de 1 a 5 da DRC) em muitos países, varia de 8 a 16%, o que retrata um número alto de pessoas que no futuro poderão necessitar de uma terapia renal se tiverem progressão da doença renal para estágio dialítico.

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) realiza há vários anos um Censo de Diálise anual em todo o país com informações sobre o quantitativo de indivíduos em fase terminal da DRC e que estão em diálise. Essas informações são importantes para o melhor conhecimento e acompanhamento dos pacientes em tratamento dialítico no Brasil (SBN, 2016).

No Censo realizado em 2016 existiam aproximadamente 122.825 mil brasileiros em TRS. A prevalência neste ano foi de 596 pacientes em diálise por milhão da população e com mais de 39.000 novos pacientes ao ano iniciando TRS. A partir da prevalência constatada verificaram que do total dos pacientes em TRS, 92,3% estavam em hemodiálise. Onde, 64% destes apresentavam como diagnóstico de base a hipertensão arterial e a diabetes mellitus (SBN, 2016).

Quanto às causas ou fatores de riscos que podem levar a uma DRC, destacam-se a hipertensão arterial e diabetes mellitus. Além dos portadores de HAS e DM, também estão sob o risco de desenvolver uma doença renal os idosos, portadores de obesidade ($IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$), histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca), histórico de DRC na família, tabagismo e o uso de agentes nefrotóxicos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; BEZERRA, 2015).

Segundo Mendes (2011), na análise das causas ou fatores de risco que levam ao desenvolvimento de um determinado agravo são pertinentes associá-lo as circunstâncias relacionadas à vulnerabilidade de um indivíduo a uma doença, tais como: condições individuais, como o comportamento da pessoa de acordo com o conhecimento que ela possui em relação à doença e seus fatores determinantes; as ações desenvolvidas pelo poder público ou privado no sentido de minimizar ou prevenir o aparecimento e desenvolvimento do agravo e fatores sociais, como a disponibilidade de acesso aos serviços públicos.

O Ministério da Saúde (MS) sabendo que dos fatores controláveis a HAS e a DM são críticos do ponto de vista de saúde pública e contribuem com as maiores causas de uma DRC, desenvolve há vários anos o “Hiperdia”, programa de tratamento para controle da HAS e do

DM na população. Além deste, temos a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, organização da vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), Política de Promoção da Saúde na Atividade Física; Estímulo à Alimentação Saudável e Expansão da Atenção Primária. Ações estas, que estão direta ou indiretamente relacionadas à prevenção da DRC (BRASIL, 2011; BEZERRA, 2015).

A DRC não diagnosticada e não tratada evolui com diminuição da função renal de forma lenta e progressiva. A diminuição progressiva da função renal implica no comprometimento de todos os órgãos e, geralmente, apresenta sintomas inespecíficos e assintomáticos nos estágios iniciais da DRC. No seu curso clínico a perda continuada da função renal pode progredir para Doença Renal Crônica Terminal. Pacientes que evoluem para DRCT necessitam de algum tipo de TRS, sendo as modalidades disponíveis a hemodiálise, diálise peritoneal e o transplante renal. (PRETTO; BASTOS, 2011).

Embora o portador de DRC esteja frequentemente associado à terapêutica dialítica e ao transplante, um grande número de doentes pode apresentar algum tipo de acometimento renal sem necessitar de tais tratamentos. De maneira geral, esses pacientes mantêm uma função renal adequada com condutas especiais capazes de retardar ou mesmo evitar a progressão da doença renal. (BASTOS, 2011).

O manejo clínico da DRC se baseia em três premissas básicas: diagnóstico precoce da doença, encaminhamento imediato para tratamento nefrológico e a implementação de medidas para preservar a função renal. A detecção precoce de lesão renal e adoção da terapêutica adequada retarda a progressão da DRC, melhora o bem-estar do paciente e diminui o risco de complicação. Para uma melhor organização na condução clínica do portador de DRC, o tratamento deve ser classificado em *conservador*, quando nos estágios de 1 a 3 da DRC; *pré-diálise*, nos estágios 4 e 5 (não dialítico) da DRC e *Tratamento dialítico*, estágio 5 (dialítico) da DRC. (BASTOS, 2011; FELIZARDO, 2016).

O Tratamento *conservador* (estágio 1 a 3 da DRC) consiste do conjunto de medidas para controlar os fatores de risco para a progressão da DRC, bem como para os eventos cardiovasculares e mortalidade, com o objetivo de conservar a TFG pelo maior tempo de evolução possível. O paciente é acompanhado na Unidade Básica de Saúde (UBS) e as medidas adotadas basicamente são: diminuir a ingestão de sódio, atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância, abandono do tabagismo, controle da hipertensão, controle da diabetes (para os diabéticos). (RIELA, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O tratamento *pré-diálise* (estágios 4 e 5 - não dialítico) consiste na manutenção do tratamento conservador, bem como no preparo adequado para o início da TRS em paciente

com DRC em estágios mais avançados. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado por uma equipe multiprofissional composta de no mínimo os seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, nas Unidades de Atenção Especializadas em DRC e mantendo vínculo com a UBS (BASTOS, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

As recomendações clínicas básicas neste estágio da DRC são: correção da dose de medicações de acordo com a TFG; redução da ingestão de proteínas, acompanhado de adequada orientação nutricional; reposição de bicarbonato via oral para pacientes com acidose metabólica, definida por nível sérico de bicarbonato na gasometria venosa. A avaliação nefrológica deverá ser realizada trimestralmente, ou de acordo com indicação clínica. Nesse estágio deverá ser realizado o esclarecimento sobre as modalidades de TRS por uma equipe multiprofissional da atenção especializada e com o registro desse esclarecimento no prontuário (BASTOS, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Tratamento dialítico (estágio 5- dialítico) segundo as diretrizes clínicas publicadas em 2014 pelo Ministério da Saúde deve-se indicar TRS para pacientes com TFG inferior a 10ml/min/1,73m^2 . Em pacientes diabéticos e com idade inferior à 18 anos, pode-se indicar o início da TRS quando a TFG for menor do que 15 ml/min/1,73m^2 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Na ausência de contraindicações, a escolha do método de TRS deve levar em consideração a escolha do paciente, na modalidade que melhor se adequar às suas atividades diárias e estilo de vida. O encaminhamento precoce do paciente a equipe multidisciplinar permite um tempo oportuno para iniciação da diálise, além de educá-lo sobre as modalidades e melhor capacitação na decisão pela terapia dialítica. O acompanhamento desses indivíduos em procedimento dialítico é realizado nas Unidades de Atenção Especializadas em DRC, pelo nefrologista e equipe multiprofissional desse serviço, mantendo vínculo com as UBS. O tratamento dos fatores de risco modificáveis para mortalidade cardiovascular deve ser mantido de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A avaliação nefrológica deverá ser realizada mensalmente (BASTOS, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

2.2 Políticas públicas de Atenção a Doença Renal Crônica

As políticas públicas podem ser definidas como “ações, programas, projetos, regulamentação, leis e normas que o Estado desenvolve para administrar de maneira mais equitativa os diferentes interesses sociais” (FELIZARDO, 2016).

Ao reportarmos sobre políticas públicas na atenção ao portador de Doença Renal, iniciaremos com o final dos anos noventa (1996). Neste período houve uma calamidade no Brasil envolvendo pacientes renais crônicos. Episódio este, conhecido mundialmente como “A Tragédia de Caruaru”. No Município de Caruaru-PE mais de 70 pacientes renais que faziam hemodiálise morreram e 142 pacientes foram vitimados pela contaminação da água utilizada para o tratamento hemodialítico. Este episódio deixou clara a falta de regulamentação por parte do setor público ao atendimento dos pacientes renais no Brasil. Iniciou-se então, a publicação de normas e portarias contemplando o indivíduo nas fases finais da doença renal (FELIZARDO, 2016).

Meses depois do ocorrido em Caruaru, foi publicada a Portaria MS/SAS nº 2.042/96, estabelecendo o regulamento técnico de funcionamento dos serviços de TRS e das unidades de transplantes, contemplando somente a alta complexidade, ou seja, normatizando o tratamento dialítico e deixando a prevenção da doença renal em segundo plano (FELIZARDO, 2016).

No início do século XXI as políticas públicas miravam a prevenção da DRC de forma indireta. No ano de 2002, no intuito de cadastrar e acompanhar pessoas hipertensas e diabéticas o Ministério da Saúde criou o programa HIPERDIA (Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus) com o objetivo de prestar atenção aos portadores destas enfermidades e prevenir disfunções funcionais especialmente nos sistemas cardíaco, nervoso e renal (BEZERRA, 2015).

Até 2002, não existia consenso sobre a definição da DRC, dificultando a prevenção e o tratamento desta enfermidade. Neste ano, houve a publicação das diretrizes clínicas sobre a doença renal pela *National Kidney Foundation Americana (NKF)*. Neste documento foi proposta uma nova estrutura conceitual para o diagnóstico e classificação da DRC. Esta nova norma foi aceita por vários países, inclusive o Brasil (BASTOS, 2011).

Neste mesmo ano, 2002, o MS com o objetivo de realizar um diagnóstico sobre a situação da doença renal no Brasil instituiu um grupo de trabalho que culminou com a publicação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (PNAPDR) através da Portaria MS/SAS nº 1.168 de 15 de julho de 2004. Onde se identifica neste momento a

preocupação com a prevenção e a promoção da DRC nos diferentes níveis de complexidade dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde (PERUSSO, 2013; FELIZARDO, 2016).

Com a edição da Portaria 1.168/2004 todas as portarias publicadas pelo MS que contemplavam o paciente renal crônico, em todas as linhas de atenção, foram refogadas. Imediatamente após o lançamento da PNAPDR, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou uma Resolução da Diretoria Colegiada RDC/ANVISA nº 154/2004, que estabeleceu o regulamento técnico para o funcionamento das unidades de diálises (FELIZARDO, 2016).

A PNAPDR instituiu como competência das três esferas de governo a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de DRC, a serem implantadas em todas as unidades federadas de forma organizada e articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde (PERUSSO, 2013).

A PNAPDR recomenda que de forma organizada e articulada estas três esferas de governo desenvolva estratégias de promoção da qualidade de vida, organização de uma linha de cuidados integral ao portador de DRC, identificação dos determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à DRC, definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise, ampliar cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica, ampliar cobertura aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, incorporação tecnológica do processo da TRS, promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos na implantação e implementação da PNAPDR (BRASIL, 2004; PERUSSO, 2013).

Ao lançar a PNAPDR o MS admite a magnitude da DRC no contexto brasileiro propondo ações de forma articulada para identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam DRC, com a organização de uma linha de cuidados integrais passando por todos os níveis de atenção: promoção, prevenção, tratamento e recuperação. Uma das estratégias da PNAPDR foi a criação de plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Renais como parte integrante dos planos estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2004; PERUSSO, 2013).

Ao passar dos anos constatou-se que a PNAPDR, apesar de ter como um dos objetivos a organização de uma linha de cuidado integral para a doença renal, a abordagem se voltava para os procedimentos de alta complexidade como a TRS e o transplante renal e com isso houve uma dificuldade em realizar a prevenção da DRC, permanecendo a ênfase no atendimento na alta complexidade. Fato este, constatado pelo aumento expressivo de

procedimentos dialíticos (TRS), com um desembolso financeiro muito alto por parte do MS para custear estes procedimentos ao longo dos anos (PERUSSO, 2013; CONASS, 2015).

Com o aumento da taxa de óbitos a nível global ocasionado pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e sendo, na maioria dos países, a principal causa de mortalidade, houve uma preocupação mundial em função desta gravidade das DCNT e seus impactos no sistema de saúde e na sociedade. Assim, no ano de 2011 foi feito pela Organização das Nações Unidas (ONU) uma reunião para debater e pactuar sobre os compromissos globais sobre o tema (CONASS, 2015).

Nesta reunião, os países membros, inclusive o Brasil, se comprometeram a trabalhar para deter o crescimento das DCNT, mediante ações de prevenção de seus principais fatores de risco e empenho pela garantia de uma adequada atenção à saúde, onde resultou com a aprovação de um plano de ação para a redução da mortalidade por DCNT em 25% no prazo de uma década, 2015 a 2025 (MALTA, 2014). Estando a problemática da DRC inserida neste contexto, uma das ações para conter os agravos das DCNT foi a publicação, pelo MS, das normas que pudessem contemplar as pessoas com risco e portadoras da DRC (CONASS, 2015).

Como o comprometimento por parte do Brasil para atender o plano de ações de enfrentamento das DCNT, em 2014 o MS publica a Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Esta norma define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico e define as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC e ampliando o atendimento à estes pacientes no âmbito do SUS. Na mesma data a ANVISA revoga a RDC nº 154/2004 e publica a RDC nº 11/2014, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise (BRASIL, 2014, CONASS, 2015).

De acordo com a Portaria nº 389, a partir do ano de 2014 estados e municípios poderiam ofertar serviços de acompanhamento dos pacientes renais em diferentes estágios da DRC. Além disso, a linha de cuidados lançada pelo MS criou um novo tipo de serviço, que é a Unidade Especializada em DRC e que poderia ser instalada em um ambulatório ou consultório. Nesta Unidade Especializada, composta por uma equipe multiprofissional deverá ser feito o acompanhamento ambulatorial do paciente na fase pré-diálise com equipe multiprofissional (médico nefrologista, enfermeiro, psicólogo, assistente social e nutricionista). Um importante ponto desta portaria foi a divisão das ações no manejo ao paciente com risco ou diagnóstico da DRC, definindo as atribuições da atenção básica e da

atenção especializada ambulatorial, conforme a classificação da DRC (BRASIL, 2014; CONASS, 2015).

Segundo os critérios da organização da linha de cuidado desta portaria, as ações da atenção básica serão realizadas no atendimento aos portadores de DRC nos estágios 1 a 3 da DRC. Tais como: atualização do calendário vacinal das pessoas com DRC, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS); realização do diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC; estratificação de risco e encaminhamento à atenção especializada; coordenar e manter o vínculo e o cuidado das pessoas com DRC, quando referenciados para outros pontos de atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC; e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) as ações de controle da DRC (BRASIL, 2014; CONASS, 2015).

As ações da atenção especializada ambulatorial estão direcionadas à assistência ambulatorial de forma multiprofissional às pessoas com DRC nos estágios clínicos 4 e 5 de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas, incluindo a necessidade de Terapia Renal Substitutiva, realização do apoio matricial às equipes da atenção básica, diagnosticar a necessidade de diálise e os casos com indicação para procedimento cirúrgico da confecção de fístula arteriovenosa ou implante de cateter para diálise peritoneal. (BRASIL, 2014; CONASS, 2015).

As ações e orientações para o portador de uma DRC devem incluir o aconselhamento e suporte sobre mudança do estilo de vida, avaliação nutricional, orientação sobre exercícios físicos, abandono do tabagismo, inclusão na programação de vacinação, seguimento contínuo dos medicamentos prescritos, programa de educação sobre DRC e TRS com o fornecimento das seguintes recomendações: orientações sobre o auto cuidado, orientações sobre as modalidades de tratamento da DRC; cuidado ao acesso vascular ou peritoneal, entre outros. As pessoas portadoras de uma DRC nas fases iniciais devem ser acompanhadas nas UBS e nos casos mais avançados o acompanhamento deve ser em conjunto nas Unidades de Atenção Especializada em DRC, que pode ser um ambulatório de especialidades ou a própria Unidade de Diálise (BRASIL, 2014; MELLO, 2016).

O manejo clínico dos pacientes com DRC nos *estágios pré-dialítico* inclui a terapêutica das doenças causadoras da DRC, monitorização do paciente, controle da pressão arterial, da acidose metabólica, da hipercalemia, da anemia e da osteodistrofia renal e a determinação de restrições dietéticas. O manejo nutricional dos pacientes neste estágio podem assegurar o retardamento da progressão da doença, a redução da toxicidade urêmica e a manutenção de

um adequado estado nutricional, prevenindo, assim, a desnutrição. Em *estágio 5* (dialítico) O acompanhamento desses indivíduos em procedimento dialítico é realizado nas Unidades de Atenção Especializadas em DRC, pela equipe multiprofissional desse serviço, mantendo vínculo com as UBS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; BRASIL, 2014).

A linha de cuidado para a DRC visa à manutenção da função renal. Desta forma, é possível acompanhar a evolução da doença pelo o acompanhamento rigoroso da filtração glomerular para a manutenção da homeostase corpórea e tratando de forma adequada o fator causal. É importante que o paciente também seja orientado sobre o autocuidado, as mudanças nos hábitos de vida como alimentação e exercício físico e as modalidades de tratamento da DRC. Tudo isso ajuda na prevenção e retardo da progressão da DRC e não devem ser subvalorizados (RIELA, 2010; BASTOS, 2011).

A determinação do estadiamento da DRC e o conhecimento dos fatores de risco são fatores que subsidiam cientificamente e possibilitam o planejamento de ações voltadas para a prevenção da doença em indivíduos vulneráveis ao desenvolvimento ou evolução da mesma. Por conseguinte, sendo a Estratégia de Saúde da Família o modelo pelo qual se torna viável a aplicação dos conceitos de atenção primária à saúde de acordo com os princípios do SUS, esse também é o cenário apropriado para o desenvolvimento e a implantação de ações de prevenção da DRC conforme preconiza a linha de cuidados proposta pela Portaria nº 389 (BASTOS 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa de campo é utilizada com intuito de obtenção de informações e conhecimentos acerca de um problema, buscando respostas ou hipóteses para provar ou descobrir novos fenômenos ou relações sobre elas (MARCONI, 2010).

Ainda segundo Marconi (2010), este modelo de pesquisa tem como principal enfoque a descrição das características, através da utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados, como o questionário e a observação sistemática, destacando também as pesquisas que objetivam descrever características de grupos. Tendo por finalidades determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos.

A abordagem qualitativa propicia a compreensão das relações, das representações, da história e das opiniões, que resultam das interpretações dos humanos sobre suas vivências, atividades cotidianas, sentimentos e pensamentos. Ela atende as necessidades de aprofundamento nas percepções do entrevistado, suas emoções, motivações, dificuldades, pois a distinção do ser humano não se faz apenas pelo modo de agir, mas por pensar no que faz e nas consequências de suas decisões. Dessa forma, a pesquisa qualitativa é capaz de permitir uma maior interpretação das informações coletadas (MINAYO, 2014).

3.2 Cenário do estudo

O cenário da pesquisa foi o município de Bacabal, no Estado do Maranhão, mais especificamente na única Unidade de Diálise (UD) da região, credenciada pela Secretaria de Assistência a Saúde (SAS), através da Portaria SAS/MS Nº 170, de 22 de março de 2005 e conveniada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por contrato municipal. Esta UD atende em programa de hemodiálise ambulatorial, 245 pacientes provenientes de 35 municípios maranhenses e com população estimada em 940.144 habitantes, APÊNDICE A, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (IBGE, 2016). A UD dispõe de uma equipe multidisciplinar composta por médicos nefrologistas, enfermeiros nefrologistas, assistente social, nutricionista, farmacêutico e psicólogo. As ações desenvolvidas nesta

instituição são: consultas em nefrologia e atendimento ambulatorial em hemodiálise aos pacientes com doença renal crônica em estágio final.

3.3 Participantes do estudo

Foi convidado a participar do estudo todo o universo de 245 pacientes portadores da DRCT em tratamento hemodialítico no município de Bacabal/Maranhão. Considerando os critérios de inclusão, exclusão e de saturação teórica dos achados a pesquisa foi encerrada com 170 participantes. Fontanella (2011), afirma que em uma pesquisa qualitativa a saturação dos dados ocorre quando as ideias contidas nas falas dos participantes começam a se repetir ou a expressarem uma consonância entre as mesmas.

3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: clientes portadores da doença renal crônica que fazem tratamento de hemodiálise na cidade de Bacabal/Maranhão; ter capacidade cognitiva de fornecer respostas que atendam aos objetivos da pesquisa. Foram excluídos os menores de 18 anos.

3.4 Técnica e instrumento para produção de dados

Para alcançar os objetivos propostos, optou-se, para produção de dados, a técnica de entrevista, por permitir maior flexibilidade para possíveis intervenções e possibilitar investigação mais ampla sobre os entrevistados. Para Minayo (2010), a entrevista pode ser feita verbalmente ou por escrito e inclui a presença ou interação direta entre o pesquisador e os atores sociais e é complementada por uma prática de observação participante.

As informações deste estudo foram colhidas por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, que foram realizadas individualmente e elaboradas com perguntas inerentes ao objeto proposto no estudo (APÊNDICE C). A primeira parte da entrevista foi um questionário com perguntas fechadas sobre os indicadores socioeconômicos e demográficos dos pacientes portadores de doença renal crônica em programa de hemodiálise ambulatorial. Na segunda parte, a entrevista teve perguntas abertas com o objetivo de analisar a percepção dos pacientes sobre a doença renal crônica e relatar como estes fizeram a descoberta da doença renal. As entrevistas foram realizadas no dia em que os participantes compareceram a

clínica para fazer o tratamento de hemodiálise e após concordarem em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (APÊNDICE B).

A pesquisa foi feita em uma única etapa do estudo, com a aplicação da entrevista nos dias úteis do período de 01 junho a 26 de agosto de 2016. As entrevistas foram agendadas previamente, obedecendo a horários e limitações dos entrevistados, e realizadas em um local reservado no próprio Estabelecimento de Saúde. As mesmas foram gravadas e transcritas na íntegra, preservando a fala dos participantes. O recurso utilizado como suporte para a realização das entrevistas foi um aparelho MP4. O encerramento aconteceu após a saturação dos depoimentos. Para preservar a identidade dos participantes, utilizaram-se um sistema alfanumérico e a numeração arábica (P001).

3.5 Processamento e análise de dados

Para realizar o processamento e análise dos dados, utilizou-se o software IRAMUTEC (*Interface de R pour l'és Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que foi desenvolvido na França por Pierre Ratinaud em 2009. Esse programa começou a ser utilizado no Brasil em 2013. Trata-se de um programa gratuito que se ancora no software R e permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais e tabelas de indivíduos por palavras (CAMARGO, 2013).

Segundo Camargo (2013), o IRAMUTEC viabiliza diferentes tipos de análises, das mais simples às multivariadas, como Classificação Hierárquica Descendente e organiza a distribuição do dicionário, para que fique de fácil compreensão e clara visibilidade.

Os autores reforçam que o software, para realizar análises clássicas, identifica e reformata as unidades de textos, que se transformam de Unidades de Contextos Iniciais (UCI) em Unidades de Contextos Elementares (UCE). É feita uma pesquisa do vocabulário e reduzidas às palavras com base em suas raízes (lematização), sendo o dicionário criado a partir das formas reduzidas e identificadas das formas ativas e suplementares.

Para esta fase do estudo se seguiram as etapas descritas a seguir: realizou-se a transcrição das entrevistas, construiu-se o corpus (conjunto de textos que se pretende analisar, ou seja, o conjunto das 170 entrevistas realizadas pelo pesquisador do estudo) conforme orientações do tutorial do IRAMUTEC (CAMARGO, 2013). O corpus foi formado pelo conjunto de textos a ser analisado, fragmentado, pelo software em segmentos de texto. Durante a preparação do corpus fizeram-se leituras, correções e decodificações das variáveis fixas, conforme mostra o quadro a seguir:

Quadro 2 - Banco de dados para decodificar variáveis

PARTICIPANTE	GÊNERO	IDADE	COR/RAÇA
*Par_001 a *Part_170 (Participantes entrevistados)	*Sex_1 (Masculino) *Sex_2 (Feminino)	*Ida_1 (18 a 29 anos) *Ida_2 (30 a 39 anos) *Ida_3 (40 a 49 anos) *Ida_4 (50 a 59 anos) *ida_5 (60 anos ou mais)	*Cor_1 (Branco) *Cor_2 (Negro) *Cor_3 (Pardo) *Cor_4 (Amarelo) *Cor_5 (Indígena)

Fonte: IRAMUTEC, 2016.

Para análise, definiu-se o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), proposto por Reinert (1983), em que os textos são classificados em função de seus respectivos vocabulários e o conjunto deles se divide pela frequência das formas reduzidas. Esta análise visa obter classes de segmento de textos que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes. A partir disso, o programa informático organiza a análise dos dados em um dendograma da CHD, que ilustra as relações entre as classes.

A organização dos discursos produzidos pelos participantes desta pesquisa, a partir do tratamento e análise dos dados descritos, possibilitou o alcance dos objetivos do estudo sobre a percepção do paciente em programa de hemodiálise ambulatorial acerca da doença renal crônica. Os resultados serão expostos e analisados à luz do referencial teórico.

3.6 Aspectos Éticos e Legais

Após autorização do responsável pelo local da pesquisa (ANEXO A) e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UNINOVAFAPI com CAAE nº 55918316.7.0000.5210 (ANEXO B), iniciou-se a coleta de dados.

Os participantes, para que pudessem ser incluídos no estudo, assinaram duas vias (uma do próprio participante e outra do pesquisador responsável) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Na pesquisa, os participantes foram identificados através de códigos numéricos, a fim de garantir o sigilo de suas identidades.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas. No caso de pesquisa qualitativa, os riscos são mínimos, já que se limitam à resposta de uma entrevista, que pode no máximo, causar desconforto ou constrangimento, na hora da entrevista, além da possibilidade de se identificar o participante. Por isso todas as precauções

foram tomadas, no qual foi esclarecido ao participante a privacidade e confidencialidade da pesquisa, proteção de sua imagem por meio de seu anonimato e ao direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer ônus.

Os benefícios desta pesquisa virão de forma gradual, com a divulgação dos resultados para a comunidade científica visando contribuir para um direcionamento das informações com embasamento teórico aos portadores de doença renal crônica, no intuito de prevenir a progressão da doença renal e suas complicações, modificar comorbidades presentes e um preparo adequado a uma terapia de substituição renal.

Como contribuição deste estudo: será distribuído nas unidades de saúde do município de Bacabal, para ser repassada às pessoas com risco de desenvolvimento da doença renal crônica e aos acometidos desta enfermidade, uma cartilha que conterá informações e métodos de educação em saúde relacionada à doença renal crônica.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Manuscrito I - Percepção dos pacientes em programa de hemodiálise ambulatorial sobre a doença renal crônica (Será submetido no periódico **Revista Eletrônica de Enfermagem- FEN/UFG**)

Percepção dos pacientes em programa de hemodiálise ambulatorial sobre a doença renal crônica

Afonso Paulo Costa Ferro¹, Gerardo Vasconcelos Mesquita², Maria Eliete Batista Moura³, Eliana Campêlo Lago⁴, Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa⁵

¹Mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: afonsoferro@hotmail.com

²Doutor em cirurgia pela Universidade Federal de Pernambuco, professor do programa de mestrado profissional em saúde da família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: gvmesquita@uol.com.br

³Pós-Doutora pela Universidade Aberta de Lisboa – Portugal. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. E-mail: liamoura@ufpi.edu.br

⁴Doutora em Biotecnologia pela Universidade Federal do Piauí. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário – UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: elianalago@ig.com.br

⁵Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário – UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: liciola@uninovafapi.edu.br

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a percepção dos pacientes em programa de hemodiálise ambulatorial sobre a DRC. Pesquisa descritiva, qualitativa. Foram realizadas 170 entrevistas com pacientes em hemodiálise e os dados foram submetidos ao software IRAMUTEQ. Os resultados apresentaram-se em quatro classes: Classe 1 - Conhecimento da DRC. Classe 2 - Assimilação da DRC. Classe 3 - Entendimento sobre a hemodiálise. Classe 4 - Descobrendo a DRC e reconhecendo a causa. Conclui-se que os participantes da pesquisa tem uma percepção da DRC limitada ao estágio final da doença, assimilando a doença às dietas nutricionais que são impostos a cumprirem. Iniciaram a terapia renal imediatamente após a descoberta da DRC, sem uma orientação previa sobre a doença e as formas de tratamento. A hipertensão arterial e a diabetes mellitus foram as patologias mais citadas como responsáveis pelo surgimento da DRC, mais esse entendimento só foi adquirido durante ao tratamento dialítico.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica. Percepção. Prevenção. Tratamento

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the patients' perception on an outpatient hemodialysis program on CKD. Descriptive, qualitative research. 170 interviews were conducted with patients on hemodialysis and the data were submitted to IRAMUTEQ software. The results were presented in four classes: Class 1 - Knowledge of the CKD. Class 2 – CKD assimilation. Class 3 - Understanding Hemodialysis. Class 4 - Discovering the CKD and recognizing the cause. It is concluded that the participants of the research have a perception of the DRC limited to the final stage of the disease, assimilating the disease to the nutritional diets that are imposed to fulfill. They started renal therapy immediately after the discovery of CKD, without prior guidance about the disease and the forms of treatment. High blood pressure and diabetes mellitus were the most cited pathologies responsible for the onset of CKD, but this understanding was only acquired during dialysis treatment.

Keywords: Chronic Kidney Disease. Perception. Prevention. Treatment

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar la percepción de los pacientes en programa de hemodiálisis ambulatoria sobre la ERC. Investigación descriptiva, cualitativa. Se realizaron 170 entrevistas con pacientes en hemodiálisis y los datos fueron sometidos al software IRAMUTEQ. Los resultados se presentaron en cuatro clases: Clase 1 - Conocimiento de la ERC. Clase 2 - Asimilación de la ERC. Clase 3 - Entendimiento sobre la hemodiálisis. Clase 4 - Descubriendo la ERC y reconociendo la causa. Se concluye que los participantes de la investigación tienen una percepción de la ERC limitada a la etapa final de la enfermedad, asimilando la enfermedad a las dietas nutricionales que se les impone. Se iniciaron la terapia renal inmediatamente después del descubrimiento de la ERC, sin una orientación previa sobre la enfermedad y las formas de tratamiento. La hipertensión arterial y la diabetes mellitus fueron las patologías más citadas como responsables por el surgimiento de la ERC, más ese entendimiento sólo fue adquirido durante el tratamiento dialítico.

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica. Percepción. Prevention. Tratamiento

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma denominação de uso geral para as alterações que afetam a estrutura e a função renal. Apresenta uma evolução prolongada com diminuição progressiva da função renal e na maioria das vezes é assintomática nas fases iniciais ⁽¹⁾. A perda continuada da função dos rins pode progredir para Doença Renal Crônica Terminal (DRCT). Pacientes que evoluem para DRCT necessitam de algum tipo de Terapia Renal Substitutiva (TRS), sendo as modalidades disponíveis a hemodiálise, diálise peritoneal e o transplante renal ^(1,2).

Os parâmetros que identificam e definem atualmente a DRC são: Taxa de Filtração Glomerular (TFG) menor que 60 ml/min/1,73m² (por três meses ou mais, com ou sem lesão renal) ou a TFG maior que 60 ml/min/1,73m² associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (Por exemplo: proteinúria) presente há pelo menos três meses. Esta definição permite a classificação da DRC em estágios (numerados de um a cinco) de acordo com o grau de perda de função renal ^(1, 3).

A classificação da DRC deve ser aplicada para tomada de decisão no que diz respeito ao acompanhamento, encaminhamento para os serviços de referências e para o especialista. O *estágio 1* corresponde a TFG ≥ 90 ml/min., há comprometimento leve da função renal. No *estágio 2*, ocorre discreta perda da função renal com TFG entre 60-89 ml/min. No *estágio 3*, a DRC é moderada, com TFG entre 30-59 ml/min. O *estágio 4* compreende a DRC avançada, com TFG entre 15-29 ml/min., sintomatologia, além de exames laboratoriais bastante alterados. O *estágio 5* corresponde à DRC dialítica, TFG < 15 ml/min., o paciente é sintomático com indicação para o início da Terapia Renal Substitutiva ^(3,4).

As causas que podem levar a uma DRC são várias, destacam-se a hipertensão arterial e diabetes mellitus. Além destas enfermidades, também estão sob o risco de desenvolver uma doença renal os idosos, portadores de obesidade (IMC > 30 Kg/m²), histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca), histórico de DRC na família, tabagismo e o uso de agentes nefrotóxicos ^(4,5).

Na atualidade a DRC é considerada um problema de saúde pública mundial, e o número de pessoas acometidas desta enfermidade vem aumentando de forma considerável. A prevalência estimada de indivíduos com diferentes graus de disfunção renal (estágios de 1 a 5 da DRC) em muitos países varia de 8 a 16%. O que retrata um número alto de pessoas que no futuro poderão necessitar de uma terapia renal se tiver progressão da doença para estágio dialítico ^(6,7).

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) realiza há vários anos um Censo de Diálise anual em todo o país com informações sobre o quantitativo de indivíduos em fase terminal da DRC e que estão em diálise. No Censo realizado em 2016 existia uma estimativa de 122.825 mil brasileiros em TRS. A prevalência neste ano foi de 596 pacientes em diálise por milhão da população. A partir da prevalência constatada verificou-se que do total dos pacientes em TRS, 92,3% estavam em hemodiálise, onde 64% destes apresentavam como diagnóstico de base a hipertensão e a diabetes ⁽⁸⁾.

No Brasil as atenções com a DRC são voltadas quase que exclusivamente aos seus estágios finais, quando o paciente já necessita de TRS. E a maioria destes que entram para o tratamento dialítico não sabiam que estavam com a doença renal. Este paradigma pode ser quebrado através do gerenciamento adequado das condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) na condução desta enfermidade ⁽¹⁾.

As medidas essenciais recomendadas pelo MS para condução da DRC são a capacitação e a conscientização dos profissionais da Atenção Primária para realizar a busca ativa de novos casos de DRC na população de alto risco e a instituição das diretrizes clínicas apropriadas, triando os casos mais graves (com perda de função renal mais acentuada) para prosseguimento secundário nos centros especializados em nefrologia ^(1, 9).

Por entender que, os portadores de DRCT vivenciaram experiências de fases primárias de acometimento da doença renal e que uma fração expressiva de pacientes inicia o tratamento dialítico sem ter feito acompanhamento nefrológico prévio, foi feito um estudo com o objetivo de analisar a percepção do paciente em programa de hemodiálise ambulatorial sobre a DRC e como esta percepção se articula desde a descoberta da doença renal.

METODOLOGIA

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, cujo enfoque foi a percepção dos pacientes em programa de hemodiálise ambulatorial sobre a DRC. A pesquisa foi realizada no município de Bacabal-MA, em uma Unidade de Diálise, a única da região, e que atende pacientes provenientes de 35 municípios maranhenses.

Foi convidado a participar do estudo todo o universo de 245 pacientes portadores da DRC em tratamento hemodialítico no referido município. Considerando os critérios de inclusão, exclusão e de saturação teórica dos achados ⁽¹⁰⁾, as entrevistas foram encerrada com 170 pacientes. A coleta dos dados ocorreu nos dias úteis do período de 01 junho a 26 de agosto de 2016. Foram feitas entrevistas individuais, guiadas por um formulário semiestruturado com questões socioeconômicas fechadas e perguntas abertas, as quais exploraram os saberes dos pacientes sobre a DRC.

Para o processamento e a análise dos dados, utilizou-se o software IRAMUTEC (acrônimo de *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Os dados foram tratados utilizando-se o método da Classificação Hierárquica Descendente, segundo o qual os textos são classificados em função de seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles se divide pela frequência das formas reduzidas. A

partir de matrizes que cruzaram segmentos de textos e palavras (repetidos testes X^2), aplicou-se o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), e foi obtida uma classificação estável e definitiva. Essa classificação permitiu a obtenção de classes de unidades de segmentos de texto com vocabulário semelhante entre si, mas ao mesmo tempo diferente dos segmentos de texto das outras classes ^(11, 12).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ (CAAE nº 55918316.7.0000.5210) e os pacientes foram entrevistadas após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos aspectos socioeconômicos e demográficos dos participantes

Fez-se a caracterização dos aspectos socioeconômicos demográficos dos participantes do estudo quanto ao sexo, idade, cor, escolaridade e renda familiar. Conforme o Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica dos participantes. Bacabal-MA, 2016.

		(continua)	
VARIÁVEL		Nº	%
Sexo	Masculino	110	64,7
	Feminino	60	35,3
Idade em anos	18 a 29	19	11,2
	30 a 39	37	21,8
	40 a 49	20	11,8
	50 a 59	48	28,2
	60 ou mais	46	27,0
Cor e/ou Raça	Branco	46	27,0
	Negro	36	21,2
	Pardo	88	51,8
	Amarelo	0	0
	Indígena	0	0
Grau de escolaridade	Não sabe ler e escrever	32	18,9
	Fundamental incompleto	82	48,2
	Fundamental completo	13	7,7
	Médio incompleto	20	11,8
	Médio incompleto	19	11,1
	Superior	4	2,3

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica dos participantes. Bacabal-MA, 2016.
(conclusão)

VARIÁVEL		Nº	%
Renda familiar	0 a 1 salário	85	50,0
(Salário valor de R\$	>1 a 3 salários	79	46,4
880,00)	>3 ou mais salários	6	3,6

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Participaram da pesquisa 170 pacientes com DRC em tratamento de hemodiálise, com idades entre 18 e 82 anos, predomínio da faixa etária 50-59 anos (28,2 %), a maioria era do sexo masculino (64,7 %), se declararam pardos (51,8 %), em relação à escolaridade, 48,2 % tinham o Ensino Fundamental incompleto e 18,9 % não sabiam ler e escrever. Quanto à renda, 50,0% declaram ter um rendimento familiar de até um salário mínimo.

O censo 2016 da SBN, segundo a distribuição percentual de pacientes em diálise no Brasil, a maioria é do sexo masculino (57%) e predomínio da faixa etária 45 a 64 anos (43,6%)⁽⁸⁾.

Segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, censo 2010. Quanto à etnia: 43,1% da população brasileira se declararam pardos; 7,6% se declararam pretos. No Maranhão, 68,6% se declararam pardos; 6,6% se declararam pretos⁽¹³⁾.

Quanto a escolaridade: o Maranhão é o quarto do Brasil que mais têm analfabetos, 20,5% da população do estado não sabem ler, o menor índice é do Distrito Federal (3,25%)⁽¹³⁾.

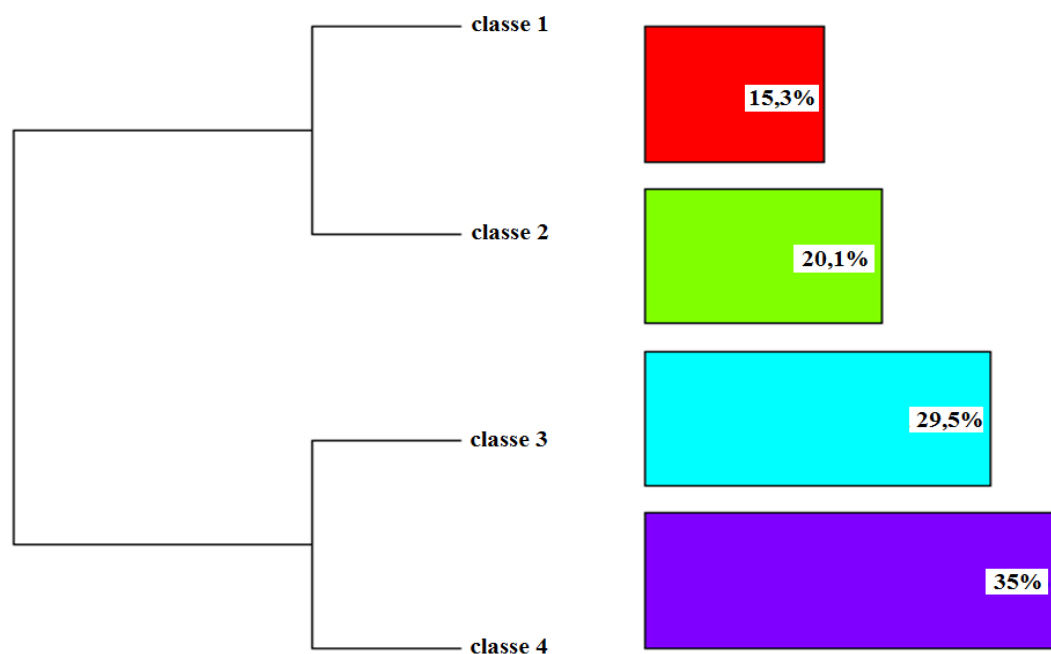
A renda mensal por habitante (per capita) em 2015 no Brasil foi de R\$ 1.113, segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A unidade com a maior renda per capita mensal foi o Distrito Federal (2.254). A menor renda foi registrada no Maranhão, com R\$ 509 reais⁽¹⁴⁾.

Ao final da análise realizada pelo IRAMUTEQ, foram identificadas 170 unidades de contextos iniciais, divididos em 875 segmentos de textos. Para análise, o programa classificou 665 segmentos de textos, que representam 76,0 % do aproveitamento do material. Os segmentos classificados foram divididos em 04 classes. Cada classe é descrita pelas palavras mais significativas (mais frequentes) e pelas respectivas associações com a classe (qui-quadrado). Neste sentido, as palavras analisáveis foram distribuídas nas quatro classes desse estudo, da seguinte forma: classe um, com 102 segmentos de textos, correspondendo a 15,34% do total de segmento de texto; classe dois, com 134 segmentos de textos,

correspondendo a 20,15% do total de segmento de texto; classe três, com 196 segmentos de texto, correspondendo a 29,47% do total de segmento de textos; classe quatro, com 233 segmentos de textos, correspondendo a 35,04% do total de segmento de texto; conforme o dendograma representado na Figura 1. Assim o estudo traz as representações que emergiram das falas dos sujeitos a partir da percepção dos pacientes em programa de hemodiálise ambulatorial acerca da doença renal crônica.

Pela Classificação Hierárquica Descendente a análise e discussão das classes devem acompanhar o dendograma com suas partições, conforme figura 1.

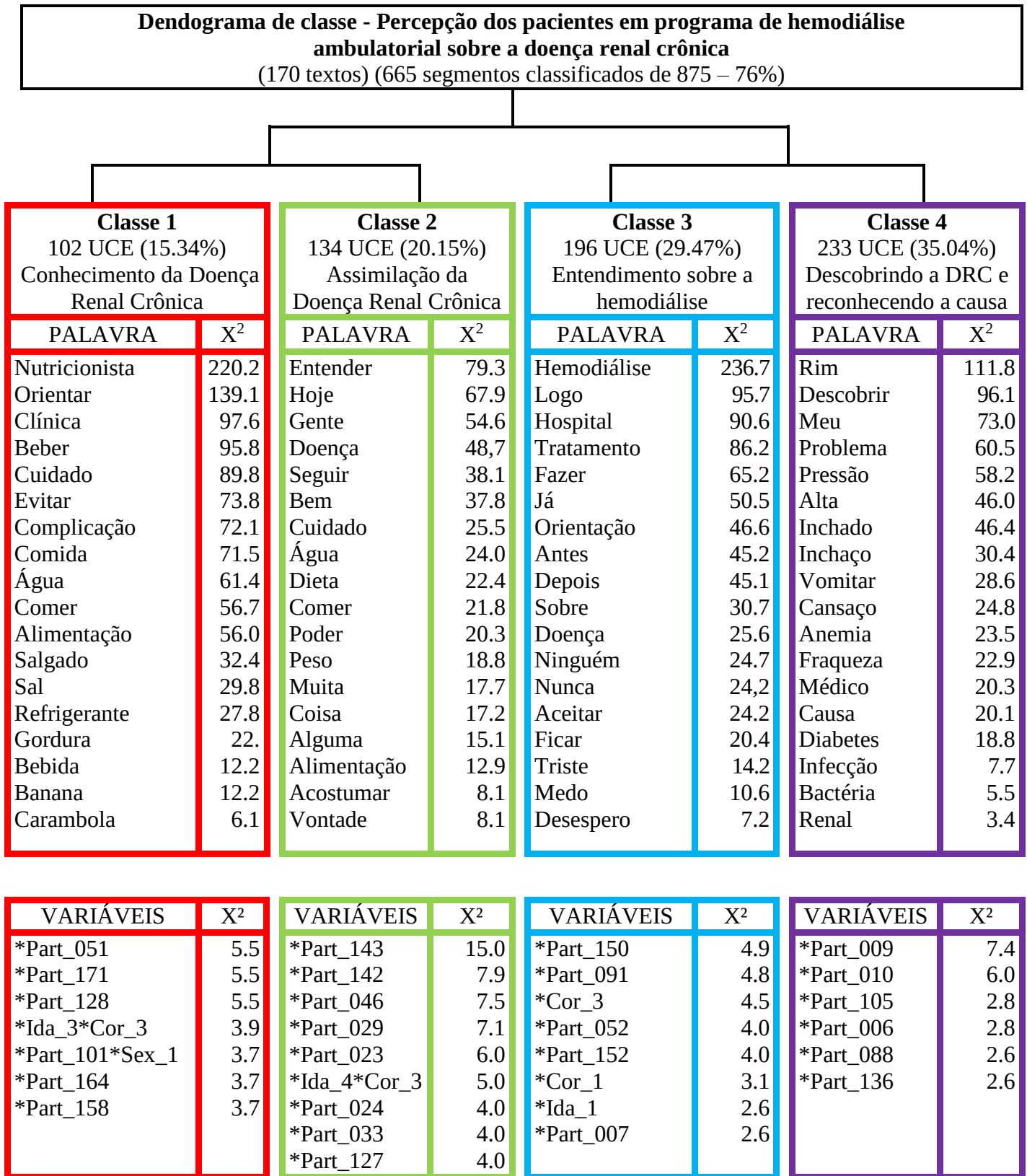
Figura 1-Dendograma das classes obtidas a partir do corpus. Bacabal, MA, Brasil, 2016



Após a revelação das quatro classes semânticas por meio da Classificação Hierárquica Descendente. Os autores fizeram a identificação e análise dos domínios textuais, interpretação dos significados e nomeação das classes: Classe 1 – Conhecimento da Doença Renal Crônica; Classe 2 – Assimilação da Doença Renal Crônica; Classe 3 – Entendimento sobre a hemodiálise; Classe 4 – Descobrimo a DRC e reconhecendo a causa.

Para a construção do dendograma representado na figura 2 e para análise subsequente foram consideradas as palavras de cada classe com frequência igual ou maior que a frequência média e com valor de χ^2 mais elevado.

Figura 2- Dendograma de classe representando a percepção dos pacientes em programa de hemodiálise ambulatorial sobre a doença renal crônica, Bacabal - MA, Brasil, 2016.



Ao realizar a leitura do dendograma, observou-se que o corpus deste estudo foi dividido (1ª partição ou iteração) em dois subcorpus ou eixos, obtendo as classes 1 e 2 de um lado e as classes 3 e 4 do outro lado. A CHD parou aqui, já que as 4 classes ficaram estáveis. As classes 1 e 2, 3 e 4 tiveram maior proximidade de conteúdo. A leitura deve acontecer da esquerda para a direita, como é recomendado, na qual a sequência de análise será: classe 1, classe 2, classe 3 e classe 4.

Classe 1 – Conhecimento da Doença Renal Crônica

Na classe 1, o conteúdo das 102 UCE's (que corresponde a 15,34% do corpus total) está associado diretamente a classe 2. Tem como vocábulos de maior frequência (nutricionista, orientar, clínica, beber, cuidado, evitar, complicação, comida, água, comer, alimentação, salgado, sal, refrigerante, gordura, bebida, banana, carambola).

Os participantes da pesquisa citaram como conhecimento adquirido as orientações dietéticas para prevenir complicações decorrentes da doença renal. Orientações estas, recebidas já na fase dialítica e tendo a nutricionista da unidade de diálise como a principal profissional responsável pelas informações. Ficando evidente que os participantes da pesquisa conhecem a doença renal crônica pelo que é permitido e proibido na alimentação.

P051 – (...) Tenho que ter cuidado se não complica, O meu cuidado maior e com a alimentação, bebo pouca água e não como salgado, é isso ai que a nutricionista me disse (...).

P164 – (...) Ter uma boa alimentação não beber muito líquido evitar certas comidas, procuro sempre fazer o tratamento correto, a nutricionista me passou uma lista completa do que eu tinha que fazer, eu evito o sal, a gordura, refrigerante e não como toda fruta (...).

P071 – (...) Fui orientado pela Nutricionista, ela me disse que eu tenho que ter cuidado com a alimentação, evitar banana, carne vermelha e comer muito peixe e beber pouca água (...).

P059 – (...) A gente deve aceitar a orientação sobre esta doença. A Nutricionista sempre passa pra orientar a gente, eu tenho que evitar comer comida oleosa, evitar comida salgada, evitar banana, melancia e a carambola (...).

Nas fases mais avançadas da DRC, *estágios 4 e 5*, o acompanhamento desses pacientes deverá ser realizado por uma equipe multiprofissional nos Ambulatórios de Atenção Especializados em Doença Renal Crônica, que pode ser a própria Unidade de Diálise ⁽⁴⁾. Para o paciente em estágio final da DRC que faz hemodiálise, uma alimentação equilibrada irá evitar complicações e melhorar a sua qualidade de vida. Uma dieta especial é parte integrante do seu tratamento. A intervenção dietética nestes pacientes tem como objetivos: recuperar e manter o bom estado nutricional; minimizar o catabolismo proteico decorrente do processo dialítico; garantir uma ingestão adequada de nutrientes; manter o equilíbrio acido-básico, hidoeletrolítico, de vitaminas e minerais; prevenir e retardar as complicações metabólicas ^(15, 16, 17).

Pacientes em hemodiálise necessitam de um aporte proteico maior, pois o tratamento pode contribuir para a diminuição das reservas corporais de proteínas. A dieta torna-se mais liberal, sendo necessário aumentar a ingestão diária de proteínas para compensar as perdas. Nestes casos recomenda-se a ingestão diária de 1,2g/Kg/dia de proteínas. Torna-se então necessário, aumentar o consumo de alimentos ricos em proteínas como: carne, peixe, ovos, leite e derivados ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

O consumo de sódio e líquidos nestes pacientes varia de acordo com os níveis pressóricos, presença de edema, ganho de peso interdialítico e nível sérico de sódio. A ingestão de sódio e líquidos é controlada para que o ganho de peso interdialítico se mantenha entre 2 a 5% do peso corporal ^(17, 18).

Na Doença Renal Crônica Terminal (DRCT), os rins reduzem a capacidade de excreção de potássio. A restrição de potássio na dieta, é importante para evitar hipercalemia interdialítica e reduzir o risco de arritmias. A quantidade a ser ingerida dependerá dos seus valores séricos, débito urinário e frequência de hemodiálise ⁽¹⁷⁾. Exemplo de alimentos com alto teor de potássio que deve ser consumido com moderação: banana, melão, laranja, abacate, água de coco, mamão, e hortaliças. A carambola, independentemente do seu teor de potássio, apresenta uma substância tóxica que pode causar desde soluços até coma e morte nestes doentes ^(18,19).

A hiperfosfatemia está entre os fatores que contribuem para o desenvolvimento do hiperparatireoidismo secundário, que também está associado com o aumento da morbimortalidade nesses pacientes, principalmente relacionado a eventos cardiovasculares ⁽¹⁷⁾. Exemplos de alimentos ricos em fósforo que devem ser evitados: atum, sardinha, miúdos de frango, fígado de boi, embutidos (salsicha, linguiça, salame, etc.), enlatados e molhos

prontos (azeitona, milho, ervilha, molho de tomate, maionese, molho inglês, etc.), salgadinhos de pacote, sopas prontas, amendoim, castanha de caju e refrigerantes ⁽¹⁸⁾.

Classe 2 – Assimilação da Doença Renal Crônica

Na classe 2, o conteúdo das 134 UCE's (que corresponde a 20,15% do corpus total) está associado diretamente a classe 1. Tem como vocábulos de maior frequência (entender, hoje, gente, doença, seguir, bem, cuidado, água, dieta, comer, poder, peso, muita, coisa, alguma, alimentação, acostumar, vontade).

Percebem-se nos relatos abaixo que a percepção dos entrevistados sobre a doença renal crônica limita-se ao conhecimento dos cuidados relacionados com a parte alimentar e ingestão de líquidos, assimilando a doença renal crônica à dieta que são impostos a cumprirem. Verbalizando como entendimento adquirido o cuidado com a alimentação e principalmente com a ingestão de líquidos.

P142 – (...) Hoje eu estou bem melhor, já entendo mais a doença, a gente fica cismado, não pode comer quase nada, essa doença é muito complicada não posso comer tudo que eu quero (...).

P046 – (...) O que eu sei dessa doença e que agente não pode beber muita água, eu não urino mais, aí o cabra tem que regradar na água, a dieta que eu faço e só a água mesmo, agora comer eu como bastante (...).

P127 – (...) Entendo que não é uma doença de se ficar apavorada, a gente tem que se conformar e ter uma alimentação boa, não comer toda coisa, não beber muita água (...).

As restrições dietéticas do paciente renal crônico faz parte dos cuidados que se deve ter durante os *estágios* da DRC. Nos *estágios* 1, 2, 3 e 4 (pré-dialítico) inclui a terapêutica das doenças causadoras da DRC, monitorização do paciente, controle da pressão arterial, da acidose metabólica, da hipercalemia, da anemia e da osteodistrofia renal e a determinação de restrições dietéticas. A avaliação e o manejo nutricional dos pacientes nestes *estágios* podem assegurar o retardamento da progressão da doença, a redução da toxicidade urêmica e a manutenção de um adequado estado nutricional, prevenindo, assim, a desnutrição ^(1, 4, 15).

Em *estágio 5* (dialítico) os pacientes estão mais suscetíveis à desnutrição e, portanto, devem ser monitorizados quanto aos sinais precoces como: perda de peso e diminuição da concentração plasmática de albumina. Neste *estágio* deve-se também ter cuidado com a restrição hídrica na dieta para evitar complicações cardio-respiratórias. O controle hídrico pode ser feito através da monitoração cuidadosa do peso corporal e do volume de excreção urinária. Em todas as situações, deve-se respeitar a condição clínica e alteração laboratorial do paciente ^(1, 15, 20).

A terapêutica nutricional tem sido utilizada, há varias décadas, no tratamento de pacientes com DRC. O estado nutricional do paciente com DRC é um dos principais fatores prognósticos de maior morbi-mortalidade ⁽¹⁵⁾. Portanto, o tratamento adequado para o retardo na progressão da DRC e a prescrição de uma dieta adequada para evitar desnutrição são os principais objetivos no manejo de pacientes com DRC ⁽¹⁾. Por isso, deve-se procurar, dentro do possível, fornecer uma dieta que satisfaça as necessidades fisiológicas de manutenção do organismo e otimizando um bom estado nutricional.

A metodologia utilizada para avaliação do estado nutricional em paciente com a DRC inclui: historia nutricional, a avaliação dos sinais clínicos de desnutrição, variação de peso, medidas antropométricas, determinações laboratoriais séricas e urinarias. A albumina sérica é forte preditor da morbidade e mortalidade dos pacientes com DRC em tratamento conservador e em processo de diálise, quanto mais baixo o nível sérico maior o risco de mortalidade. Nos pacientes urêmicos a avaliação nutricional é de fundamental importância e deve sempre estar presente no atendimento aos renais crônicos ^(16, 20).

Para tanto, o controle dietético desses pacientes é de difícil condução, pois a perda da função renal afeta a maior parte dos outros sistemas orgânicos, modifica o hábito alimentar, a qualidade de vida, bem como leva à restrição de muitos alimentos. À proporção que os nutrientes são restritos a adesão ao tratamento também se torna mais difícil, podendo levar a complicações relacionadas com os fatores nutricionais ^(15, 16).

Classe 3 – Entendimento sobre a hemodiálise

Na classe 3, o conteúdo das 196 UCE's (que corresponde a 29,47% do corpus total) está associado diretamente a classe 4. Tem como vocábulos de maior frequência (hemodiálise, logo, hospital, tratamento, fazer, já, orientação, antes, depois, sobre, doença, ninguém, nunca, aceitar, ficar, triste, medo, desespero).

Os entrevistados disseram que após o atendimento hospitalar foi constatado a doença renal crônica terminal e imediatamente foi iniciado o tratamento de hemodiálise, sem um entendimento prévio sobre a doença renal e o tratamento hemodialítico. Sendo este momento de grande aflição e temor enfrentado pelo paciente.

Compreende-se assim, que a descoberta da DRC foi feita no estágio mais avançado da doença renal, quando o paciente já estava necessitando de uma Terapia de Substituição Renal. O mesmo se vê na obrigação de enfrentar uma nova realidade e de adaptar-se sem um conhecimento adequado sobre o tratamento dialítico e as restrições impostas pela doença. A informação e um processo participativo que contribui para formação e o desenvolvimento de uma percepção crítica dos pacientes e familiares, preparando-os para um melhor enfrentamento dos problemas.

P034 – (...) No Hospital eu já iniciei o tratamento de hemodiálise foi logo, imediatamente. Não fui orientada sobre a doença e esse tratamento, nem sabia que existia isso, fiquei triste preocupado para saber como que eu ia fazer para viajar (...).

P094 – (...) Foi descobrindo a doença e logo fazendo a hemodiálise, na mesma tarde quando eu fui internada. Não tive orientação sobre essa doença e o tratamento, eu nem sabia assim o que era que tinha que fazer nessa máquina, fiquei com medo não queria fazer o tratamento por que tinha medo (...).

P122 – (...) Foi ligeiro! Já fui mal para o Hospital. Quando descobriram a doença comecei logo fazer a hemodiálise. Antes da diálise eu não tive orientação, quando o médico me falou que eu tinha que fazer esse tratamento eu não queria aceitar, fiquei com muito medo (...).

Como se observa, a descoberta da DRC foi feita no estágio avançado (dialítico), tardiamente e não dando tempo para as medidas nefroprotetoras e os esclarecimentos ao paciente sobre a doença e as formas de tratamento. Fica evidente que há uma falha na condução da evolução da DRC. Explicitando assim, a discrepância entre o aparente acesso aos serviços de saúde, em relação ao cumprimento da portaria 1.168/GM/MS de 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (PNAPDR) e portaria 389/GM/MS de 13 de março de 2014 que define os critérios para a organização da linha de cuidado do paciente com Doença Renal Crônica ^(9, 21).

A proposta da PNAPDR foi de criar um modelo de atenção e gestão em que os usuários fossem acompanhados de forma integral nos três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade, em consonância com o que preconiza o Sistema Único de Saúde. Sendo competência das três esferas de governo a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença renal. Uma das estratégias da PNAPDR é a criação de plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Renais como parte integrante dos planos estaduais e municipais de saúde ⁽²¹⁾.

Dez anos depois, o Ministério da Saúde edita em 2014 a Portaria 389. Esta portaria amplia o atendimento à pessoa com doença renal crônica (DRC). Estados e municípios deveriam ofertar serviços de acompanhamento desses pacientes em diferentes estágios, além da diálise e transplante renal, disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). Cria também, um novo tipo de serviço, que é o Ambulatório Especializado em DRC, que poderá ser instalado em um ambulatório ou consultório. Nele, será feito o acompanhamento ambulatorial do paciente na fase pré-diálise com equipe multiprofissional, formada por no mínimo dos seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro nefrologista, psicólogo, assistente social e nutricionista ⁽⁹⁾.

Um importante ponto da Portaria nº 389 foi a divisão das ações no manejo ao paciente com risco ou diagnóstico da DRC, definindo as atribuições da atenção básica e da atenção especializada ambulatorial, conforme a estratificação da DRC. Dentre as várias atribuições, esta incluída a realização de atividades educativas ao paciente com risco ou diagnóstico da DRC ⁽⁹⁾. A abordagem educativa deve ser realizada com uma linguagem acessível e de forma dialógica, para o esclarecimento sobre a doença renal e adoção de hábitos saudáveis, como estratégia para estimular a participação do cliente em seu tratamento, levando-o a entenderem seu estado e o direito de conhecer as formas do cuidar de si sem imposição ou dificuldade ^(1,4).

O conhecimento adequado do paciente sobre a doença e o tratamento pode funcionar como um fator facilitador de adesão ao tratamento. Sendo considerado um componente essencial na formulação de estratégias que buscam diminuir a não adesão do paciente ao tratamento ⁽²²⁾. As orientações educativas devem ser oferecidas de forma a serem apropriadas para a vida cotidiana dos indivíduos, sendo necessário treinamento e motivação de toda a equipe envolvida. Apesar das dificuldades financeiras do sistema de atenção à saúde, é imperativa a adoção de estratégias, organizar e preparar as equipes de saúde para adotarem, na prática clínica, os protocolos clínicos específicos, na assistência aos pacientes de risco ou com DRC.

Classe 4 – Descobrimdo a DRC e reconhecendo a causa

Na classe 4, o conteúdo das 233 UCE's (que corresponde a 35,04% do corpus total) está associado diretamente à classe 3. Tem como vocábulos de maior frequência (rim, descobrir, meu, problema, pressão, alta, inchado, inchaço, vomitar, cansaço, anemia, fraqueza, médico, causa, diabetes, infecção, bactéria, renal).

Os participantes contaram a sua experiência em vivenciar o início do problema renal, percebem-se pelos relatos que a descoberta da DRC se deu por acaso, após o surgimento dos primeiros sintomas como: inchaço, dificuldade respiratória, perda de peso, vômitos, fraqueza e anemia. Levando a crer que estes pacientes não tiveram uma orientação previa sobre a doença e as medidas preventivas.

P136 – (...) Eu sentia esses problemas nas minhas pernas, perna pesada e os tornozelos inchados, sentia um cansaço e eu pensava que o problema era coração. Então fui para Teresina, lá fiz todo tipo de exames e o médico encontrou meu problema no rim (...).

P09 – (...) Apareceu um problema na minha barriga, eu pensei que fosse um cisto, fiquei enjoada vomitava direto, perdi muito peso, uns dez quilos. Me consultei no postinho, o médico pediu uns exames e um ultrassom, quando ele viu o resultado dos meus exames ele me encaminhou para um nefrologista(...).

P029 (...) Primeiro apareceu umas manchas no meu corpo, eu também estava sem apetite, vomitando e com diarreia, e aí eu procurei um médico dermatologista por causa da mancha no meu corpo, achando que o problema fosse por isso, e depois dos exames ele descobriu que eu estava com problema nos meus dois rins (...).

A DRC no Brasil é subdiagnosticada e subtratada, resultando em evolução desfavorável. Apresenta um curso inicial silencioso, os sintomas surgem apenas em estágios mais avançados da doença. Junto com essa sintomatologia aparecem as complicações associadas, especialmente cardiovasculares, com prognóstico incerto e podendo levar a uma redução acentuada da sobrevida dos pacientes acometidos ⁽¹⁾.

Pacientes portadores da DRC nas fases iniciais há a necessidade do acompanhamento médico nefrológico através de consultas periódicas e realização de exames diagnósticos que avalie a taxa de filtração glomerular, objetivando a prevenção das complicações e da progressão da DRC para níveis dialíticos ⁽²⁰⁾.

O tratamento ideal da DRC é baseado em três pilares: diagnóstico precoce da doença, encaminhamento imediato para tratamento nefrológico e a implementação de medidas para preservar a função renal. A detecção precoce de lesão renal e adoção da terapêutica adequada retarda a progressão da DRC, melhorando o bem-estar do paciente e diminuindo o risco de complicação. Portanto, portadores da DRC necessitam de uma intervenção ainda nas fases iniciais, uma vez que a presença de uma DRC interfere na qualidade de vida da pessoa acometida ^(1, 23).

Fica evidente no dendograma, na classe 4, que a hipertensão arterial e a diabetes mellitus foram as doenças mais citadas como fator desencadeante da Doença Renal Crônica. Verifica-se que os entrevistados tem uma compreensão sobre a patologia de base que desencadeou o surgimento da DRC, mas esse entendimento só foi adquirido na fase avançada da doença e que antes da descoberta da DRC não sabiam que estas patologias pudessem levar a um problema renal.

P009 (...) O médico que me atendeu disse que a causa foi a minha pressão alta. Lá no postinho da minha cidade eu não tive nenhuma orientação sobre problema renal, não mesmo! Eu não sabia que esse problema da pressão pudesse dar problema nos rins. (...).

P059 (...) Andei por vários hospitais até descobrirem que o meu problema era renal. A causa foi a pressão, eu só fui saber da causa aqui na clínica. O médico do posto passava os remédios da pressão, mais lá ninguém falou nada sobre esse problema em meu rim (...).

P019 (...) O que causou a doença nos meus rins foi a diabetes, eu sou diabético, o médico me falou. Só que antes eu não sabia que a diabetes pudesse causar isso no rim (...).

Segundo dados do Censo da SBN, realizado em 2016, os hipertensos e os diabéticos são as pessoas com maior risco no Brasil para desenvolver uma DRC, pois de acordo com a estimativa da SBN, a maioria (64%) dos pacientes em hemodiálise apresentava como

diagnóstico de base da DRC a hipertensão arterial e diabetes mellitus, sendo a hipertensão a maior causa com 35% e a diabetes a segunda causa com 29% ⁽⁸⁾.

No Brasil as atenções com a DRC são voltadas, quase que exclusivamente, aos seus estágios finais que seria quando o paciente necessita de Terapia Renal Substitutiva ⁽¹⁾. É preciso detectar os grupos de risco, principalmente hipertensos e diabéticos, bem como os pacientes com a DRC instalada, nos quais a avaliação da função renal é imprescindível. O avanço da DRC pode ser avaliado pela análise da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e nos estágios iniciais a DRC pode ser retardada ou prevenida com tratamentos adequados ^(4,20).

Outra medida essencial seria trabalhar as intervenções primárias na Atenção Básica para identificar os grupos de riscos e promover junto aos mesmos uma abordagem educativa permanente; para esclarecimentos sobre as patologias de base, a DRC e o tratamento; utilizando uma linguagem acessível e levando o indivíduo a entender seu estado patológico, a fim de contribuir para que os mesmos possam ter condições de enfrentar toda a problemática decorrente do seu estado de saúde ^(1, 22).

É importante salientar que o renal crônico é um paciente multidisciplinar, sendo necessário para o seu acompanhamento e tratamento adequado à atuação não apenas do nefrologista, mais também da enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros. Visando um trabalho conjunto para realização das medidas preventivas na evolução da Doença Renal Crônica ^(9, 23).

CONCLUSÃO

Por meio da percepção do paciente com doença renal crônica (DRC) em tratamento de hemodiálise ambulatorial, observou-se neste estudo que os participantes da pesquisa compreendem a DRC pelo que é permitido e proibido na alimentação, associando a doença renal aos cuidados dietéticos recebidos no estágio dialítico da doença. Citaram como principal entendimento a restrição hídrica e de alguns alimentos para prevenir as complicações impostas pela doença e pelo tratamento hemodialítico que estão sendo submetidos. Orientações estas, recebidas no estágio final da doença, fase dialítica, e tendo a nutricionista da unidade de diálise como principal profissional responsável pelas informações. A terapêutica nutricional dos pacientes portadores de DRC faz parte do processo de condução e tratamento em todos os estágios da DRC, sendo o controle dietético destes pacientes importante para a prevenção da progressão da DRC e de complicações.

Os resultados também mostraram que a descoberta da DRC aconteceu de forma tardia, no estágio dialítico, após o surgimento dos primeiros sintomas. Evidenciando que nesta população estudada, a atenção a saúde em relação a DRC foi feita nos estágios mais avançados da doença renal, quando o paciente já necessitava de uma terapia renal substitutiva.

Iniciaram o tratamento dialítico sem conhecimento adequado sobre a DRC e o tratamento de hemodiálise. O momento da descoberta da DRC e o início do tratamento foi bastante crítico para estes pacientes, ocasionado por uma falta de orientação e ausência de preparo psicológico prévio. Ficando o paciente obrigado a enfrentar uma nova realidade e adaptar-se, sem um conhecimento adequado às limitações e restrições imposta pela doença. Desta forma, podemos evidenciar neste estudo pouca eficiência da Política Nacional de Atenção ao Portador de DRC no local estudado.

A hipertensão arterial e a diabetes mellitus foram as doenças mais citadas como fator desencadeante da DRC. Verifica-se que os entrevistados tem uma compreensão sobre a patologia de base que desencadeou o surgimento da DRC, mas esse entendimento só foi adquirido durante o tratamento dialítico, antes da descoberta do problema renal eles não sabiam que estas enfermidades pudessem levar a uma disfunção renal. Sendo assim, há a necessidade de atenção com este grupo de risco, nos quais a abordagem educativa e a avaliação da função renal são fundamentais para um tratamento adequado visando à prevenção e a progressão da DRC.

Apesar das dificuldades financeiras do sistema de atenção à saúde é necessário pôr em prática a legislação vigente, organizar e preparar as equipes de saúde para adotarem, na prática clínica, os protocolos clínicos específicos na assistência aos pacientes de risco e aos portadores da DRC, levando a esta clientela informações com embasamento teórico, no intuito de prevenir a doença, suas complicações, modificar comorbidades presentes e preparo adequado a uma terapia de substituição renal.

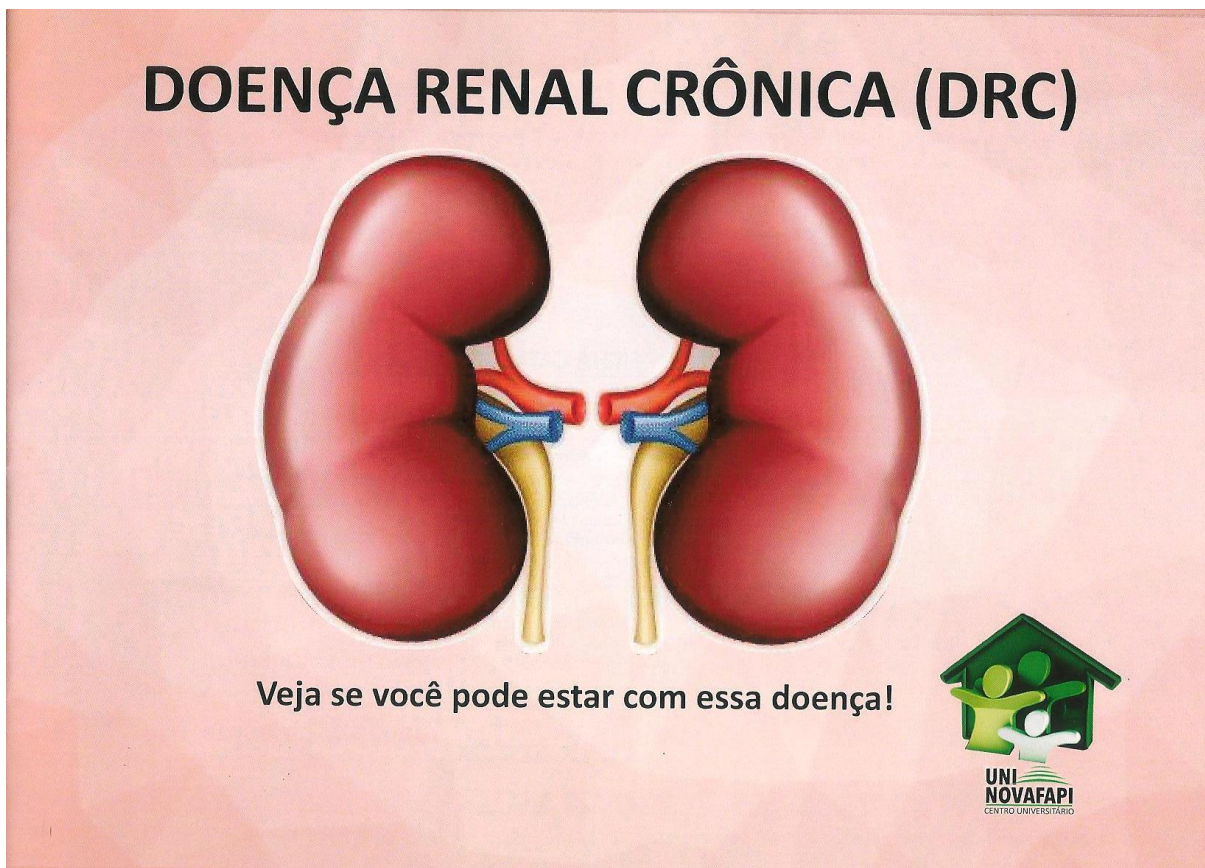
REFERÊNCIAS

1. BASTOS, M. G.; Kirsztajn, G. M. 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. [Internet]. 2011 [acesso em: 10 dez 2014]; 33(1): 93-108. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S010128002011000100013>.
2. PRETTO, L. M.; Ott, J. N.; Pletsch, M. U.; Winkelmann, E. R. Perfil renal de indivíduos diabéticos tipo 2 cadastrados na Estratégia de Saúde da Família de Ijuí/RS. Rev. Cont. &

- Saúde. [Internet]. 2011 Ijuí, v. 10, n. 20, Jan./Jun. 2011 [acesso em: 10 fev 2015]; 11(20):391-400. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.391-400>
3. KIRSZTAJN, G. M.; Filho, N. S.; Draibe, S. A.; Netto, M. V. P.; Thomé, F. S.; Souza, E. et. al. Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. J Bras Nefrol 2014;36(1):6373
 4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. [acesso em: 10 dez 2014]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizesclincascuidadopacienterenal.df>
 5. BEZERRA, G. C.; Oliveira, V. S.; Santos, I. C. R. V.; Silveira, F. M. M. Implementação do grupo hiperdia em uma unidade de saúde da família: um relato de experiência. Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde. 2015; 1(1): 19-22.
 6. VIVEKANAND, JHA; Guillermo, G.G; Kunitoshi I; Zuo L; Saraladevi, N; Brett P. et. al. Chronic kidney disease: global dimensions and perspectives. The Lancet. 2013; 382(9888): 260-72.
 7. PEREIRA, E. R. S.; Pereira, A.C.; Andrade, G. B.; Naghettini, A.V.; Pinto, F. K. M. S.; Batista, S. R. et. al. Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. J Bras Nefrol 2016;38(1):22-30
 8. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA- SBN [Internet]. Censo de diálise SBN 2016; 2016 [acesso em: 18 mai. 2017]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>.
 9. PORTARIA nº 389, de 13 de março de 2014 (BR) [Internet]. Diário Oficial da União. 13 mar. 2014 [acesso em: 17 dez 2014]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html.
 10. FONTANELLA, B.J.B.; Luchesi, B.M.; Saidel, M.G.B.; Ricas, J.; Turato, E. R.; Melo, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(2):388-394.
 11. RATINAUD P, Marchand P. Application of the ALCESTE method to the large corpus and stabilised lexical worlds or 'cablegate', using IRAMUTEQ. Actes des 11eme JADT [Internet]. 2012 [cited 2015 Out 14]:835-44. Available from: <http://lexicométrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud,%20Pierre%20et%20al.%20-%20Application%20de%20la%20methode%20Alceste.pdf>
 12. REINERT M. Une methode de classification descendante hierarchique: application a l'analyse lexicale par contexte. Les Cahiers de l'Analyse des Donnees. 1983; 8(2):187-98. Available from: <https://eudml.org/doc/88079>
 13. IBGE [Internet]. Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [acesso em: 18 nov. 2016]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45700.pdf>

14. IBGE [Internet]. Renda Domiciliar Per Capita 2015. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015 [acesso em: 18 nov. 2016]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2015_20160420.pdf
15. RIELLA, M.C. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólitos . 5st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
16. NEZU, U.; Kamiyama, H.; Kondo, Y.; Sakuma, M.; Morimoto, T.; Ueda, S. *et al.* Effect of low-protein diet on kidney function in diabetic nephropathy: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*. 2013 may;3(5).
17. DAUGIRDAS, J. T. ; Blake, P. G. ; Ing, T.S. Manual de Diálise. 5 st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
18. CUPPARI, L. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar - Nutrição clínica no adulto. 3 st ed. São Paulo: Manole, 2014.
19. MOREIRA, F. G.; Iervolino, R. L.; Dall'Orto, S. Z.; Beneventi, A. C. A.; Filho, J. L. O.; Góis, A. F. T. Intoxicação por carambola em paciente com insuficiência renal crônica: relato de caso. *Ver. Bras. Ter. Intensiv.* [Internet]. 2010 [acesso em: 12 mai 2015]; 22(4):395-398. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2010000400013>
20. STEVENS P.E.; Levin, A. Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: Synopsis of the Kidney Disease: Improving Global Outcomes 2012. Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 2013; 158:825-830.
21. Portaria nº 1.168 de 15 de junho de 2004 (BR) [Internet]. Diário Oficial da União. 17 jun. 2004 [acesso em: 16 dez 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1168_15_06_2004.html.
22. CANHESTRO, M. R.; Oliveira, E. A.; Soares, C. M. B.; Marciano, R. C.; Assunção, D. C.; Gazzinelli, A. Conhecimento de pacientes e familiares sobre a Doença Renal Crônica e seu tratamento conservador. *Rev. Min. Enferm.* [Internet]. 2010 [acesso em: 10 out 2014];14(3): 335-344. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622010000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
23. MELLO, D. B.; Moreira, M. C. N. O protagonismo de jovens com doença renal crônica e a dívida na construção da atenção à saúde. *Saúde Soc.* [Internet]. 2016 [acesso em: 27 mai 2017]; 25(1):206-217. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016138331>.

4.2 Produto - Cartilha de orientação aos pacientes sobre a Doença Renal Crônica



FICHA TÉCNICA

Organização:

Afonso Paulo Costa Ferro
 Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita
 Prof. Dr. Benedito Borges da Silva
 Prof.ª Dr.ª Eliana Campêlo Lago

Projeto Gráfico:

André Barros

FICHA CATALOGRÁFICA

F383d Ferro, Afonso Paulo Costa.

Doença renal crônica / Afonso Paulo Costa
 Ferro. – Teresina: Uninovafapi, 2016.

Orientador (a): Prof. Dr. Gerardo
 Vasconcelos Mesquita. Centro Universitário
 UNINOVAFAPI, 2016.

9. p.; il. 23cm.

Cartilha (Pós -Graduação Mestrado
 Profissional em Saúde da Família) – Centro
 Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2016.

1Doença renal crônica. 2.
 Conhecimento. I.Título. II. Ferro, Afonso
 Paulo Costa. III. Mesquita, Gerardo
 Vasconcelos.

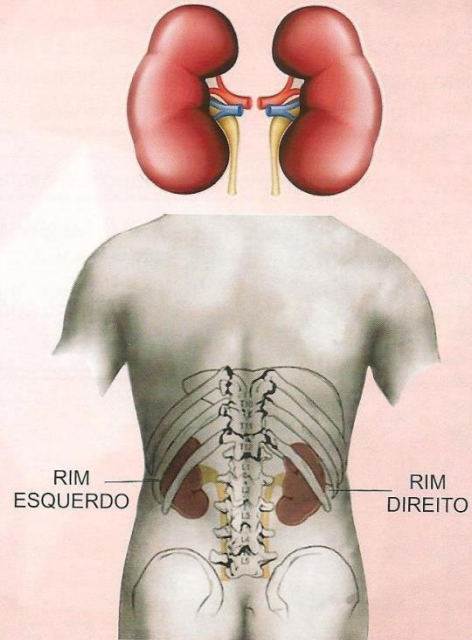
CDD 616.61

Primeiro vamos entender o que é o rim !

Os rins são um par de órgãos em forma de feijão que têm cerca 12 cm de comprimentos

Eles se localizam no nível de sua cintura, na parte de trás do seu corpo.

Todos os seres humanos têm dois rins que se encontram no lado direito e esquerdo da coluna vertebral

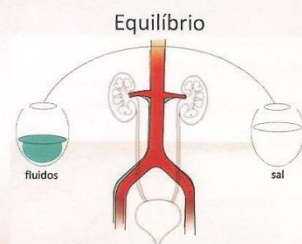
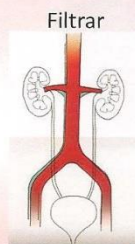
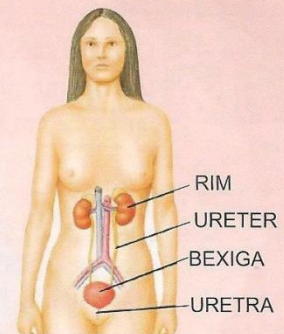


Para que servem os rins ?

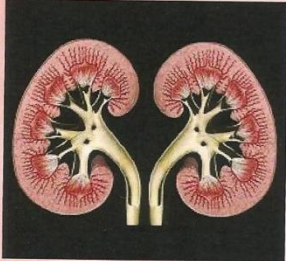
Os rins produzem urina. A urina corre a partir do rim para a bexiga através da ureter. A bexiga elimina a urina através da uretra.

Os rins têm três importantes funções. São elas:

- 1 - Filtram resíduos nocivos do sangue e os eliminam pela urina.
- 2 – Equilibram o nível de fluido e sal no corpo.
- 3 – Produzem hormônios.



O que é a DOENÇA RENAL CRÔNICA ?



A doença renal crônica consiste em uma lesão renal e geralmente perda progressiva e irreversível da função dos rins.

Atualmente cerca de um em cada 10 adultos é portador de doença renal crônica. A maioria destas pessoas não sabe que tem esta doença.

Muitas vezes, a doença renal está associada com diabetes, pressão alta e doenças do coração, o seu tratamento também ajuda a evitar outras complicações como infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e derrames.



O que é a DOENÇA RENAL CRÔNICA ?

O que mais assusta: é que esta doença nas fases iniciais, e na maioria dos casos, não provoca sintomas. Habitualmente não há dor nos rins ou diminuição do volume urinário e nem sempre existe alterações na aparência da urina. Os sintomas só vão aparecer nas fases mais avançadas da doença.

Portanto, como não há sintomas, a única forma de saber se os seus rins funcionam bem é através de um simples exame de creatinina no sangue e do exame de urina.

O diagnóstico precoce da DRC é essencial para o tratamento adequado.

O paciente leva uma vida normal. Os sintomas, geralmente, só aparecem nas fases avançadas da doença.



A Doença Renal e Insuficiência Renal

Se você está sofrendo de **DOENÇA RENAL**, pode ocorrer uma **INSUFICIÊNCIA RENAL**. Neste caso, os seus rins não são capazes de filtrar adequadamente os resíduos e fluidos do seu sangue e extraí-los do seu corpo

Quando os rins não funcionam adequadamente, você pode ter os seguintes sintomas: fadiga, náuseas, falta de apetite, anemia, coceira na pele, pressão alta, dificuldade de concentração, dificuldade de dormir ou sono excessivo, falta de ar.

Caso as funções renais não puderem ser restauradas e ambos os rins falharem, - então será necessária a diálise, pois a função dos rins estará menor que 15%.

SINTOMAS



FUNÇÃO RENAL
MENOR QUE 15%



fadiga



náuseas



falta de apetite



coceira na pele



pressão alta



dificuldade de
concentração



dificuldade de
dormir



sono
excessivo



falta de ar

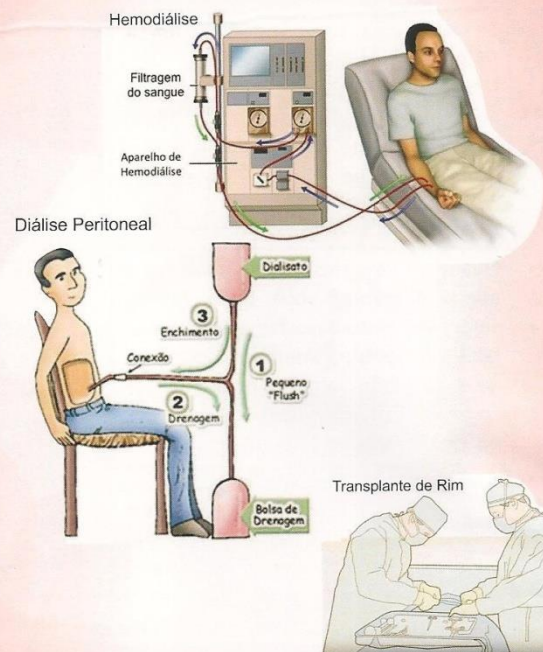
Diálise:

É quando a função dos rins são realizadas artificialmente. Existem dois tipos principais de diálise – hemodiálise e diálise peritoneal.

Na hemodiálise, o seu sangue é filtrado através de uma máquina de diálise fora do corpo.

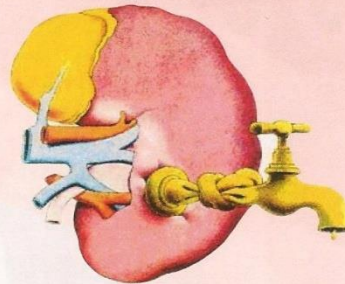
Na diálise peritoneal, um fluido dialítico é liberado através da sua cavidade abdominal, extraindo os resíduos do sangue.

Uma alternativa para a diálise é o transplante de rim. Você recebe um rim saudável de alguém.

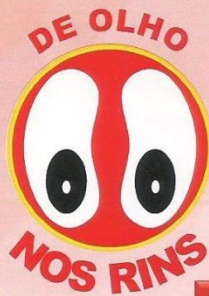


Detectando o risco de ter Doença Renal Crônica

- ❖ Você tem pressão alta?
- ❖ Você sofre de diabetes mellitus?
- ❖ Há pessoas com DRC na sua família?
- ❖ Você está acima do peso ideal?
- ❖ Você fuma?
- ❖ Você tem mais que 50 anos?
- ❖ Você tem problemas no coração ou nos vasos das pernas (doença cardiovascular)?



Se você respondeu SIM para pelo menos uma destas perguntas, consulte um médico. É preciso dosar a CREATININA no sangue e fazer o EXAME DE URINA !



A doença renal em suas fases iniciais tem um tratamento simples e eficaz, principalmente a base de dieta e medicações para tratamento da pressão alta e diabetes.

A prevenção é o melhor tratamento!



REFERÊNCIAS

BARROS, E.G. *et al.* Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.:37 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.168 de 15 de junho de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jun. 2004. Seção 1, p.50. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1168_15_06_2004.html>. Acesso em: 16 dez. 2014.

CANHESTRO, M. R. Conhecimento de pacientes e familiares sobre a Doença Renal Crônica e seu tratamento conservador. Rev. Min. Enfermeiro.;14(3): 335-344, jul./set., 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Disponível em: <<http://sbn.org.br/publico/tratamentos/tratamentoconservador/>>. Acesso em 27 de novembro de 2016.



Mestrado Profissional em Saúde da Família

Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro do Uruguai – Teresina – PI Cep: 64073-505
www.uninovafapi.edu.br * e-mail: mestradosaudedafamilia@uninovafapi.edu.br
Informações: (86) 2106-0680/2106-0681/2106-0723

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da percepção do paciente com doença renal crônica (DRC) em tratamento de hemodiálise ambulatorial, observou-se neste estudo que os participantes da pesquisa compreendem a DRC pelo que é permitido e proibido na alimentação, associando a doença renal aos cuidados dietéticos recebidos no estágio dialítico da doença. Citaram como principal entendimento a restrição hídrica e de alguns alimentos para prevenir as complicações impostas pela doença e pelo tratamento hemodialítico que estão sendo submetidos. Orientações estas, recebidas no estágio final da doença, fase dialítica, e tendo a nutricionista da unidade de diálise como principal profissional responsável pelas informações. A terapêutica nutricional dos pacientes portadores de DRC faz parte do processo de condução e tratamento em todos os estágios da DRC, sendo o controle dietético destes pacientes importante para a prevenção da progressão da DRC e de complicações.

Os resultados também mostraram que a descoberta da DRC aconteceu de forma tardia, no estágio dialítico, após o surgimento dos primeiros sintomas. Evidenciando que nesta população estudada, a atenção a saúde em relação a DRC foi feita nos estágios mais avançados da doença renal, quando o paciente já necessitava de uma terapia renal substitutiva.

Iniciaram o tratamento dialítico sem conhecimento adequado sobre a DRC e o tratamento de hemodiálise. O momento da descoberta da DRC e o início do tratamento foi bastante crítico para estes pacientes, ocasionado por uma falta de orientação e ausência de preparo psicológico prévio. Ficando o paciente obrigado a enfrentar uma nova realidade e adaptar-se, sem um conhecimento adequado às limitações e restrições imposta pela doença. Desta forma, podemos evidenciar neste estudo pouca eficiência da Política Nacional de Atenção ao Portador de DRC no local estudado.

A hipertensão arterial e a diabetes mellitus foram as doenças mais citadas como fator desencadeante da DRC. Verifica-se que os entrevistados tem uma compreensão sobre a patologia de base que desencadeou o surgimento da DRC, mas esse entendimento só foi adquirido durante o tratamento dialítico, antes da descoberta do problema renal eles não sabiam que estas enfermidades pudessem levar a uma disfunção renal. Sendo assim, há a necessidade de atenção com este grupo de risco, nos quais a abordagem educativa e a avaliação da função renal são fundamentais para um tratamento adequado visando à prevenção e a progressão da DRC.

Apesar das dificuldades financeiras do sistema de atenção à saúde é necessário pôr em prática a legislação vigente, organizar e preparar as equipes de saúde para adotarem, na

prática clínica, os protocolos clínicos específicos na assistência aos pacientes de risco e aos portadores da DRC, levando a esta clientela informações com embasamento teórico, no intuito de prevenir a doença, suas complicações, modificar comorbidades presentes e preparo adequado a uma terapia de substituição renal.

Como contribuição deste estudo foi feita uma cartilha contendo informações relacionadas à DRC e que será distribuída às pessoas com risco do desenvolvimento da doença e aos acometidos desta enfermidade.

REFERÊNCIAS

BASTOS, M. G.; Kirsztajn, G. M. 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. [Internet]. 2011 [acesso em: 10 dez 2014]; 33(1): 93-108. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S010128002011000100013>.

_____, M. G.; Bregman, R.; Kirsztajn, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2010 [acesso em: 10 dez 2014]; 56(2): 248-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000200028>

BEZERRA, G. C.; Oliveira, V. S.; Santos, I. C. R. V.; Silveira, F. M. M. Implementação do grupo hiperdia em uma unidade de saúde da família: um relato de experiência. Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde. 2015; 1(1): 19-22.

BRASIL. Portaria nº 1.168 de 15 de junho de 2004 (BR) [Internet]. Diário Oficial da União. 17 jun. 2004 [acesso em: 16 dez 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1168_15_06_2004.html.

_____. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [acesso em: 10 jan 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

_____. Portaria nº 389, de 13 de março de 2014 (BR) [Internet]. Diário Oficial da União. 13 mar. 2014 [acesso em: 17 dez 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html.

IBGE [Internet]. Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [acesso em: 18 nov. 2016]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45700.pdf>

_____. [Internet]. Renda Domiciliar Per Capita 2015. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015 [acesso em: 18 nov. 2016]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2015_20160420.pdf

CANHESTRO, M. R.; Oliveira, E. A.; Soares, C. M. B.; Marciano, R. C.; Assunção, D. C.; Gazzinelli, A. Conhecimento de pacientes e familiares sobre a Doença Renal Crônica e seu tratamento conservador. Rev. Min. Enferm. [Internet]. 2010 [acesso em: 10 out 2014];14(3): 335-344. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622010000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

CAMARGO, B. V.; Justo, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. Temas Psicol. [Internet]. 2013 [acesso em: 07 mar 2016]; 21(2): 513-518. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>

CONASS. Para entender a gestão do SUS [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [acesso em: 10 jan 2016]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>

CUPPARI, L. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar - Nutrição clínica no adulto. 3ª ed. São Paulo: Manole, 2014.

DAUGIRDAS, J. T. ; Blake, P. G. ; Ing, T.S. Manual de Diálise. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

FELIZARDO, D. B.; Oliveira, A. M.; Amorim, W. M. Evolução da política nacional de atenção ao portador de doença renal no Brasil (1999 a 2004). Rev. Saúde & Transformação Social. 2016; 7(1): 98-108.

FONTANELLA, B.J.B.; Luchesi, B.M.; Saidel, M.G.B.; Ricas, J.; Turato, E. R.; Melo, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(2):388-394.

IBGE [Internet]. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016 [acesso em: 18 fev. 2016]. Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=21&search=maranhao>.

KIRSZTAJN, G. M.; Filho, N. S.; Draibe, S. A.; Netto, M. V. P.; Thomé, F. S.; Souza, E. et. al. Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. J Bras Nefrol 2014;36(1):63-73

MALTA, D. C.; Moura, L.; Prado, R. R.; Escalante, J. C.; Schmidt, M. I.; Duncan, B. B. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. Epidemiologia Serviço Saúde, 2014; 23(4): 599-608.

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

MELLO, D. B.; Moreira, M. C. N. O protagonismo de jovens com doença renal crônica e a dádiva na construção da atenção à saúde. Saúde Soc. [Internet]. 2016 [acesso em: 27 mai 2017]; 25(1):206-217. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016138331>.

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

MINAYO, M. C. S.; Assis, S. G.; Souza, E. R. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de Programas Sociais. 4sd ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. [acesso em: 10 dez 2014]. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizesclincascuidadopacienterenal.pdf>

MOREIRA, F. G.; Iervolino, R. L.; Dall'Orto, S. Z.; Beneventi, A. C. A.; Filho, J. L. O.; Góis, A. F. T. Intoxicação por carambola em paciente com insuficiência renal crônica: relato de caso. Ver. Bras. Ter. Intensiv. [Internet]. 2010 [acesso em: 12 mai 2015]; 22(4):395-398. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2010000400013>

NEZU, U.; Kamiyama, H.; Kondo, Y.; Sakuma, M.; Morimoto, T.; Ueda, S. *et al.* Effect of low-protein diet on kidney function in diabetic nephropathy: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*. 2013 may;3(5).

PERUSSO, I. A. O. Política nacional de atenção ao portador de doença renal: uma experiência no Hospital Universitário do Recife [monografia]. Recife: UFPE; 2013.

PEREIRA, E. R. S.; Pereira, A.C.; Andrade, G. B.; Naghettini, A.V.; Pinto, F. K. M. S.; Batista, S. R. *et al.* Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Nefrol* 2016;38(1):22-30

PORTAL BRASIL [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em: 14 dez. 2014]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/03/saude-amplia-tratamento-para-doentes-renais-cronicos>.

PRETTO, L. M.; Ott, J. N.; Pletsch, M. U.; Winkelmann, E. R. Perfil renal de indivíduos diabéticos tipo 2 cadastrados na Estratégia de Saúde da Família de Ijuí/RS. *Rev. Cont. & Saúde*. [Internet]. 2011 Ijuí, v. 10, n. 20, Jan./Jun. 2011 [acesso em: 10 fev 2015]; 11(20):391-400. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.391-400>

RATINAUD P, Marchand P. Application of the ALCESTE method to the large corpus and stabilised lexical worlds or 'cablegate', using IRAMUTEQ. *Actes des 11eme JADT* [Internet]. 2012 [cited 2015 Oct 14]:835-44. Available from: <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud,%20Pierre%20et%20al.%20-%20Application%20de%20la%20methode%20Alceste.pdf>

REINERT M. Une methode de classification descendante hierarchique: application a l'analyse lexicale par contexte. *Les Cahiers de l'Analyse des Donnees*. 1983; 8(2):187-98. Available from: <https://eudml.org/doc/88079>

RIELLA, M.C. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólitos . 5st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA-SBN [Internet]. Censo de diálise SBN 2016; 2016 [acesso em: 18 mai. 2017]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>.

STEVENS P.E.; Levin, A. Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: Synopsis of the Kidney Disease: Improving Global Outcomes 2012. Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med. 2013; 158:825-830.

VIVEKANAND, JHA; Guillermo, G.G; Kunitoshi I; Zuo L; Saraladevi, N; Brett P. et. al. Chronic kidney disease: global dimensions and perspectives. The Lancet. 2013; 382(9888): 260-72.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Relação das quantidades dos participantes do estudo, municípios de origem e população das cidades.

	MUNICÍPIOS DE ORIGEM	PACIENTES	POPULAÇÃO IBGE-2010
01	Alto Alegre do Maranhão	08	24.599
02	Alto Alegre do Pindaré	07	31.057
03	Anajatuba	01	25.291
04	Bacabal	54	100.014
05	Bela Vista do Maranhão	02	12.049
06	Bom Jardim	10	39.049
07	Bom Lugar	02	14.818
08	Brejo de Areia	02	5.577
09	Conceição do Lago Açu	03	14.436
10	Coroatá	04	61.725
11	Igarapé do Meio	08	12.550
12	Lago da Pedra	19	46.083
13	Lago do Junco	02	10.729
14	Lago Verde	03	15.412
15	Lagoa Grande do Maranhão	08	10.517
16	Marajá do Sena	02	8.051
17	Monção	02	31.738
18	Nova Olinda do Maranhão	02	19.134
19	Olho D'Água das Cunhãs	06	18.601
20	Paulo Ramos	06	20.079
21	Peritoró	02	21.201
22	Pindaré Mirim	12	31.152
23	Pio XII	09	22.016
24	Presidente Medice	01	6.374
25	Santa Ines	28	77.282
26	Santa Luzia	03	74.043
27	Santa Luzia do Paruá	09	22.644
28	São Mateus do Maranhão	11	39.093
29	São Luis Gonzaga do Maranhão	01	20.153
30	Tufilandia	01	22.846
31	Viturino Freire	12	31.658
32	Zé Doca	06	50.173
	TOTAL	245	940.144

Fonte: Pesquisa direta e IBGE, 2016.

APÊNDICE B



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“Percepção dos pacientes em programa de hemodiálise ambulatorial sobre a doença renal crônica”**, desenvolvida pelo Professor **Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita e por Afonso Paulo Costa Ferro**, discente do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. O objetivo central do estudo é compreender a percepção do paciente em programa de hemodiálise ambulatorial acerca da doença renal crônica.

O convite a sua participação decorre da necessidade de verificar o conhecimento que os pacientes possuem sobre prevenção da progressão da doença renal crônica, o entendimento sobre a patologia de base que desencadeou o surgimento da doença e o conhecimento quanto aos cuidados na prevenção de complicações. Considerando que uma fração expressiva de pacientes inicia hemodiálise sem ter feito acompanhamento nefrológico prévio e sem ter conhecimento a respeito desta enfermidade, segundo estudos recentes. Esta pesquisa permitirá a adoção de medidas que visão fornecer informações com embasamento teórico aos portadores de doença renal crônica, no intuito de prevenir suas complicações, modificar comorbidades presentes e preparo adequado a uma terapia de substituição renal.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não participar da pesquisa, ou, tendo aceitado, desistir desta. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Não haverá divulgação de qualquer identificação nos resultados da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Como toda pesquisa, há risco direto ou indireto de identificação do participante, porém todas as medidas serão tomadas para minimização deste risco. Neste sentido, para a preservação do anonimato e sigilo dos participantes do estudo, a identificação utilizada será depoentes identificados por números.

Este é um estudo descritivo qualitativo com os pacientes portadores da doença renal crônica em tratamento hemodialítico que residem no município de Bacabal no Estado do Maranhão. Serão excluídos os menores de 18 anos e os que por condições de saúde não estiverem aptos para responder ao questionário. Sua participação consistirá em responder perguntas de uma entrevista semiestruturada aos pesquisadores do projeto. As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra, para o estudo posterior e análise dos dados colhidos. A entrevista somente será gravada se houver sua autorização. Para a análise dos dados utilizar-se-á a análise de conteúdo por meio do software IRAMUTEQ desenvolvido da França por Pierre Rataud.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais, mas somente terão acesso às estas, o pesquisador e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UNINOVAFAPI.

Os benefícios deste estudo serão diretos e mediatos e contribuirão para uma melhor informação, com embasamento teórico, aos portadores de doença renal crônica, no intuito de prevenir a progressão da doença renal crônica e suas complicações, modificar comorbidades presentes e um preparo adequado a uma terapia de substituição renal. Além do desenvolvimento de uma cartilha, de maneira sucinta e com acesso simples e rápido, que conterá informações e métodos de educação em saúde relacionada à doença renal crônica, para as pessoas com risco e portadoras desta enfermidade.

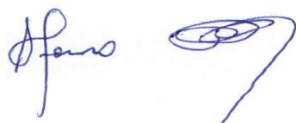
Nesta pesquisa os riscos aos seus participantes são mínimos. Os possíveis riscos poderão ser a revelação dos seus dados e o desconforto pela possibilidade de haver constrangimento relacionado às perguntas que serão realizadas durante a entrevista. Neste sentido, esta pesquisa busca minimizar o máximo esses riscos deixando o participante em um estado de conforto no momento da entrevista, sendo destinada uma sala adequada para a coleta dos dados onde só estará presente o entrevistado e o pesquisador, de forma que não haja desconforto para os participantes, seguindo todas as considerações éticas citadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas serão realizadas em local privativo para que não haja exposição dos participantes, terão seu anonimato assegurado, e serão esclarecidos quanto ao direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer ônus. Neste sentido, para a preservação do anonimato e sigilo dos participantes do estudo, como dito anteriormente, a identificação utilizada será depoentes nº__. Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Os resultados finais desta pesquisa ainda irão contribuir para o meio científico, pois serão divulgados ao público por meio de revistas científicas, fortalecendo deste modo, a construção de novas informações e produzindo maior visibilidade quanto à educação em saúde voltada para as pessoas com risco de desenvolver a doença renal crônica e aos portadores desta enfermidade.

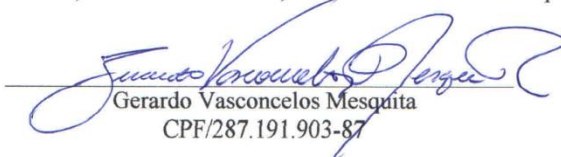
Caso aceite participar do estudo, assinarão duas vias (uma do próprio participante e outra do pesquisador responsável) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as páginas estão rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página. Durante todas as etapas do estudo todos os pesquisadores respeitarão, impreterivelmente, a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata da ética de pesquisas que incluem, sejam de forma direta ou indiretamente, os seres humanos.

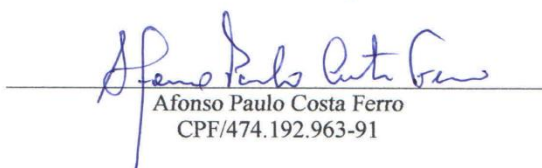
O estudo tem como pesquisadores responsáveis o Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita e o mestrando Afonso Paulo Costa Ferro, com endereço profissional situado na Rua Vitorino Orthiges Fernandes, número 6123, Bairro: Uruguai, CEP: 64073-505 e-mail: gmesquita@uninovafapi.edu.br; afonsoferro@hotmail.com, telefone para contato: (99) 3421 7026.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPI, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí, Tel - (086) 2106-0738,



e-mail: cep@uninovafapi.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.


Gerardo Vasconcelos Mesquita
CPF/287.191.903-87


Afonso Paulo Costa Ferro
CPF/474.192.963-91

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável: Gerardo Vasconcelos Mesquita
Tel: 2106-0725 gmesquita@uninovafapi.edu.br

Bacabal- MA ____ de ____ de 2016

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do participante:
RG e CPF:

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

- Sexo
- Idade
- Cor e/ou Raça
- Grau de escolaridade
- Renda familiar

2 PERGUNTAS

- O que você entende/sabe sobre sua doença renal?
- Como você descobriu a sua doença renal?
 - Você tem algum entendimento do que causou o seu problema renal?
 - O tratamento de hemodiálise foi realizado após quanto tempo da descoberta da sua doença renal e como você enfrentou esta situação?

ANEXOS

ANEXO A- AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE DE DIÁLISE**BIORIM**

Rua Magalhães de Almeida, 777A
CEP: 65.700-000 Fone: (99) 3621-2477
Bacabal – MA
biorim@bol.com.br
CNPJ 03.377.848/0001-22

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa **“PERCEPÇÃO DOS PACIENTES EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE AMBULATORIAL SOBRE A DOENÇA RENAL CRÔNICA”** será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa do sistema CEP/CONEP e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução CNS 466/12**. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição co-participante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança. Autorizo os (as) pesquisadores (as) **Gerardo Vasconcelos Mesquita e Afonso Paulo Costa Ferro** realizarem a(s) etapa(s) de entrevistas com os clientes atendidos nesta unidade de saúde e utilizar da infraestrutura desta Instituição.

Bacabal (MA), 21 de abril de 2016.



Emanuelle de Araujo Viana

Administração
CNPJ: 03.377.848/0001-22

Emanuelle de Araujo Viana
Administração

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS PACIENTES EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE AMBULATORIAL SOBRE A DOENÇA RENAL CRÔNICA

Pesquisador: GERARDO VASCONCELOS MESQUITA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55918316.7.0000.5210

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.566.754

Apresentação do Projeto:

A doença renal crônica significa uma perda lenta, progressiva e irreversível da função dos rins. Até o paciente perder quase metade da capacidade de funcionamento dos órgãos, a doença, praticamente, não é percebida. A partir daí, começam a surgir os primeiros sintomas, como inchaço, pressão alta e anemia. Os principais fatores de risco para uma doença renal são o sobrepeso, o tabagismo e idade avançada, além da hipertensão arterial, do diabetes e do histórico familiar. Considerando que uma fração expressiva de pacientes inicia hemodiálise sem ter feito acompanhamento nefrológico prévio e sem ter conhecimento a respeito desta enfermidade. Esse estudo terá como objetivo primário: compreender a percepção do paciente em programa de hemodiálise ambulatorial acerca da doença renal crônica. Os objetivos secundários serão: caracterizar os aspectos socioeconômicos dos pacientes portadores da doença renal crônica em programa de hemodiálise ambulatorial; verificar o conhecimento que, estes, possuem sobre prevenção da progressão da doença renal crônica; o entendimento, destes, sobre a patologia de base que desencadeou o surgimento da doença e o conhecimento, dos mesmos, quanto aos cuidados na prevenção de complicações. Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com clientes portadores de doença renal crônica e que fazem hemodiálise em uma unidade de diálise de um município do Maranhão. Para a coleta dos dados

Theonas 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

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



Continuação do Parecer: 1.566.754

será realizada uma entrevista com questionário semi-estruturado com roteiro temático. Para análise dos dados utilizar-se-á o software IRAMUTEQ desenvolvido na França por Pierre Ratinaud. A análise das falas dos entrevistados será feita por meio da Classificação Hierárquica Descendente, ou seja, da relação entre as Classes formadas a partir do Corpus, com base nas entrevistas dos sujeitos da pesquisa, possibilitando uma verificação textual variada por meio de distribuição didática de vocábulos para uma fácil compreensão e visibilidade para que possamos concluir este estudo de uma maneira clara e eficiente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a percepção dos pacientes em programa de hemodialise ambulatorial sobre a doença renal crônica.

Objetivos Secundários: Caracterizar os aspectos socioeconômicos dos pacientes portadores da doença renal crônica em programa de hemodiálise ambulatorial; verificar o conhecimento que, estes, possuem sobre prevenção da progressão da doença renal crônica; o entendimento, destes, sobre a patologia de base que desencadeou o surgimento da doença e o seu conhecimento quanto aos cuidados na prevenção de complicações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

os riscos e benefícios forma apresentados conforme item V da Res. 466/12 do CNS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com clientes portadores de doença renal crônica e que fazem hemodiálise em uma unidade de diálise de um município do Maranhão. Para a coleta dos dados será realizada uma entrevista com questionário semi-estruturado com roteiro temático. A pesquisa é bastante relevante e aborda uma população que necessita de atenção em saúde de uma forma peculiar e por meio desta pesquisa serão coletados dados importantes para melhorar esta oferta de saúde e ao mesmo tempo os participantes desta terão oportunidade de obter informações que podem melhorar sua qualidade de vida e poder ajudar seus pares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os termos obrigatórios em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo está em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

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

Thaíana Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 1.566.754

portanto recebe o parecer de aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_707133.pdf	10/05/2016 08:46:41		Aceito
Declaração de Pesquisadores	questionario.pdf	10/05/2016 08:46:27	Afonso Paulo Costa Ferro	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosrto.pdf	10/05/2016 08:45:49	Afonso Paulo Costa Ferro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO2.pdf	10/05/2016 08:45:04	Afonso Paulo Costa Ferro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	03/05/2016 09:01:52	Afonso Paulo Costa Ferro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta.pdf	03/05/2016 09:01:22	Afonso Paulo Costa Ferro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTOR.pdf	03/05/2016 09:01:13	Afonso Paulo Costa Ferro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	LATTESFERRO.pdf	03/05/2016 09:00:56	Afonso Paulo Costa Ferro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	lattesgerardo.pdf	03/05/2016 08:59:12	Afonso Paulo Costa Ferro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadores.pdf	03/05/2016 08:57:55	Afonso Paulo Costa Ferro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 31 de Maio de 2016

Assinado por:

**Theonas Gomes Pereira
(Coordenador)**

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAP

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

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



Continuação do Parecer: 1.566.754

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

ANEXO C- CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE

```
+++++  
|i|R|a|M|u|T|e|Q| - Tue Oct 11 15:26:26 2016  
+++++  
  
Number of texts: 170  
Number of text segments: 875  
Number of forms: 2067  
Number of occurrences: 30574  
Número de lemas: 1327  
Number of active forms: 893  
Número de formas suplementares: 425  
Número de formas ativas com a frequência >= 3: 366  
Média das formas por segmento: 34.941714  
Number of clusters: 4  
665 segments classified on 875 (76.00%)  
  
#####  
tempo : 0h 0m 28s  
#####
```