

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**As ações de prevenção da doença renal na Estratégia da Saúde da
Família**

Giani da Cunha Duarte

Pelotas, 2012

GIANI DA CUNHA DUARTE

**AS AÇÕES DE PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL NA ESTRATÉGIA
DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Enf^ª. Eda Schwartz

Pelotas, 2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D812a Duarte, Giani da Cunha

As ações de prevenção da doença renal na estratégia da saúde da família /
Giani da Cunha Duarte ; Eda Schwartz, orientadora. - Pelotas, 2012.
72 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem,
Universidade Federal de Pelotas, 2012.

1. Enfermagem. 2. Atenção primária à saúde. 3. Insuficiência renal
crônica. 4. Fatores de risco. I. Schwartz, Eda. II. Título.

CDD: 610.73

Folha de Aprovação

Autor: Giani da Cunha Duarte

Título: As ações de prevenção da doença renal na Estratégia da Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: _____

Banca examinadora

Prof^a. Dr^a. Eda Schwartz

(Presidente)

Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Dr^a. Rita Maria Heck

Titular

Prof^a. Dr^a. Roxana Isabel Cardozo
Gonzáles

Titular

Prof^a. Dr^a. Celmira Lange

Suplente

Prof^a. Dr^a. Rosani Manfrin Muniz

Suplente

Agradecimentos

Quero agradecer às pessoas que, de alguma forma, participaram da minha caminhada, incentivando e orientando durante a execução desse trabalho. Agradeço a todos da banca, em especial a professora e orientadora Eda Schwartz, que em muitos momentos ao invés de estar com sua família, em momentos de lazer, estava em sua casa me orientando;

*Às colegas Julyane Felipette e Bianca Santos, que muito me ajudaram;
À professora Deise Picolotto, que sempre me incentivou na execução desse trabalho;*

*Aos meus pais, que sempre me incentivaram na busca do conhecimento;
Aos meus irmãos, que sempre estiveram do meu lado nos momentos mais difíceis;
A todos os entrevistados que doaram seu tempo para colaborar com este estudo e torná-lo mais pleno;*

*Agradeço e dedico ao grande amor da minha vida:
Minha Marina.*

"Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar."

Chico Xavier

*“Enquanto estiver vivo, sinta-se vivo.
Se sentir saudades do que fazia, volte a fazê-lo.
Não viva de fotografias amareladas...
Continue, quando todos esperam que desistas.
Não deixe que enferruje o ferro que existe em você.
Faça com que em vez de pena, tenham respeito por você.
Quando não conseguir correr através dos anos, trote.
Quando não conseguir trotar, caminhe.
Quando não conseguir caminhar, use uma bengala.
Mas nunca se detenha.”*

Madre Teresa de Calcutá

Resumo

DUARTE, Giani da Cunha. **As ações de prevenção da doença renal na Estratégia da Saúde da Família**. 2012. 72f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A transição do perfil epidemiológico se caracteriza por um processo de redução de doenças infecciosas, para um aumento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Já mudança desse perfil se caracteriza pela diminuição da taxa de natalidade e do aumento da expectativa de vida, o que leva a um aumento das condições crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica, doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus, obesidade e diferentes neoplasias. O conhecimento dos fatores de risco das doenças crônicas é de fundamental importância no seu enfrentamento, pois, é através deles, que serão planejadas ações e medidas, objetivando o controle, a prevenção e a redução de tais agravos. Dentre as DCNTs, a Doença Renal Crônica (DRC) vem trazendo grande impacto nos condicionantes de saúde, por provocar alterações significativas nas rotinas de indivíduos e suas famílias e sociedade. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção da desta e a prevenção de agravos, que são desenvolvidas em territórios delimitados, com atuação de equipe multidisciplinar e participação da comunidade. Desta forma, a ESF se torna o cenário ideal para implantação de ações voltadas para prevenção da doença renal crônica pela sua organização e pela atuação de equipe multidisciplinar. O objetivo deste estudo foi conhecer as ações de saúde desenvolvidas pela equipe de Estratégia da Saúde da Família na prevenção da doença renal crônica, investigar o reconhecimento dos profissionais de saúde em relação aos fatores de risco para a DRC, descrever as ações de prevenção de dessa realizadas pela ESF, voltadas para implementação de hábitos de vida saudáveis e voltadas para o manejo clínico. Trata-se de um estudo qualitativo, o marco teórico teve como suporte as concepções e diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde. A coleta de dados foi por meio de entrevistas. Participaram 17 profissionais da ESF, de três Unidades Básicas de Saúde, no período de julho a agosto de 2012. Para análise de dados, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin. Os resultados mostraram que os profissionais reconhecem que fatores de risco para o desenvolvimento da doença renal são aqueles relacionados às doenças prévias, como a hipertensão e o diabetes, às práticas de hábitos não saudáveis e estilo de vida. Reconhecem, também, que os grupos de risco que mais contribuem para o aparecimento da doença renal são aqueles que, com maior frequência, procuram o serviço de saúde da atenção básica, tornando este um cenário para o enfrentamento da doença renal crônica, no que tange a prevenção da doença ou o avanço da mesma.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Insuficiência Renal Crônica. Fatores de Risco. Enfermagem.

Abstract

DUARTE, Giani da Cunha. **The actions on preventing the kidney disease in the Family Health Strategy**. 2012. 72f. Thesis (MA) - Graduate Program in Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas.

The epidemiologic profile is characterized by a decrease process of infectious diseases to an increase of Not Transmitted Chronic Diseases (NTCDs). The changing of this profile is characterized by the birth taxes reduction and the increase of life expectation that generates an increasing of chronic conditions, such as Systemic Arterial High Pressure, cardiovascular diseases, Mellitus Diabetes, obesity and different neoplasias. The knowledge of the chronic diseases risk factors is very important to confronting them, since it's through it that actions and measures will be planned aiming the control, prevention and reductions of such grievance. Among the NTCDs, the Chronic Kidney Disease (CKD) has been having a huge impact in the health conditioners once it provokes significant alterations on the individuals', their families and society routines. The Family Health Strategy (FHS) is characterized by a set of health actions, individual and collective, that reaches its promotion and protections and prevention of those grievances that are developed in delimited places, with actions of multidisciplinary teams and community participation. On this hand, the FHS comes the ideal scenario to apply actions regarding the chronic kidney disease prevention for its organization and its multidisciplinary team actions. This study aimed to understand the actions developed the Family Health Strategy team on the prevention of the chronic kidney disease, investigate the health professionals' recognizing in relation to CKD risk factors, describe the prevention actions performed by FHS, regarding to life habits implementation and turned clinical management. It is a qualitative study, which had as a theoretical basis the conceptions and guidelines of Health Promotion National Policy. The data collection was performed through interviews. 17 professionals from FHS have participated on it, from three Health Basic Units, in the period between July to August of 2012. The data analysis was performed using the Bardin's content. The results have shown that the professionals recognize that the risk factors for the development of kidney disease are the ones related to previous diseases, such as high pressure and diabetes; no health practices and life style. They also recognize that groups of risk that have a higher contribution for the disease rising are the ones more frequently frequent the basic attention health service, coming this a scenario to the fighting against the chronic kidney disease, regarding to its prevention or advance.

Keywords: Primary Health Care. Chronic Renal Failure. Risk Factors. Nursing.

Lista de Figuras

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 – Cronograma para o desenvolvimento do projeto | 38 |
| Figura 2 – Caracterização dos profissionais da Estratégia de Saúde entrevistados | 47 |

Lista de Tabelas

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 – Recursos materiais e plano de despesas para o desenvolvimento do projeto | 39 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|

Lista de Abreviaturas e Siglas

| | |
|-----------|--------------------------------------------------------------|
| CEP – | Comitê de Ética em Pesquisa |
| DCNT – | Doença Crônica não Transmissível |
| DM – | Diabetes Mellitus |
| DRC – | Doença Renal Crônica |
| ESF – | Estratégia de Saúde da Família |
| FAPERGS – | Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul |
| HAS – | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IBGE – | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IRC – | Insuficiência Renal Crônica |
| MS – | Ministério da Saúde |
| OMS – | Organização Mundial da Saúde |
| PACS – | Programa de Agentes Comunitário de Saúde |
| PNPS | Política Nacional de Promoção à Saúde |
| SIAB – | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SUS – | Sistema Único de Saúde |
| TCLE – | Termo de Consentimento Livre Esclarecido |
| TFG – | Taxa de Filtração Glomerular |
| TRS – | Terapia Renal Substitutiva |
| UBS – | Unidade Básica de Saúde |

Sumário

| | |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| I Projeto de pesquisa | 10 |
| II Relatório do trabalho de campo | 44 |
| III Artigo com os principais resultados da pesquisa | 51 |
| Apêndices | 63 |
| Anexos | 70 |

I Projeto de pesquisa

GIANI DA CUNHA DUARTE

**AS AÇÕES DE PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz

Pelotas, 2013

Sumário

| | |
|-------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 Introdução | 13 |
| 1.1 Justificativa | 17 |
| 2 Objetivos | 19 |
| 2.1 Objetivo geral | 19 |
| 2.2 Objetivos específicos | 19 |
| 3 Pressupostos | 20 |
| 4 Revisão de literatura | 21 |
| 4.1 Doença Renal Crônica: Ações Preventivas | 21 |
| 4.2 Doença Renal Crônica e Ações Desenvolvidas | 26 |
| 5 Marco teórico | 31 |
| 6 Metodologia | 34 |
| 6.1 Caracterização do estudo | 34 |
| 6.2 Local do estudo | 34 |
| 6.3 Sujeitos do estudo | 35 |
| 6.4 Princípios éticos | 35 |
| 6.5 Procedimentos e coleta de dados | 36 |
| 6.6 Análise dos dados | 37 |
| 7 Cronograma | 38 |
| 8 Recursos materiais e plano de despesas | 39 |
| Referências | 40 |

1 Introdução

Ao longo dos anos tem ocorrido, tanto em nível nacional como mundial, uma mudança do perfil epidemiológico e do perfil demográfico das populações.

A mudança do perfil epidemiológico se caracteriza por um processo de redução de doenças infecciosas e por um aumento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs). A mudança do perfil epidemiológico se caracteriza pela diminuição da taxa de natalidade e pelo aumento da expectativa de vida, o que leva a um aumento das condições crônicas e das DCNTs, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus (DM), obesidade e as diferentes neoplasias relacionadas em função da maior exposição a fatores de risco (MENDES, 2011).

Ainda nesse contexto, pode-se dizer que o aumento das condições crônicas pode ser explicado pelas mudanças demográficas, mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida considerados não saudáveis, como o consumo nocivo de bebidas alcoólicas, o tabagismo, a inatividade física, o excesso de peso e a urbanização acelerada (MENDES, 2011).

A redução das doenças infecciosas é explicada, em parte, pela eliminação, erradicação ou controle de várias doenças infecciosas, resultante da implementação de políticas públicas de saúde voltadas para a prevenção de tais agravos, como campanhas de vacinação, investimentos em saneamento e melhoria das moradias (BRASIL, 2006).

A taxa de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias caiu de 46,0% em 1930, para 5,3% em 2005, enquanto que as mortes e os agravos causados pelas doenças não transmissíveis chegaram a representar dois terços das causas conhecidas de morte no ano de 2005. Em 2008, a taxa de mortalidade ocasionada por DCNTs alcançou 72,0%. No entanto, registrou-se uma queda de 20,0% nas

taxas de mortalidade ocasionadas por essas doenças. Essa redução pode ser atribuída pela expansão da atenção primária e campanhas educativas relacionadas a fatores de risco comportamentais (BRASIL, 2006).

As DCNTs provocam impactos econômicos e sociais nas famílias, comunidades e sociedade em geral, uma vez que ocasionam mortes prematuras e perda da qualidade de vida, gerando limitações tanto no trabalho como em atividades de lazer (BRASIL, 2011).

Socialmente, as DCNTs acarretam aposentadorias precoces por incapacidade ou invalidez, licenças de saúde prolongadas, que oneram de forma significativa o serviço de saúde em função das inúmeras hospitalizações. Assim como diminuem a qualidade de vida dos indivíduos e das famílias, devido ao envolvimento e as vivências dos membros com a DCNTs, gerando alteração nos cotidianos, tanto dos doentes no processo de adoecimento crônico, como de todos os membros que fazem parte do círculo familiar (FREESE, 2006).

O conhecimento dos fatores de risco das doenças crônicas é de fundamental importância para o enfrentamento das mesmas, uma vez que, por meio desse conhecimento, serão planejadas ações e medidas de saúde, objetivando o controle, a prevenção e a redução dos agravos.

Nesse sentido, os fatores de risco classificam-se em: Não Modificáveis - que não se pode intervir (sexo, idade e herança genética) e os Modificáveis - aqueles em que a intervenção é possível, sendo, portanto, os fatores de risco comportamentais (tabagismo, consumo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada) (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que se acontecessem medidas voltadas para a prevenção de DCNTs, poderiam se evitar em até 36 milhões de morte no mundo até o ano de 2015 (MENDES, 2011).

No Brasil, as DCNTs de maior impacto, tanto epidemiológico como social, são as doenças do aparelho circulatório, os diversos tipos de neoplasias e a Diabetes Mellitus. Dentre as DCNTs, a Doença Renal Crônica (DRC) vem se destacando por provocar alterações significativas nas rotinas de indivíduos e suas famílias, causando afastamento do trabalho, do convívio social, do envolvimento do núcleo familiar com a doença e dependência de equipe multiprofissional especializada, desta forma, vem trazendo grande impacto nos condicionantes de saúde (BRASIL, 2006).

Para Barros e Manfro (1999), a insuficiência renal crônica é a perda progressiva e geralmente irreversível da função renal de depuração, ou seja, da filtração glomerular. De acordo com o estágio da doença, leva a terapia substitutiva renal, diálise “em nefrologia, usa-se o termo diálise para designar a depuração (*clearance*, em inglês, ou limpeza, popularmente) artificial ou extrarrenal” (BARROS; MANFRO, 1999, p. 441).

Por outro lado, alguns fatores de risco para a DRC são passíveis de prevenção, dentre eles, as doenças prévias de HAS e DM, assim como hábitos de vida considerados nocivos à saúde. A DRC vem sendo considerada como uma epidemia global, em face do seu expressivo crescimento em contexto mundial (SALGADO FILHO; BRITO, 2006). Essa epidemia pode ser explicada pelo expressivo crescimento do número de casos de DM e pelo aumento da expectativa de vida da população e dos casos de HAS (NWANKWO; NAHAS, 2005).

Também, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012) apontou como principais causas de doença renal crônica: a hipertensão (35,2%), a diabetes (27,5%), as glomerulonefrites (12,6%), a doença renal policística (4,2%) e outros diagnósticos (20,5%). Tais informações fazem com que se torne possível à implantação de ações e de estratégias voltadas à prevenção da doença renal crônica.

A prevalência de pacientes em tratamento dialítico no Brasil tem crescido a cada ano. Estimou-se que, em janeiro de 2006, eram 70.872, em março de 2008, eram 87.044 e é estimado que em 2012 seja mais de 90.000 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2012).

A HAS e o DM são as doenças que mais contribuem para o aparecimento e a evolução da DRC. Logo, a identificação dos portadores dessas faz com que se torne possível a identificação precoce da DRC, favorecendo intervenções voltadas para a prevenção e a evolução da doença (BREGMAN, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), destaca-se sobre o enfoque preventivo que, quanto maior o risco, maior o potencial benéfico de uma intervenção terapêutica ou preventiva (BRASIL, 2006). O diagnóstico precoce da DRC ocorre na identificação de grupos de risco, na presença de alteração de sedimento urinário (microalbuminúria, hematuria e leucocitúria) e na redução da filtração glomerular. Assim, são considerados grupos de risco, as pessoas com de diabetes mellitus,

hipertensão arterial e história familiar (BRASIL, 2006; SALGADO FILHO; BRITO, 2006; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Em face do crescimento expressivo da DRC e do conhecimento das implicações da mesma para a saúde das pessoas, mostra-se a relevância do conhecimento dos fatores de risco que levam a essa doença, a fim de estabelecer estratégias e ações de saúde voltadas à sua prevenção. Assim sendo, os serviços e os profissionais de saúde devem conhecer os fatores de risco que favoreçam o aparecimento das condições crônicas, de modo a promover o enfrentamento entre os sujeitos envolvidos no processo de adoecimento (MENDES, 2011).

Nesse contexto, devem ser priorizadas as ações voltadas para prevenção, as quais o processo de trabalho envolva uma equipe multidisciplinar com modelo de atenção voltado para o autocuidado, pois, atentar para a educação em saúde com participação da população em detrimento de um modelo fragmentado, reativa ações curativas e de resposta imediata à demanda de situações de agudização das DCNTs (MENDES, 2011).

Para Freese (2006), o grande desafio à saúde pública é a implementação de ações coletivas pelos serviços de saúde. Trata-se de ações voltadas para as questões que contemplem a promoção de saúde e a prevenção de doenças relacionadas às crônicas, pois as mesmas vêm se constituindo a primeira causa de morbimortalidade.

No contexto atual das políticas de saúde, a atenção básica tem como âncora a Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual as ações de saúde estão voltadas para o âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção de saúde, a proteção da doença e a prevenção de agravos. Ainda são desenvolvidas em territórios bem delimitados, tem a atuação de equipe multidisciplinar e participação da comunidade (BRASIL, 2006). Dessa forma, entende-se que a ESF tem condições ou características relevantes para implementar efetivamente ações concretas de prevenção e de enfrentamento da DRC (BASTOS; BASTOS, 2007).

Considera-se que as ações de prevenção sejam uma das principais medidas efetivas de enfrentamento da DRC, por isso, entende-se que seja necessária a busca de mecanismos que foquem nas ações de prevenção da DRC, e, ao mesmo tempo, que sejam planejadas de modo a contemplar as necessidades de saúde das populações gerando a redução da vulnerabilidade das pessoas às doenças.

1.1 Justificativa

A terapia renal substitutiva (TRS) mantém mais de um milhão de pessoas vivas e 90,0% delas estão em países desenvolvidos (KIRSZTAJN; BASTOS; BURDMANN, 2011).

No Brasil, o número estimado de pacientes em TRS foi de 77.589 em janeiro de 2009. Desses, mais da metade na região Sudeste, sendo que a população brasileira em janeiro daquele ano foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 191.480.630 (SESSO et al., 2010). Na região Sul, há alta prevalência de DRC, em 13,3 casos por 100.000 habitantes, superando as demais regiões brasileiras (MOURA et al., 2009).

Então, frente às altas taxas de DRC no panorama mundial e nacional e frente ao impacto provocado na qualidade de vida dos indivíduos, das famílias e da comunidade, torna-se importante conhecer as ações de prevenção da doença renal, desenvolvidas em nível de atenção primária à saúde, através da equipe multiprofissional de saúde que atua na ESF.

As DCNTs têm sido pauta nas políticas de saúde, tendo em vista que os dados de diabetes e de hipertensão no Brasil são elevados, possuindo como agravos o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio e o estágio avançado da doença renal crônica. Tais doenças modificam as estruturas de serviços, por gerar aumento da utilização de serviços de alta complexidade e tem levado a população à invalidez, diminuindo a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Devido a esse contexto, o MS estabeleceu um protocolo publicado no caderno de atenção básica 14, ano de 2006, no qual traz prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Nesse mesmo protocolo, o MS estabelece intervenções, ações e medidas de saúde, a fim de prevenir e controlar a progressão da doença renal crônica. Entre elas destacam-se: adoção de hábitos alimentares adequados e saudáveis, cessação do tabagismo, prática de atividade física regular, controle da pressão arterial, manejo das dislipidemias, manejo do diabetes com controle da glicemia e uso profilático de alguns fármacos (BRASIL, 2006). Além disso, são classificados os fatores de riscos para essas doenças, o que possibilita a implantação de ações preventivas direcionadas a tais agravos.

Em relação aos fatores de risco da doença renal crônica, são considerados grupos de pessoas com fatores de risco: indivíduos portadores de diabetes mellitus, de hipertensão arterial e com histórico familiar da doença. O conhecimento dos principais agravos causadores da DRC possibilita a busca de ações e de estratégias voltadas para a prevenção da mesma. Assim como, a detecção precoce da doença faz com que se reduza a sua progressão (BREGMAN, 2004).

Dessa forma, a ESF se torna como um cenário apropriado para o desenvolvimento de medidas relacionadas à abordagem e prevenção das DCNTs, uma vez que seu modelo de atenção se caracteriza por um desenvolvimento de processo de trabalho, ao qual exige ações de equipes multidisciplinares voltadas principalmente para ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças (BRASIL, 2006).

Considerando o explanado, torna-se fundamental conhecer as ações de prevenção que são desenvolvidas em nível de prevenção da DRC na ESF, bem como relacioná-las com as ações preconizadas pelo MS e identificar as ações desenvolvidas no âmbito de manejo clínico e de educação para prática de hábitos saudáveis, de acordo com o olhar dos sujeitos envolvidos no processo.

Assim, esse estudo tem como indagação: **Quais as ações de prevenção da doença renal crônica desenvolvidas pela equipe de Estratégia da Saúde da Família?**

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Conhecer as ações de prevenção da doença renal crônica que são desenvolvidas pela equipe de Estratégia da Saúde da Família.

2.2 Objetivos específicos

Investigar o reconhecimento dos profissionais de saúde em relação aos fatores de risco para a doença renal crônica.

Identificar as ações de prevenção da doença renal crônica, realizadas pela equipe da estratégia de saúde da família e voltadas para implementação de hábitos de vida saudáveis.

Descrever as ações de prevenção da doença renal crônica, realizadas pela equipe da estratégia de saúde da família e voltadas para o manejo clínico.

3 Pressupostos

A identificação precoce da disfunção renal faz com que se evite a progressão da doença, entretanto, para isso, é necessário que haja a identificação de pessoas que estejam no grupo de risco e que, posteriormente, irão necessitar de avaliação de especialista com o fim de determinar o estadiamento da doença bem como acompanhamento em conjunto com a equipe da ESF, objetivando a prevenção e complicações da doença.

As ações de prevenção da DRC desenvolvidas no âmbito da atenção básica por meio da ESF são voltadas para implementação de hábitos de vida saudáveis e para o manejo clínico de doenças prévias, como HAS e DM.

As ações de prevenção da DRC são desenvolvidas por meio de educação e saúde junto aos usuários considerados do grupo de risco, assim como acompanhamento clínico dos mesmos.

Os profissionais da ESF conhecem os fatores de risco e medidas preventivas da DRC.

Os fatores de risco para o desenvolvimento da DRC são reconhecidos pela equipe da ESF, tornando possível a implantação de ações e estratégias que contemplem a prevenção da DRC.

Os profissionais da ESF reconhecem e consideram os contextos dos usuários, e, buscam desenvolver ações de saúde com a finalidade de prevenir e detectar precocemente a DRC.

4 Revisão de literatura

4.1 Doença Renal Crônica: Ações Preventivas

De acordo com o dicionário da língua portuguesa de Villar e Houaiss (2009), a palavra *prevenção* trata-se de um conjunto de medidas que visam evitar algo. Na medicina clínica, a definição de *prevenção* depende do momento do curso da doença, as intervenções são realizadas e podem ser de três níveis possíveis, a saber, a primária, a secundária e a terciária.

A prevenção primária, de acordo com a definição de Fletcher e Fletcher (2008, p.181), é aquela que “impede a ocorrência da doença, removendo suas causas”. Nessa, pode ser incluída a orientação para a prática de hábitos de vida saudáveis, como parar de fumar, dieta com pouco sódio, pouca gordura saturada e colesterol e praticar exercícios físicos adequados, entre outros. Essa prevenção é geralmente ligada às ações na comunidade e fora do serviço de atenção à saúde.

A prevenção secundária detecta a doença precocemente, quando ela ainda é assintomática e o tratamento pode impedir o seu agravamento. Assim, a prevenção secundária é feita:

Em espaços clínicos, momento que também é feito rastreamento, que consiste na detecção de uma doença ou na identificação de um fator de risco para o desenvolvimento de uma determinada doença (FLETCHER; FLETCHER, 2008, p.181).

Por fim, a prevenção terciária, que trata de medidas clínicas que tem por objetivo diminuir sequelas de uma doença.

Sabendo que, no desenvolvimento de ações de prevenção primária, o reconhecimento dos fatores de risco para o aparecimento das DCNT se torna indispensável, tendo em vista o objetivo do enfrentamento dessas, entendemos a necessidade de buscar conceitos na literatura.

São chamados de fatores de risco, “as circunstâncias do ambiente ou as características das pessoas, herdadas ou adquiridas, que lhes conferem uma maior probabilidade de acometimento, imediato ou futuro, por um dano à saúde” (PEREIRA, 2007, p. 484).

Ao estudar os fatores de risco que levam ao desenvolvimento de um determinado agravo, é pertinente associarmos as circunstâncias relacionadas à vulnerabilidade de um indivíduo a uma doença, que podem estar relacionadas com as seguintes circunstâncias: condições individuais, como o comportamento da pessoa de acordo com o conhecimento que ela possui em relação à doença e seus fatores determinantes; relacionadas as ações desenvolvidas pelo poder público ou privado no sentido de minimizar ou prevenir o aparecimento e desenvolvimento do agravo; relacionadas a fatores sociais, como a disponibilidade de acesso aos serviços públicos. Não somente os de saúde, mas também aqueles que estão diretamente envolvidos no processo de adoecimento dos indivíduos, como o acesso a informação, educação e participação dos mesmos nesse contexto (SEFFNER, 2005).

Fletcher e Fletcher (2008) afirmam que a exposição de uma pessoa a um fator de risco, pode ser uma única vez e em um breve momento, como exposição a uma radiação ou por um tempo maior como ocorre com as DCNT, devido a exposição ao risco, tabagismo, hipertensão, promiscuidade sexual e exposição solar, são exemplos de fatores de risco que as pessoas estão expostas por um tempo maior.

O mesmo autor refere ainda que os fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento de DCNT são os comportamentais: fumo, alcoolismo, dirigir sem cinto de segurança, não fazer sexo seguro, comer em excesso e praticar pouco exercícios físicos (FLETCHER; FLETCHER, 2008).

Czeresnia e Freitas (2008) afirmam que as ações preventivas são definidas como formas de evitar o surgimento de doenças. Nesse contexto, medidas específicas e orientadas para tal agravo são necessárias a fim de diminuir sua incidência e prevalência nas populações. Desse modo, a prevenção é baseada no conhecimento epidemiológico moderno, tendo por objetivo o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução de riscos de doenças degenerativas.

Considerando esse contexto no Brasil, em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde, a qual entende que a promoção da saúde é uma

estratégia de articulação transversal em que se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. Nesse sentido a política de promoção da saúde tem como um dos seus objetivos prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde (BRASIL, 2006).

Ainda, em 2006, foi lançado o protocolo intitulado *prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais* pelo Ministério da Saúde. Essa foi a primeira iniciativa brasileira estruturada de base populacional para prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares e renal crônica em larga escala (BRASIL, 2006).

Esse protocolo objetivou nortear planos de ação de cuidado integral com base na prevenção de doenças como hipertensão e diabetes, organizando condutas recomendadas por base científica para identificar e manejar indivíduos sem a doença manifestada e com risco de desenvolverem doenças cardíacas, cérebro vasculares e renais. Isso faz parte da política nacional de atenção integral a HAS e DM, seus fatores de risco e suas complicações, e, é dirigido para profissionais da rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), visando reduzir o impacto desses agravos na população brasileira. Assim, deve ser implementada na ESF, o que exige trabalho com articulação nas diversas esferas municipais, estaduais e federal, bem como, nas instituições de ensino e da sociedade civil (BRASIL, 2006).

O protocolo estabelece como medidas de prevenção da doença renal e seus agravos, a identificação de grupos de risco (pessoas portadoras de diabetes mellitus, hipertensão arterial, história familiar, como glomerulopatias, doença renal policística, doenças autoimunes, infecções sistêmicas, infecções urinárias de repetição, litíase urinária, uropatias obstrutivas e neoplasias, além das dislipidemias, obesidade e o tabagismo), os quais também aceleram a progressão da doença (BRASIL, 2006).

Refere ainda, que toda a pessoa que é pertencente ao grupo de risco, mesmo que assintomático, deve ser avaliado anualmente com exame de urina, creatinina sérica, depuração estimada de creatinina e microalbuminúria (BRASIL, 2006).

Além disso, salienta o fato de que é um grande desafio a traduzir em ações concretas, o cuidado integral a indivíduos e a comunidade, ao conhecimento científico e aos avanços tecnológicos disponíveis e colocá-los no âmbito populacional, ao alcance de um número maior de indivíduos (BRASIL, 2006). Sabendo-que, os fatores controláveis como a hipertensão e o diabetes são críticos do ponto de vista de saúde pública, pois são responsáveis por 50,0% dos casos de DRC terminal (BRASIL, 2008).

Assim sendo, as ações de prevenção da DRC ocupam um lugar de destaque, pois se estima que mais de 15 milhões de brasileiros tenha HAS, sendo aproximadamente 12.410.753 usuários do SUS. Mais de 1/3 desconhece a doença. Em relação à DM, 3.643.855 são estimados como usuários do SUS, de modo que quase metade desconhecia o diagnóstico. Apenas 2,0% destes, estão em acompanhamento nas unidades de atenção básica (BRASIL, 2006).

Sabendo que dos fatores controláveis, a hipertensão e o diabetes são críticos do ponto de vista de saúde pública, pois são responsáveis por 50,0% dos casos de DRC terminal (BRASIL, 2008). Em 2011, o Ministério da Saúde publicou o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Esse plano tem por objetivo preparar o país nos próximos dez anos para enfrentar e deter as DCNTs. Para consecução desse plano, foram estabelecidas diretrizes que orientarão a definição ou redefinição de instrumentos que operacionalizem a sua implementação, como ações, estratégias, indicadores, metas, programas, projetos e atividades (BRASIL, 2011).

No entanto, é importante se destacar que o MS tem implementado políticas de enfrentamento dessas doenças como: Organização da Vigilância de DCNT; Política de Promoção da Saúde Atividade Física: o Programa Academia da Saúde; Tabaco; Alimentação - Estímulo à Alimentação Saudável; Expansão da Atenção Primária; Distribuição Gratuita de Medicamentos para Hipertensão e Diabetes, ação que está diretamente relacionada à prevenção da DRC, pois atua em agravos que são fatores de risco para o desenvolvimento da DRC (BRASIL, 2011).

Para atender a implementação das políticas do enfrentamento das doenças, a atenção básica no contexto do trabalho é um cenário adequado para desenvolver ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças. A política nacional de Atenção Básica, aprovada em 2006 de acordo com a portaria nº 648-GM, tem como princípios gerais:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006, p.10).

Essa política, cujo propósito é operacionalizar a atenção básica, estabeleceu-se como estratégias em todo território nacional, buscando o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2006).

A mesma política afirma que a atenção básica tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua reorganização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). A ESF é vista como cenário apropriado a desenvolver ações referentes à promoção de saúde e à prevenção de agravos. Entretanto, a sua implantação requer não somente ações específicas, mas também alterações conceituais de saúde e modelos assistenciais.

Conforme o MS, a ESF é uma estratégia que tem como principal desafio promover e reorientar as ações das práticas e as ações da saúde, de forma integral e contínua, incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS (universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários ao Ministério da Saúde) (BRASIL, 2000).

Sobre a implantação da ESF, Kleba, Krauser e Vendruscolo (2011) pontuam que essa requer mudanças nas formas de relacionamento, de percepção e de intervenção sobre a realidade, uma vez que os condicionantes de saúde são vistos de forma complexa e ampliada. Também exige do profissional, a percepção de que as famílias e a comunidade desenvolvem papel de parceria, no que diz respeito ao enfrentamento e à busca de resolução dos problemas de saúde existentes na realidade de suas comunidades.

Destaca-se, ainda, que a adoção da ESF como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso as medidas multissetoriais e integrais para a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a DRC (BRASIL, 2006).

4.2 Doença Renal Crônica e Ações Desenvolvidas

De acordo com o Ministério da Saúde, a doença renal crônica consiste em lesão, perda progressiva e irreversível da função dos rins (BRASIL, 2006).

Para Barros e Manfro (1999), a Insuficiência Renal Crônica (IRC) é a perda progressiva e geralmente irreversível da função renal de depuração, ou seja, da filtração glomerular. Nesse processo de perda, o organismo não mantém o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico, que fatalmente termina em uremia (RIELA, 1996).

Barros e Manfro (2006) classificam a doença renal, conforme a Taxa de Filtração Glomerular (TFG), de acordo com cinco estágios: estágio 1 - menor ou igual a 90ml/min. - há um comprometimento leve da função renal; estágio 2 - entre 89 e 60ml/min. - ocorre discreta perda da função renal; estágio 3 - entre 59 e 30 ml/min. - há alterações nos exames laboratoriais e perda moderada da função renal; estágio 4 – entre 29 a 15ml/min. - ocorre sintomatologia, exames laboratoriais alterados e avançada perda da função renal; estágio 5 - menor ou igual 15ml/min. – apresenta sintomático e exames laboratoriais alterados, com indicação para início da terapia renal substitutiva.

Salgado Filho e Brito (2006) referem que a classificação da doença renal se apresenta em todo indivíduo que apresentar TFG menor que 60ml/min., com pelo menos um marcador de lesão do parênquima renal (por exemplo, a presença de proteinúria).

O protocolo das ações de prevenção da DRC ou intervenções preventivas renais, de acordo com o Ministério da Saúde, deve ser dividido em vários componentes: Programa de promoção à saúde e prevenção primária, ações que envolvem atividades junto aos grupos considerados de risco para o desenvolvimento da DRC; identificação precoce da disfunção renal; detecção e reversão de causas reversíveis da doença renal para retardar a consequente progressão; identificação de pacientes que necessitam de avaliação de especialista e avaliação do estadiamento da doença; acompanhamento em conjunto com especialistas para prevenção das complicações crônicas da doença. Além disso, alguns fatores de risco estão relacionados com o declínio da taxa de filtração glomerular com evolução mais rápida, como controle glicêmico ineficaz, hipertensão arterial, maior proteinúria, hipoalbuminemia, dislipidemia e tabagismo (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, Brasil (2003) propôs ações para prevenir e controlar a evolução da doença renal, estabelecendo dois tipos de prevenção: um direcionado aos hábitos alimentares saudáveis e à prática de atividade física, e, o segundo direcionado à prevenção, ao controle rigoroso da pressão arterial, ao manejo das dislipidemias e ao controle da glicemia.

Fortalecendo essa ideia, Bhowm (2008) sugeriu estratégias de saúde pública para conter o aumento da doença renal na Índia, como medidas de prevenção da hipertensão arterial e estratégias de saúde pública, cuja importância é fundamental para controlar o avanço da doença renal. O envolvimento de medidas de cuidados primários é vital para a detecção precoce da doença renal, medidas as quais podem ser desenvolvidas em programas de educação em saúde, campos de triagem, formação de grupos de apoio e incorporação do programa de prevenção nas várias camadas do sistema de saúde.

Ainda nesse contexto, em Atlanta, nos Estados Unidos da América, foi realizado um estudo com o objetivo de conhecer a consciência de médicos que atuam na atenção primária à saúde, em uma comunidade considerada de alto risco para o desenvolvimento da doença renal crônica. Riscos como pertencer ao grupo de pessoas hipertensas, diabéticas e/ou que tenham familiares com doença renal crônica. O resultado demonstrou que médicos da atenção primária eram mais propensos a relatar que o diabetes e a hipertensão eram fatores de risco, porém, não relatavam a hereditariedade e o fator étnico (LEA, 2006).

Nos estudos de De La Cruz (2007), foi defendida a necessidade de identificar grupos de risco na comunidade e determinar a Taxa de Filtração Glomerular, a fim de fazer o diagnóstico da doença renal e retardar ou impedir sua evolução. Sanches (2008) reforça que essas ações fazem com que o diagnóstico precoce previne o avanço da doença renal.

Aimaquer e Herrera (2005) relatam que a investigação de casos novos de doença renal crônica, assim como, a educação continuada com profissionais da área da saúde e a implementação de políticas públicas de saúde direcionadas à prevenção da doença, são medidas que devem alcançar o propósito de retardar ou impedir o avanço da DRC.

De acordo com Thomas, Bryar e Makanjuola (2008), a promoção do autocuidado que tenha como base os princípios da educação em saúde para pessoas portadoras de diabetes são ações eficazes na prevenção da doença renal.

Cueto-Manzano, Martínez-Ramírez, Cortés-Sanabria (2010) também apontam que a educação em saúde para pacientes que tenham fatores de risco para a insuficiência renal crônica, faz com que diminuam sensivelmente as taxas de colesterol, de glicemia e de níveis de pressão arterial.

A investigação sobre a taxa de prevalência de insuficiência renal crônica e os distúrbios associados a ela, em uma amostra de população adulta que frequenta serviços de atenção primária, auxilia na identificação dos fatores de risco para a doença. Fato que contribui para a elaboração de ações com o objetivo de prevenir a doença renal crônica (ORTE, 2007).

Russo et al. (2007) entendem que avaliar a prevalência e o estágio clínico da nefropatia diabética em uma população é a primeira fase para a prevenção da nefropatia diabética. Ainda nesse contexto, enfermeiros de Ribeirão Preto, que atuam na atenção básica, têm rastreado população de risco para diabéticos e hipertensos, mas entendem que não há um seguimento integral relacionado à prevenção da doença renal (TRAVAGIM; KUSUMOTA, 2009).

De acordo com a definição da DRC, a determinação de seu estadiamento e o conhecimento dos fatores de risco para seu desenvolvimento são fatores que subsidiam cientificamente e possibilitam o planejamento de ações voltadas para a prevenção da doença, a promoção de saúde em indivíduos, grupos ou comunidades que sejam vulneráveis ao desenvolvimento ou evolução da mesma. Da mesma forma, 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 doença (BASTOS; BASTOS, 2007).

Nessa perspectiva, em outros países, as intervenções em prevenção de DCNT voltadas ao controle de fatores de risco das mesmas, demonstram redução nas prevalências das DCNTs. No Japão, a redução de sal nos alimentos baixou significativamente o número de hipertensão arterial e de doenças cardiovasculares. A redução de tabagismo no Brasil resultou na diminuição da mortalidade de câncer de pulmão e de traqueia nas últimas décadas (BRASIL, 2005).

Ainda nesse contexto, é importante que se fale na fundamental contribuição da vigilância epidemiológica das DCNTs e seus fatores de risco, pois, através de seus dados, são geradas informações que fundamentam o planejamento de estratégias e de ações voltadas à prevenção de agravos e de seus fatores de risco

conhecidos como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada. Fato esse, que favorece intervenções de saúde que busquem o fortalecimento de ações comprometidas, tanto com o impedimento do agravo e do aparecimento das DCNTs, quanto com a promoção de saúde (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, foi publicada pelo Ministério da Saúde, no ano de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde, cujo objetivo geral é: promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

O MS refere como estratégia de promoção da saúde do SUS com a finalidade de abranger situações que estão diretamente ligadas ao processo de saúde-adoecimento. Portanto, entende-se que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação voltada ao combate dos fatores que colocam a saúde da população em risco. Essa estratégia tem por objetivo a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade da população em relação ao adoecimento, como também, a promoção de ações voltadas para melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006).

No Canadá, pesquisas demonstram que em indivíduos com idade de 65 anos ou mais - que iniciaram terapia renal substitutiva no ano de 1998 - a incidência foi de 537 por milhão, enquanto que em indivíduos com 45 a 64 anos, a incidência foi de 198 por milhão (SALGADO FILHO; BRITO, 2006).

Para a identificação de usuários que fazem parte dos critérios de grupos de risco para o desenvolvimento da doença renal, poderiam estar cadastrados e acompanhados pelas equipes de saúde da família. Isto porque se sabe que a DRC deve ser evitada precocemente. Assim, várias ações poderiam ser efetivadas por esses profissionais da saúde, e dessa forma, reduzir a vulnerabilidade dos usuários, além de retardar ou até evitar o aparecimento da DRC (BRASIL, 2006).

No que diz respeito à doença renal, embora os profissionais de saúde das ESF conheçam as ações de prevenção de doença e promoção da saúde e dispõem de dispositivos/estruturas para diagnósticos precoce, no entanto, os mesmos encontram dificuldades em implementar tais ações (BASTOS; BASTOS, 2007).

Em 2010, foi publicado o plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNTs no Brasil 2011-2022. O objetivo do plano é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNTs e de seus fatores de risco, além de fortalecer os serviços de saúde voltados para os cuidados crônicos (BRASIL, 2010).

A fim de traçar estratégias e ações no enfrentamento das DCNT (BRASIL, 2010), o plano mencionado acima estabelece os seguintes eixos:

- a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento;
- b) promoção à saúde;
- c) cuidado integral.

Estabelece-se também, os três componentes essenciais da vigilância em DCNT, tais como: monitoramento dos fatores de risco; monitoramento da morbidade e mortalidade específica das doenças e respostas do sistema de saúde, que incluem a gestão, políticas, planos de infraestrutura, recursos humanos e acesso aos serviços de saúde essenciais, como medicamentos (BRASIL, 2010).

Em relação ao cuidado integral, propõem-se ações visando o fortalecimento da capacidade de resposta do SUS e a ampliação de ações de saúde que tenham por objetivo o fortalecimento para cuidado integral direcionado a prevenção e controle das DCNT (BRASIL, 2011).

Especificamente, ainda no sentido de operacionalizar o desenvolvimento de ações e de estratégias a nível municipal, entendemos a importância de destacar o Modelo Lógico Para Atenção Básica às DCNT (FREESE, 2006).

A construção do Modelo Lógico de um programa tem por objetivo detalhar os seus componentes e a forma de operacionalização dos mesmos (ALMEIDA et al., 2002). Para esse modelo, foram classificados dois componentes: um de gestão e outro referente ao desenvolvimento de ações, que foi subdividido em subcomponentes, cujos focos são ações intersetoriais de promoção da saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de risco, garantia de tratamento e reabilitação dos pacientes, sendo todas essas ações fortalecidas pela participação da população (FREESE, 2006).

5 Marco teórico

O marco teórico terá como suporte as concepções e as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde e a Prevenção Clínica da Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica que são orientadas pelo MS (BRASIL, 2006).

Considerando que a promoção da qualidade de vida das pessoas, assim como a prevenção de determinados agravos estão relacionadas com a redução da vulnerabilidade dessas pessoas ao desenvolvimento de determinadas doenças, então o planejamento, o desenvolvimento e a implementação de ações de saúde devem ter por objetivo contemplar essas circunstâncias.

A Política Nacional de Promoção à Saúde foi aprovada pelo Ministério da Saúde em 30 de março de 2006, e, tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais) (BRASIL, 2006).

Como proposta, têm-se as ações específicas de saúde, a saber: divulgar e implementar a Política Nacional de Promoção da Saúde; orientar alimentação saudável, prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito e violência e estímulo à cultura de paz; promoção do desenvolvimento sustentável; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006).

Ainda nesse contexto, no ano de 2008, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-

Transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência (BRASIL, 2008).

Essas diretrizes estão alicerçadas na Política Nacional de Promoção à Saúde, uma vez que o MS entende a necessidade de atuar na promoção da saúde, nos seus determinantes e nos fatores de risco para desenvolvimento de DCNT. Essas diretrizes são justificadas devido ao impacto das DCNT na vida dos cidadãos e na gestão do setor saúde, tornando necessária a criação de estratégias que venham a contribuir na atuação referente ao enfrentamento e à prevenção das DCNT (BRASIL, 2008).

Elas têm como objetivos específicos: fortalecer ações sinérgicas entre as três esferas de gestão do SUS no que se refere ao cuidado integral de DCNT e seus fatores de risco; fortalecer ações sinérgicas entre as três esferas de gestão do SUS no que se refere à promoção da saúde, em particular as prioridades; referidas na Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), referentes aos fatores de risco de DCNT (alimentação, inatividade física, tabagismo); debater a importância da inclusão do cuidado integral de DCNT e a abordagem de seus fatores de risco nas ferramentas de organização, planejamento, gestão e financiamento do SUS especificamente: os planos de saúde, os planos diretores de regionalização e os planos diretores de investimento, bem como os termos de compromisso de gestão; cooperar tecnicamente para a elaboração dos termos de compromisso de gestão no SUS quanto ao cuidado integral de DCNT e seus fatores de risco, de forma a facilitar a implementação de estratégias sustentáveis, com possibilidade de acompanhamento e avaliação; subsidiar gestores e trabalhadores do SUS para o planejamento de iniciativas de cuidado integral de DCNT e seus fatores de risco (BRASIL, 2008).

Em relação à DRC, no ano de 2006, foi publicado pelo MS o caderno nº14, com o título de Prevenção Clínica das Doenças, Cardiovasculares, Cerebrovascular e Doença Renal Crônica, a proposição do Departamento de Atenção Básica\Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção a Saúde, do protocolo que estabelece os fatores de risco para tais doenças, assim como a proposta de ações, que tenham por objetivo a prevenção das doenças e sua evolução clínica. No mesmo protocolo, propõe-se que essas ações sejam desenvolvidas na Atenção Básica (BRASIL, 2006).

As ações são voltadas para a adoção de medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade, para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde (KREUTER, 2008). Assim, cabe a ESF contemplar as ações promovidas para a prevenção da DRC, uma vez que tem como foco a educação em saúde e o manejo clínico dos fatores de risco para pessoas vulneráveis ao adoecimento.

6 Metodologia

6.1 Caracterização do estudo

Esse é um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa é o método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008).

A pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Tal pesquisa envolve uma abordagem naturalista e interpretativa do mundo, o que significa que os pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos significados os quais as pessoas os conferem (DENZIN; LINCOLN, 2006).

6.2 Local do estudo

A cidade de Pelotas conta com 50 unidades de atenção básica de saúde, sendo que 24 delas têm cobertura da ESF (com médico de 40 horas), duas equipes ESF Transitória (com médico de 20 horas), oito equipes de Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) e uma equipe PACS, desde a origem da cobertura da ESF. As demais atuam no modelo de atenção que conta com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, sendo um trabalhador por turno atendendo a demanda da comunidade.

O estudo será realizado em três unidades básicas de saúde que tem cobertura da ESF e conta com maior número de usuários cadastrados, portadores

de hipertensão e diabetes. A fim de obter essa informação, contamos com os dados liberados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município de Pelotas. As referidas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) estão localizadas em bairros de Pelotas. No intuito de preservar o anonimato dos bairros, foram utilizadas as letras do alfabeto, a fim de designá-los.

O bairro A possui uma população de aproximadamente 5.637 pessoas, sendo que na UBS, 1543 famílias estão cadastradas no SIAB, contando com um número de 180 diabéticos e 755 hipertensos.

O bairro B possui uma população de 9.483 habitantes, sendo que na UBS, 2.001 famílias estão cadastradas no SIAB, que conta com um número de 348 diabéticos e 1.314 hipertensos.

O bairro C possui uma população de 7.432 pessoas, sendo que na UBS, 2.358 famílias estão cadastradas, contando com um número de 203 diabéticos e 969 hipertensos.

6.3 Sujeitos do estudo

Serão convidados a participarem do estudo todos os enfermeiros, médicos das equipes e os nutricionistas das respectivas UBSs. Os sujeitos serão escolhidos de acordo com os seguintes critérios: estar atuando a mais de um ano em UBS e ter cobertura da ESF.

6.4 Princípios éticos

Esse estudo é um subprojeto da pesquisa maior intitulada “*Famílias na presença da doença renal crônica: interfaces do cuidado*”, financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), tendo por objetivo geral compreender as interfaces do cuidado com famílias na presença da doença renal crônica. A referida pesquisa tem por coordenadora a Prof^a. Eda Schwartz, sendo que se obteve permissão formal para utilizá-la conforme (ANEXO A). Salienta-se que a presente proposta ainda não foi enviada para análise do Comitê de Ética.

O presente projeto foi encaminhado à Secretária de Saúde do Município de Pelotas, à coordenação do setor de saúde pública, às chefias das UBS envolvidas

no estudo (APÊNDICES A, B e C). Após a aprovação do Serviço, será enviado um documento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (APÊNDICE D) para a obtenção do parecer de aprovação. Os profissionais entrevistados assinarão o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E). A pesquisa obedecerá aos princípios éticos contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, Resolução COFEN nº. 311/2007, capítulo III (do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica) no que diz respeito às responsabilidades e deveres (artigos 89, 90 e 91) e às proibições, (artigos 94 e 98); e da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Após parecer favorável do CEP (ANEXO B), os sujeitos serão convidados a participar do estudo, momento esse em que serão explicados os objetivos do estudo e colocados os preceitos éticos da pesquisa. Mediante aceite positivo, será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, ficando uma via com o entrevistado e outra com a pesquisadora, iniciando assim, o processo de coleta dos dados. O material gravado e transcrito ficará em um banco de dados no Núcleo de pesquisa, com a pesquisadora e a orientadora, por um período de cinco anos e depois será destruído.

6.5 Procedimentos e coleta de dados

Os dados serão coletados através de entrevista semiestruturada. Tal entrevista consiste em elaboração de um roteiro que permita desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes, em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas. Os tópicos devem funcionar apenas como lembretes, devendo, na medida do possível, ser memorizados pelo investigador. Servindo de orientação e guia para o andamento da interlocução, o roteiro deve ser construído de forma que permita flexibilidade nas conversas e absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância (MINAYO, 2008) (APÊNDICE F).

O início das entrevistas será agendado conforme o horário comumente acordado entre o sujeito e a coletadora. Para a realização das entrevistas, será

utilizada uma sala reservada, sendo essas gravadas com consentimento dos participantes. Então, as entrevistas serão transcritas e como estratégia para a preservação da identidade dos sujeitos esses serão identificados pela letra (E) de entrevistado e seguido de um número arábico como indicativo de ordem de entrevista, por exemplo, E1, entrevistado 1. Já para o anonimato das unidades, foi utilizada a letra A para a primeira unidade, B para a segunda e assim sucessivamente, ficando portando UBS, A-E1 para o primeiro entrevistado da primeira unidade.

As entrevistas serão realizadas entre os meses de julho a agosto de 2012, respeitando-se a dinâmica de trabalho dos profissionais. Não havendo um número pré-estabelecido de encontros, pois esses irão ocorrer até que haja a saturação das categorias teóricas (CHARMAZ, 2009).

6.6 Análise dos dados

Os dados serão analisados conforme análise de conteúdo proposto por Bardin (2011), a qual compreende três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, abrangendo a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase da organização, em que consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Já a exploração do material, consiste na fase mais longa, visa à operacionalização de códigos, à decomposição ou à enumeração de modo a buscar a compreensão do texto. Por fim, o tratamento dos resultados permite estabelecer quadro de resultados, os quais condensam e põem em relevo as informações obtidas (BARDIN, 2011).

Os resultados serão classificados de acordo com os objetivos específicos do estudo e os fatores de risco para o desenvolvimento da DRC, formando assim os núcleos temáticos descritos pelos entrevistados e as ações de prevenção da DRC desenvolvidas pela equipe da ESF. Após, serão estabelecidos códigos a fim de organizar os dados e com o resultado, serão obtidas as categorias que, por fim, serão analisadas.

7 Cronograma

| Atividade | 2011 | | 2012 | |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1º semestre | 2º semestre | 1º semestre | 2º semestre |
| Definição do tema | X | X | | |
| Revisão de literatura | X | X | X | X |
| Elaboração do projeto | | X | X | |
| Qualificação do projeto | | X | X | |
| Envio para o Comitê de Ética* | | | X | |
| Coleta de dados | | | X | |
| Análise dos dados | | | X | X |
| Apresentação dissertação/artigo | | | | X |

Figura 1 – Cronograma para o desenvolvimento do projeto

Obs.: Os dados serão coletados após aprovação do Comitê de ética.

8 Recursos materiais e plano de despesas

Tabela 1 – Recursos materiais e plano de despesas para o desenvolvimento do projeto

| Material | Quantidade | Custo (R\$) | Total (R\$) |
|-----------------------------------------------|------------|-------------|---------------------|
| Lápis | 03 | 1,00 | 3,00 |
| Caneta | 03 | 1,50 | 4,50 |
| Borracha | 02 | 0,90 | 1,80 |
| Apontador | 01 | 1,50 | 1,50 |
| Prancheta | 01 | 3,00 | 3,00 |
| Envelope | 10 | 0,49 | 4,90 |
| Papel A4 | 1000 | 13,90 | 13,90 |
| Grampeador | 01 | 9,90 | 9,90 |
| Impressão | 500 | 0,10 | 50,00 |
| Revisão de português | 01 | 250,00 | 250,00 |
| Tradutor-inglês | 01 | 100,00 | 100,00 |
| Encadernação | 05 | 3,00 | 15,00 |
| Capa Brochura | 03 | 7,00 | 21,00 |
| Xerox | 100 | 0,10 | 100,00 |
| Telefone | 01 | 100,00 | 100,00 |
| Gravador para telefone | 01 | 120,00 | 120,00 |
| Computador | 01 | 1.200,00 | 1.200,00 |
| Despesa com deslocamento para coleta de dados | 20 | 50,00 | 1.000,00 |
| Total* | | | R\$ 2.998,50 |

Obs. Será custeado pela autora deste projeto.

Referências

ALMEIDA, M. F.; BARATA, R. B.; MONTEIRO, C. V.; SILVA, Z. P. Prevalência de doenças crônicas e utilização de serviços de saúde, PNAD-1998, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.743-756, 2002.

AIMAQUER, M.; HERRERA, R. Primary health care strategies for. The prevention of end stage renal disease in Cuba. **Kidney International supplement**, v.97, p.54-60, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, E.; MANFRO, R. C. **Nefrologia Rotinas, Diagnósticos e Tratamento**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul LTDA, 1999.

BARROS, E.; MANFRO, R. C. **Nefrologia Rotinas Diagnósticos e Tratamento**. 3.ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul LTDA, 2006.

BASTOS, R. M. R.; BASTOS, M. G. Inserção do programa de saúde da família na prevenção da doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.XXIX, n.1, supl.1, 2007.

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. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.33, n.1, p.93-108, 2011.

BHOWM, I. K. D. Public strategies to stem the tide of chronic kidney disease in India. **Indian Journal of Public Health**, v.52, n.4, p.224-229, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 sobre**: pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas** (versão preliminar). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3.ed. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, 2006.

BREGMAN, R. Prevenção da progressão da doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.XXVI, n.3, supl.1, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>>. Acesso em: 13 jun. 2009.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CUETO-MANZANO, A. M.; MARTÍNEZ-RAMÍRES, H. R.; CORTÉS-SANABRIA, L. Management of chronic kidney disease: Primary health care setting, self-care and multidisciplinary approach. **Clinical Nephrology**, v.74, supl.1, p.99-104, 2010.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

DE LA CRUZZ. Cuidados Primários, trabalho em equipe em nefrologia. In: **G Italiano de Nefrologia**. Barletta, Itália: supl.38, 2007. p.83-86.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica**: elementos essenciais. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FREESE, E. **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2006.

KLEBA, M. E.; KRAUSER, I. M.; VENDRUSCOLO, C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.20, n.1, p.184-193, 2011.

- KREUTER, M. W. Desenvolvimento de um programa visando o auto-cuidado de um paciente diabético e avaliar seu conhecimento de desenvolver doença renal crônica. **Journal Renal Care**, 2008.
- LEA, J. P. Chronic kidney factors reported by primary care physicians: do guide lines make a difference? **American Journal of kidney Diseases**, v.47, n.1, p.72-77, 2006.
- KIRSZTAJN M, G.; BASTOS, M. G.; BURDMANN, E. A. Strategies of the Brazilian Chronic Kidney Disease Prevention Campaign (2003–2009). **Nephron Clinical Practice**, v.117, n.3, p.259–264, 2011.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MINAYO, C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.
- MOURA, L.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; ROSA, R. S.; MALTA, D. C.; STEVENS, A.; THOMÉ, F. S. Monitoramento da doença renal crônica terminal pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - Apac - Brasil, 2000 a 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.18, n.2, p.121-131, 2009.
- NWANKWO, E. I.; NAHAS, M. Chronic Kidney Disease: Stemming the Global Tide. **American Journal of Kidney Diseases**, v.45, p.201-208, 2005.
- ORTE, L. M. Extra hospital nephrology: a challenge for our near future. **Nefrologia**, v.27, n.3, p.300-312, 2007.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. Rio de janeiro: Editora Guanabara, 1996.
- RUSSO, D.; VICO, A.; MONTERISI, F.; BIGA, M. L.; FALANGA, R.; MANCINI, A.; TEUTONICO, A.; LOSAPPIO, R. Hospital-primary care teamwork in nephrology: 'preventive' epidemiology of diabetic nephropathy. **Giornale Italiano di Nefrologia**, supl.38, p.83-86, 2007.
- SALGADO FILHO, N. S.; BRITO, D. J. A Doença renal crônica: A grande epidemia deste milênio. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.XXVIII, n.3, supl.2, 2006.
- SANCHES, H. Chronic kidney disease: nove ities and scop of follow-up by the primary care physician. **Nefrologia**, v.28, supl.5, p.13-17, 2008.
- SEFFNER, F. O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório. 2005. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/publicacao/o-conceito-de-vulnerabilidade-uma-ferramenta-util-em-seu-consultorio>>. Acesso em: 02 jan. 2012.

SESSO, R. C. C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F.S.; LUGON, J. R.; BURDMANN, E. A. Censo Brasileiro de Diálise, 2009. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v.32, n.4, p.380-384, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Disponível em:
<<http://www.sbn.org.br/pdf/padrao.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2012.

THOMAS, N.; BRYAR, R.; MAKANJUOLA, D. Development of a self-management package for people with diabetes at risk of chronic kidney disease. **Journal of Renal Care**, v.34, n.3, p.151-158, 2008.

TRAVAGIM, D. S. A.; KUSUMOTA, L. Prevenção e Progressão da doença renal crônica: Atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Revista de Enfermagem**, v.17, n.3, p.388-393, 2009.

VILLAR, M. S.; HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa 2009**. 1.ed.: Objetiva, 2009.

II Relatório do trabalho de campo

Relatório do trabalho de campo

O presente relatório foi construído a partir das atividades desenvolvidas durante a realização da dissertação de Mestrado Acadêmico pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, intitulada “*As ações de prevenção da doença renal na Estratégia da Saúde da Família*” a qual é parte da linha de pesquisa 2 - *Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde*. O Mestrado teve início no mês de março de 2011, com uma duração prevista de no máximo 24 meses.

A idealização e a construção do projeto de pesquisa iniciaram no primeiro semestre de 2011, após vários encontros com orientadora, Prof^a. Dr^a. Enf^a. Eda Schwartz. O mesmo também foi apresentado na disciplina intitulada “Projetos de pesquisa” I, no segundo semestre de 2011, em que durante esse momento foram feitas apreciações e considerações sobre o trabalho.

Em março de 2012, o trabalho foi submetido ao processo de qualificação. Após o parecer da banca examinadora, foram realizadas as alterações solicitadas, e, em seguida, foi encaminhado ao Comitê de Ética. Com a aprovação do mesmo, iniciou-se a coleta de dados a partir de julho de 2012.

Em maio de 2012 o projeto foi encaminhado à Secretária de Saúde do Município de Pelotas, à Coordenação do Setor de Saúde Pública, às chefias das três Unidades Básicas de Saúde envolvidas no estudo que tinham cobertura da Estratégia de Saúde da Família e que contava com o maior número de usuários cadastrados, portadores de hipertensão e de diabetes. A fim de obter essa informação, contamos com os dados liberados pelo SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) do Município de Pelotas.

As referidas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) estão localizadas em bairros de Pelotas. O bairro A possui uma população de aproximadamente 5.637

pessoas, sendo que na UBS, 1.543 famílias estão cadastradas no SIAB, contando com um número de 180 diabéticos e 755 hipertensos. O bairro B possui uma população de 9.483 habitantes, sendo que na UBS 2.001 famílias estão cadastradas no SIAB, que conta com um número de 348 diabéticos e 1.314 hipertensos. O bairro C possui uma população de 7.432 pessoas, sendo que na UBS, 2.358 famílias estão cadastradas, contando com um número de 203 diabéticos e 969 hipertensos.

Enquanto o projeto tramitava no Comitê de Ética, o primeiro contato foi realizado com os profissionais das Unidades Básicas selecionadas. Nesse encontro a entrevistadora foi apresentada aos profissionais e então houve a conversa sobre o objetivo do estudo. Todos se mostraram dispostos e interessados em participar.

Assim que se obteve a aprovação do Comitê de Ética sob o número 68/2012 (ANEXO B), foi dado início a coleta de dados em que compreendeu o período de julho a agosto de 2012.

A coleta de dados foi feita através da entrevista semiestruturada, com perguntas abertas, as quais foram gravadas. Foram feitas 17 entrevistas, com duração aproximada de uma hora e trinta minutos, totalizando em torno de 13 horas de gravação. As entrevistas com os profissionais foram agendadas, com uma antecedência de sete dias, sendo realizadas no próprio local de trabalho, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde. A coleta transcorreu num tempo de exatamente 30 dias, sendo que as entrevistas foram sempre coletadas na mesma unidade durante a mesma semana, fato que proporcionou vínculo da pesquisadora com os profissionais da unidade.

Em seguida as entrevistas foram transcritas, e, como estratégia para a preservação da identidade dos sujeitos esses serão identificados pela letra (E) de entrevistado e seguido de um número arábico como indicativo de ordem de entrevista, por exemplo, E1, entrevistado 1. Para o anonimato das unidades foi utilizado a letra A para a primeira unidade, e assim sucessivamente, ficando portando UBS, A-E1 para o primeiro entrevistado da primeira unidade.

Participaram do estudo 17 profissionais, entre eles, seis médicos, oito enfermeiros e três nutricionistas. Apresento o quadro dos profissionais entrevistados.

| Entrevistado | Profissão | Tempo de serviço na ESF | Especialização/tipo |
|---------------------|------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| UBS, A-E1 | Enfermeiro | 11 anos | Especialização em Saúde da Família e Psiquiatria |
| UBS, A-E2 | Enfermeiro | 03 anos | Especialização em Saúde da Família e Enfermagem do Trabalho |
| UBS, A-E4 | Enfermeiro | 10 anos | Estratégia da Saúde da Família e em Psiquiatria |
| UBS, A-E5 | Médico | 04 anos | - |
| UBS, A-E6 | Nutricionista | 12 anos | Mestre em Epidemiologia |
| UBS, B-E7 | Médico | 15 anos | Especialização em Saúde Pública e ESF |
| UBS, B-E8 | Enfermeiro | 10 anos | Especialização em Projetos Assistenciais e Mestrado em Ciências da Saúde |
| USB, B-E9 | Enfermeiro | 10 anos | Especialização em Projetos Assistenciais e Mestre em Enfermagem, Ciências da Saúde |
| UBS, B-E10 | Enfermeiro | 10 anos | Especialização em Saúde da Família e Administração Hospitalar |
| UBS, B-E11 | Médico | 07 anos | Especialização em Saúde da Família |
| UBS, B-E12 | Médico | 10 anos | Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública |
| UBS, B-E13 | Nutricionista | 12 anos | Especialização em Química de Alimentos e Saúde da Família |
| UBS, C-E14 | Enfermeiro | 10 anos | Especialização em Saúde da Família |
| UBS, C-E15 | Enfermeiro | 03 anos | Especialização em Projetos Assistenciais, Saúde da Família e Mestrado em Ciências da Saúde |
| UBS, C-E16 | Nutricionista | 05 anos | Especialização em Saúde da Família e Mestrado em Epidemiologia. |
| UBS, C-E17 | Médico | 10 anos | Especialização em Medicina Comunitária e Mestrado em Saúde da Família |
| UBS, C-E18 | Médico | 20 anos | Saúde pública e Saúde da família |

Figura 2 – Caracterização dos profissionais da estratégia de saúde entrevistados

A primeira entrevista aconteceu no dia 16 de julho de 2012, sendo que nessa entrevista fui acompanhada pela orientadora. A entrevistada era uma enfermeira com 20 anos de experiência em Atenção Básica. Fomos bem recebidas, a mesma nos atendeu em seu consultório e suspendeu suas atividades até o término da entrevista, mostrando com isso, que estava realmente interessada em participar. A entrevista durou 90 minutos.

Ficou claro que a entrevistada tinha uma necessidade de falar sobre o processo de trabalho, o modelo de atenção que está sendo dispensado na unidade,

com a qual julga não está em conformidade com ESF, pois atende mais de forma curativa em função da demanda da unidade, não deixando espaço para ações e atividades que contemplem a prevenção e a promoção da saúde. Em relação ao trabalho propriamente dito, se mostrou bastante interessada nos resultados, pois acredita que o mesmo possa trazer contribuições e sugestões, a fim de planejamento de ações de prevenção da doença renal crônica em sua unidade.

A última entrevista da unidade A, ocorreu no dia 24 de julho de 2012. A entrevistada era a nutricionista que visitava e acompanhava pacientes daquela unidade e de outras, uma vez que a nutricionista faz parte do apoio da ESF. Essa falou bastante em prevenção de doenças e protocolos do Ministério da Saúde, também, do processo de trabalho e das relações entre profissionais, as quais apresentavam dificuldades que eram claramente expressadas pela entrevistadora. Ela se mostrava muito desgostosa com o restante da equipe, pois sentia que o seu trabalho não era valorizado, já que quem encaminhava pacientes hipertensos e diabéticos era somente o médico da unidade. Quanto ao estudo, também mostrou ter gostado dos objetivos, e, como todos os outros entrevistados, gostaria de ter a devolução dos resultados do estudo.

Na unidade B, o procedimento ocorreu da mesma forma que na unidade A. A primeira entrevista se deu no dia 31 de julho de 2012. Quanto à entrevistada, trata-se de uma enfermeira que trabalha com Estratégia da Saúde da Família há dez anos. Durante a entrevista, a mesma focava bastante em medidas e em ações de prevenção da doença renal e, ao mesmo tempo, dizia que em termos de ações específicas para doença não havia nada planejado ou implementado, muito embora existisse a preocupação com o tema. A entrevistada entendia que existem programas de pactuadas metas com a gestão estadual e municipal. E em se tratando de doença renal e prevenção das DCNT, pontuou que ainda falta uma estratégia que contemple a promoção da saúde e a prevenção da DCNT, entre elas a doença renal crônica. Outra questão que ficou bem clara foi que as medidas e as ações desenvolvidas com o grupo de risco para o desenvolvimento do hipertenso e do diabético ainda são muito tímidas, faltando incentivo, tanto da gestão municipal, como motivação dos profissionais.

Outra entrevistada da unidade B era a médica que trabalha em ESF há 16 anos. Essa se mostrou com certa indignação em relação à dificuldade que os profissionais da Atenção Básica enfrentam em planejar ações estratégicas e

medidas que respondam as necessidades de prevenção de doenças, entre elas a doença renal crônica. Tal dificuldade se dá devido à demanda de atendimentos, fazendo com que o modelo de atenção seja curativo, e, dessa forma, não existe transformação do modelo assistencial, assim como não existe interesse da gestão para que isso aconteça.

A última entrevista da unidade B ocorreu no dia 08 de agosto de 2012, a entrevistada era nutricionista e também atendia a outras unidades.

A primeira entrevista, da unidade C foi no dia 06 de agosto de 2012. O sujeito é nutricionista e trabalha há 12 anos com estratégia. Essa profissional se mostra bastante comprometida, com relação às ações de prevenção de agravos das pacientes de grupo, risco para o desenvolvimento da doença renal. Afirmou que tem feito capacitações junto aos profissionais e agentes de saúde, sobre orientação alimentar aos diabéticos e hipertensos e sempre procura falar que uma das complicações é a doença renal. Porém, de acordo com sua percepção, o paciente tem dificuldades em entender a gravidade de tal agravo, sendo que a preocupação maior dos mesmos é em relação ao AVC e a amputações. Acredita que isso ocorra, porque os pacientes conhecem pouco a hemodiálise e afirma, ainda, que o mesmo pode acontecer com os profissionais na hora de orientar quanto às complicações. Não que eles não saibam, mas porque a doença renal crônica não faz parte das suas rotinas.

A última entrevista da unidade C ocorreu no dia 10 de agosto de 2012, a entrevistada é médica e trabalha com ESF, há 20 anos.

Todos os procedimentos para execução das entrevistas foram mantidos a fim de permanecer a uniformidade na coleta dos dados. O registro das entrevistas foi realizado ao término das entrevistas ou logo que fosse possível. Os dados foram digitados em um arquivo específico e organizados de acordo com o sujeito, o local, o dia e a duração do encontro.

As entrevistas foram transcritas por uma mestranda que tinha experiência em transcrições. E, novamente, os dados foram digitados em um arquivo específico e organizados de acordo com o sujeito, o local, o dia e a duração do encontro. As transcrições aconteceram na medida em que eram realizadas as entrevistas e resultaram 377 páginas.

Os dados foram analisados conforme análise de conteúdo proposto por Bardin (2011), a qual compreende três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, abrangendo a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase da organização, em que consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Já a exploração do material consiste na fase mais longa, visa à operacionalização de códigos, decomposição ou enumeração de modo a buscar a compreensão do texto. Por fim, o tratamento dos resultados que permite estabelecer quadro de resultados, os quais condensam e põem em relevo as informações obtidas (BARDIN, 2011).

Após serem transcritas, as entrevistas foram analisadas buscando os conteúdos que contemplassem os objetivos iniciais da pesquisa. Após a exploração do material, se iniciou a enumeração dos códigos de acordo com os objetivos de pesquisa. A seguir, os resultados foram classificados de modo que se formassem categorias de acordo com o objetivo que foram: fatores de risco para o desenvolvimento da DRC, as práticas de hábitos saudáveis e estilo de vida.

O artigo apresentado para defesa da dissertação diz respeito ao objetivo de Investigar o reconhecimento dos profissionais de saúde em relação os fatores de risco para a DRC.

O marco teórico foi alicerçado nas concepções e diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção Clínica da Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica do MS (BRASIL, 2006).

Os aspectos considerados positivos nesse estudo foram as interações e as disponibilidades dos profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família. Salienta-se que as equipes colaboraram, oferecendo e solicitando uma maior integração entre as necessidades da comunidade e academia, dispondo de uma escuta qualificada e que possa garantir as discussões a respeito das doenças crônicas no que tange a promoção e a prevenção.

Referências:

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, 2006.

III Artigo com os principais resultados da pesquisa

OS FATORES DE RISCO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA: O RECONHECIMENTO DA ESF¹

Giani da Cunha Duarte², Eda Schwartz³

¹ Recorte da Dissertação de Mestrado intitulada “Ações de prevenção da doença renal na Estratégia da Saúde da Família”, apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas em 2012.

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Enfermeira da Universidade Federal de Pelotas. Integrante do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN) e Núcleo de Pesquisa em Saúde Rural e Sustentabilidade, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: giani_cd@hotmail.com. Endereço: Rua Sete de Setembro, 12, ap. 302. CEP 96.015-300 - Pelotas, RS, Brasil Telefone (53) 91568412.

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde Rural e Sustentabilidade e do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN). Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: eschwartz@terra.com.br

RESUMO: Objetivou-se investigar o reconhecimento dos profissionais de saúde em relação os fatores de risco para a doença renal. Trata-se de um estudo qualitativo. A coleta de dados foi por meio de entrevistas, participaram 17 profissionais da ESF de três Unidades Básicas de Saúde no período de julho a agosto de 2012. Para análise de dados se utilizou a análise de conteúdo de Bardin. Os resultados mostraram que os profissionais reconhecem que fatores de risco para o desenvolvimento da doença renal, são aqueles relacionados às doenças prévias, como a hipertensão e o diabetes; as práticas de hábitos não saudáveis e estilo de vida. Reconhecem também que os grupos de risco que mais contribuem para o aparecimento da doença renal, são aqueles que com maior frequência procuram o serviço de saúde da atenção básica, tornando este um cenário para o enfrentamento da doença renal crônica, no que tange a prevenção da doença ou avanço da mesma.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde. Insuficiência Renal Crônica. Fatores de Risco. Enfermagem.

ABSTRACT: This study aimed to investigate the health professionals' recognizing in relation to the risk factors to kidney disease. It is a qualitative study. The data collection was performed through interviews, with a participation of 17 FHS professionals, from three Health Basic Units, in the period between July and August of 2012. The analysis was performed

using the Bardin's content. The results have shown that the professionals recognize that the risk factors for the development of kidney disease are the ones related to previous diseases, such as high pressure and diabetes; no health practices and life style. They also recognize that groups of risk that have a higher contribution for the disease rising are the ones more frequently frequent the basic attention health service, coming this a scenario to the fighting against the chronic kidney disease, regarding to its prevention or advance.

DESCRIPTORS: Primary Health Care, Chronic Renal Failure, Risk Factors, Nursing.

RESUMEN: El objetivo de este trabajo es investigar en reconocimiento de los profesionales de salud en relación a los factores de riesgo de la enfermedad renal. Es esta una investigación cualitativa. La colecta de los datos se dió por medio de entrevistas, de las cuales participaron 17 profesionales de la ESF de tres Unidades Primarias de Salud en el periodo de julio a agosto de 2012. Para el análisis de los datos se utilizó el método de Bardin. Los resultados muestran que los profesionales reconocen que los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad renal son aquellos relacionados a las enfermedades anteriores, como hipertensión y diabetes; la práctica de hábitos no saludables y el modo de vida. Reconocen también que los grupos de riesgo que más contribuyen para el surgimiento de la enfermedad renal son aquellos que con mayor frecuencia buscan el servicio de atención primaria de salud, lo que hace de esta realidad un escenario para en enfrentamiento de la enfermedad renal crónica, en lo que se refiere a la prevención de la enfermedad o el avance de la misma.

DESCRIPTORES: Atención primaria a la salud. Insuficiencia Renal Crónica. Factores de riesgo. Enfermería.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, tem ocorrido uma mudança do perfil epidemiológico e do perfil demográfico das populações, tanto em nível nacional como mundial.

A transição do perfil epidemiológico é um processo de redução de doenças infecciosas para um aumento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs). Esse novo perfil epidemiológico se caracteriza pela diminuição da taxa de natalidade e pelo aumento da expectativa de vida, o que leva a ascensão das condições crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), as doenças cardiovasculares, o Diabetes Mellitus (DM), a obesidade e as diferentes neoplasias relacionadas em função da maior exposição a fatores de risco.¹

O aumento das condições crônicas é explicado pelas mudanças demográficas, mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida considerados não saudáveis, como o consumo nocivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, inatividade física, excesso de peso e a urbanização acelerada.¹

Dentre as DCNTs, a Doença Renal Crônica (DRC) vem sendo considerada como uma epidemia global em face do seu expressivo crescimento em contexto mundial.² Essa epidemia pode ser explicada pelo expressivo crescimento da expectativa de vida da população e do número de casos tanto de Diabetes Mellitus quanto de Hipertensão Arterial Sistêmica.³

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que medidas voltadas para a prevenção de DCNTs poderiam evitar em até 36 milhões de mortes no mundo até o ano de 2015.¹ Então, conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas, como a doença renal, é de fundamental importância, pois, é através desse conhecimento que serão planejadas ações e medidas que tenham como objetivo o controle, a prevenção e a redução de tais agravos.

Os fatores de risco classificam-se em Não Modificáveis, ou seja, que não se pode intervir (sexo, idade e herança genética) e os Modificáveis, que são os comportamentais, portanto, capazes de sofrer intervenções (tabagismo, consumo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada).⁴

Atualmente, mais de um milhão de pessoas estão em diálise e outros tantos milhões apresentam algum grau de perda de função renal. Estima-se que no Brasil 10 milhões de indivíduos tenham algum grau de DRC.⁵

Assim, destacam-se a HAS e o DM como as doenças que mais contribuem para o aparecimento e para a evolução da DRC. Logo, a identificação dos portadores dessas, faz com que se torne possível à identificação precoce da DRC, favorecendo intervenções voltadas para a prevenção e/ou para o controle da evolução da doença.⁶

Neste contexto, este estudo tem por objetivo investigar o reconhecimento dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação aos fatores de risco para a DRC.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) as quais tem cobertura da ESF e conta com maior número de usuários cadastrados, portadores de hipertensão e de diabetes. A informação está contida nos dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) do município de Pelotas. As

referidas UBSs estão localizadas em bairros Pelotas. A unidade A possui uma população de 9.483 habitantes, sendo que 2.001 famílias estão cadastradas no SIAB, que conta com um número de 348 diabéticos e 1.314 hipertensos. A unidade B possui uma população de aproximadamente 5.637 pessoas, sendo que 1.543 famílias estão cadastradas no SIAB, contando com um número de 180 diabéticos e 755 hipertensos. A unidade C possui uma população de 7.432 pessoas, sendo que 2.358 famílias estão cadastradas, contando com um número de 203 diabéticos e 969 hipertensos.

Os participantes do presente estudo foram os enfermeiros, os médicos e os nutricionistas das respectivas UBSs. Sendo que o critério de inclusão dos sujeitos para a pesquisa foi o de estar atuando a mais de um ano na ESF.

O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob o número 68/2012. Foram explicados os objetivos do estudo aos sujeitos participantes da pesquisa e após o aceite positivo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma via com o entrevistado e outra com a pesquisadora.

Participaram das entrevistas, na unidade A: três enfermeiros, um médico e uma nutricionista, na unidade B: três enfermeiros, três médicos e uma nutricionista, e na unidade C: dois enfermeiros, dois médicos e uma nutricionista.

As entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas. A análise de dados foi ancorada nos preceitos de Bardin, A análise de conteúdo teve como modalidade a temática a qual compreende três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, abrangendo a inferência e a interpretação.⁷

A pré-análise é a fase da organização, em que consistiu na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada dos pressupostos e dos objetivos iniciais da pesquisa. Já a exploração do material foi a fase de operacionalização de códigos, decomposição ou enumeração, de modo a buscar a compreensão do texto. Por fim, o tratamento dos resultados permitiu estabelecer um quadro de resultados, o qual agrupou e evidenciou as informações obtidas.⁷

Como estratégia para a preservação da identidade dos sujeitos, esses foram identificados pela letra (E) de entrevistado e seguido de um número arábico como indicativo de ordem de entrevista, por exemplo, E1, entrevistado 1. Para o anonimato das unidades, foi utilizada a letra A para a primeira unidade, B para a segunda e assim sucessivamente, ficando portando UBS, A-E1 para o primeiro entrevistado da primeira unidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados resultou em categorias, conforme o conteúdo das entrevistas: fatores de risco para DRC - relacionados às doenças prévias, e, fatores de risco para DRC-relacionadas a práticas de hábitos e estilo de vida não saudável.

Fatores de risco para DRC relacionados a doenças prévias

Muitos são os fatores de risco para as doenças cardiovasculares e renais, como histórico familiar, tabagismo, obesidade, entre outras.⁴ Os fatores de risco para o desenvolvimento da DRC, relacionados à doenças prévias e elencados pelos profissionais foram: hipertensão, diabetes, pielonefrites, infecção urinária, glomerulonefrites, obesidade e lúpus.

Contudo, a HAS e o DM são relatados como os principais fatores pelos entrevistados, sendo que o reconhecimento de tais doenças como fatores de risco para o desenvolvimento da DRC vai ao encontro das evidências científicas relatadas pela literatura, a qual afirma que a HAS e o DM são responsáveis por 50% dos pacientes em diálise.⁴

[...] quais os fatores de risco? Tá falando na coisa mais, mais clínica mesmo? Os fatores de risco da doença renal crônica, os principais que eu conheço, claro não sou nefro, é..., os principais é a hipertensão, a gente sabe que leva realmente à Insuficiência Renal Crônica, o diabete, que são as principais preocupações. A Hipertensão e o diabetes é diferente, é uma coisa do nosso dia a dia [...] (UBS, A-E5)

[...] olha, a doença renal crônica a gente sabe que os maiores fatores de risco é a hipertensão e diabetes, então são as duas doenças crônicas que demandam um maior número de casos de origem de casos de doença renal crônica [...] (UBS, A-E6)

[...] já aconteceu comigo e acho com outras enfermeiras de pacientes que começam com infecção urinária de repetição. E aí quando tu vê tem cisto ou algum problema. Já existem jovens que já tem problema renal [...] (UBS, A-E4)

[...] diabetes, hipertensão, principalmente mal controlada, mas o diabetes ele é, na minha perspectiva, na perspectiva de todo mundo, o diabetes ele vai conduzir à insuficiência renal mesmo quando é bem controlado. Ele acaba no final levando. Acho que é fundamentalmente isso, hipertensão e diabetes. Sim, tem outros casos, mas é mais comum da insuficiência renal, ainda é diabete e hipertensão [...] (UBS, C-E17)

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família compreendem que os fatores de risco para o desenvolvimento da DRC são os mesmos apresentados no cenário nacional e

internacional, como, por exemplo, a hipertensão e o diabetes. Até porque, de acordo com a fala do sujeito da UBS, A-E5, a hipertensão e o diabetes são aquelas doenças que os profissionais da estratégia mais prestam atendimento nas suas rotinas de trabalho, assim, pode se presumir que esse olhar do profissional seja um reflexo da sua vivência.

Nessa perspectiva, de todos os fatores mencionados, o mais importante é a hipertensão arterial, porque além dela causar dano renal diretamente, ela acelera o dano causado por outras nefropatias. Nesse sentido, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são os que mais contribuem para o aparecimento da doença renal crônica. Assim como os idosos e os familiares de renais crônicos também contribuem para o aparecimento da DRC.^{6,7,9}

A prevalência dessas morbidades vem aumentando e ao longo dos anos, desafiando, permanentemente, o sistema de serviços de saúde. O seu enfrentamento requer intervenções no âmbito de serviços de saúde, da comunidade e da gestão.

Para que a prevenção da doença seja efetiva, faz-se necessário que os pacientes hipertensos e diabéticos e os familiares de portadores da doença renal crônica sejam investigados para essa doença.^{6,8} Ação que pode ser desenvolvida através das UBS com ESF, uma vez que esse serviço ocupa lugar estratégico para o desenvolvimento dessas ações. Até porque, frequentemente, os indivíduos com risco para desenvolver a DRC, inclusive pessoas que já estejam em algum estágio da DRC, procuram primeiro os serviços prestados pelos profissionais da atenção básica.⁸

Para fortalecer essa ideia, pode ser mencionado um estudo na Espanha, o qual ficou evidenciado a prevalência significativa de alteração da função renal, assim como o número elevado de portadores de fatores de risco para o desenvolvimento da DRC, entre eles, hipertensão arterial e diabetes mellitus, que fazem uso do serviço de atenção primária daquele país.¹⁰

Uma das maneiras de planejar a assistência é programar ações, as quais atuem na prevenção e que sejam voltadas para pessoas que fazem parte dos grupos de risco para o desenvolvimento de uma doença ou agravo, dessa forma, elas se tornarão mais efetivas. Então, trabalhar com grupos específicos ou de risco tem que ser, entre outras, estratégias de cuidado a serem oferecidas, devendo considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos.¹¹

Considerando esse direcionamento, o reconhecimento, pelos profissionais de saúde, de pessoas que apresentem fatores de risco para desenvolverem a DRC constitui-se em um elemento facilitador para implementação e qualificação dos cuidados de saúde, por meio da formação de grupos de pessoas. Conforme se revela na fala a seguir.

Na fala do sujeito da UBS, B-E7, [...] *toda família, além de transtorno mental, eles tem diabetes e hipertensão, é um fator hereditário, eles têm a maioria sobrepeso e são da raça negra. Mas assim ninguém está em hemodiálise ainda, mas é um passo [...]*

Ao se referir à família que é usuária do serviço e ao nomear suas morbidades, a entrevistada, conforme relatado na fala acima, demonstrou a compreensão que, por serem todos fatores de risco para o desenvolvimento da DRC, possivelmente, em breve, alguns membros da família poderão estar em Terapia Renal Substitutiva (TRS). Essa fala, ainda, revela o envolvimento e conhecimento das condições de saúde que os profissionais da ESF têm em relação à população adscrita da sua comunidade.

Fatores de risco para DRC relacionadas a práticas de hábitos e estilos de vida não saudáveis

No processo de desenvolvimento de ações, sobre práticas de hábitos e estilos de vida não saudáveis, destacou-se o autocuidado, em que esse se dá através da busca da produção da autonomia do usuário. Afirma-se ainda, que nesse processo, é necessário que o usuário seja incentivado a cuidar de si, tarefa essa que não consiste apenas no autocuidado sugerido aos portadores de DCNT, mas, também, na corresponsabilização dos sujeitos que fazem parte do grupo de risco para o aparecimento da DRC. Entretanto, o respeito pelas suas experiências e pelos seus valores culturais é indiscutível, a fim do fortalecimento de suas escolhas e de sua qualidade de vida. Por isso, deve se revisar as estratégias de trabalho de grupo e de educação em saúde que vêm sistematicamente povoando nossas redes de saúde, as quais utilizam métodos ultrapassados que pouco contribuem para esses processos.¹¹

[...] *a gente trabalha aqui com hipertensos, diabéticos e..., temos grupos, e a todo momento a gente tem que tá batendo na mesma tecla, da importância não somente de vir aqui, realizar a pesagem ou ouvir as orientações que a gente faz palestra pra eles também. Mas é uma coisa que tu tem que tá conquistando, tem que tá sempre falando a mesma, dando as mesmas informações, porque as pessoas às vezes até se recusam receber essas informações tu entende? Então isso aí faz com que as pessoas não se cuidem, não levem tão a sério que possa estar acontecendo [...]* (UBS, A-E4)

[...] *os primeiros (hipertensos e diabéticos) porque é o que a gente vê são as pessoas que menos se cuidam, são os que a gente vê que saem, que tem problema, e a consequência é a lesão renal [...]* (UBS, B-E7)

[...] *mas eu acho que a predisposição seria assim, pessoas que não praticam exercício, a própria hipertensão, diabete, a dieta, pessoas que não fazem, não executam, não*

usam dieta balanceada, evitar, por exemplo, carnes vermelhas, álcool, paciente que não se cuida, uso exagerado de sódio que vai fazer com que aumente a pressão [...] (UBS, B-E10)

O processo de cuidar de si mesmo envolve o reconhecimento das suas próprias capacidades, necessidades e limitações. Tal processo desperta no indivíduo um aumento da sua autoestima e faz com que lhe desperte o interesse pelo cuidado com a saúde, estimulando, então, o autocuidado.¹²

Os profissionais da ESF compreendem que estilo de vida está diretamente relacionado com hábitos alimentares e a prática ou não de exercícios físicos – o sedentarismo. Então, ao estimular esses hábitos surgem dois pontos a se pensar: faz com que desperte no indivíduo o autocuidado, mas, ao mesmo tempo, faz com que os profissionais entendem da dificuldade de trabalhar com esses fatores mediante o usuário, já que existe todo um envolvimento cultural em torno desses fatores, e, que intervir nos hábitos de um indivíduo exige habilidades que vão além do conhecimento técnico do profissional.

Contudo, os estudos comprovam que os estilos de vida adotados pelas pessoas estão diretamente relacionados com o aparecimento ou não de DCNT. Nesse sentido a OMS indica o planejamento e a implementação de ações preventivas no sentido de reduzir de modo significativo as doenças em todo mundo. Entre elas, medidas consideradas protetoras vasculares e renais já de benefício comprovado, como: adoção de hábitos alimentares adequados e saudáveis, cessação do tabagismo, prática de atividade física regular, controle da pressão arterial, manejo das dislipidemias, manejo do diabetes e uso profilático de alguns fármacos.⁴

A equipe de saúde da Estratégia de Família tem a compreensão de que além dos fatores clínicos para o desenvolvimento da DRC, existem outros chamados de comportamentais culturais: como autocuidado, hábitos alimentares e sedentarismo. Entendem ainda que planejar ações de saúde que visem impacto positivo nos sujeitos que apresentam fatores comportamentais culturais, revela-se como permanente desafio para os profissionais de saúde, uma vez que o processo de mudança de comportamentos não saudáveis é influenciado por múltiplos fatores, cuja intervenção em saúde, muitas vezes, exige capacidade e habilidades que vão além do domínio técnico que geralmente caracteriza o trabalho em saúde.

[...] os hábitos alimentares das pessoas que é extremamente errado, elas não entendem o consumo excessivo de sódio, entendeu, e isso causa um problema sério [...] (UBS, C-E16)

[...] quando a gente trabalha de forma coletiva, com grupos de idosos ou hipertensos e diabéticos, a gente trabalha muito na questão da mudança de estilo de vida [...] (UBS, A-E6)

O depoimento C-E16 revela que a conduta de cuidado desenvolvida pelos usuários portadores de HAS e DM se dá de forma inadequada. Perante tal comportamento, encontra-se o risco elevado de desenvolverem agravos relacionados com as doenças. Ao mesmo tempo, existe a dificuldade de reverterem tal situação. Assim, faz-se necessário que os profissionais da ESF procurem instrumentos a fim de alicerçar estratégias e ações que favoreçam e despertem no usuário o entendimento da necessidade do autocuidado.

Ainda nesse enfoque, pode se citar um estudo realizado sobre a adesão ao tratamento de anti-hipertensivos em portadores da HAS em um centro de referência na cidade de Fortaleza, foi concluído que a não adesão ao tratamento é um fator que contribui para o desenvolvimento de agravos relacionados com a HAS, acarretando prejuízos aos usuários e sobrecarregando os serviços de saúde, demonstrando que a não adesão ao tratamento é mais um desafio aos profissionais de saúde.¹³

Diante desse panorama, um estudo feito na cidade de Londres, em diabéticos com alto risco de desenvolverem DRC, na atenção primária mostrou que a maioria das pessoas tinha algum conhecimento do risco de desenvolver a doença renal, embora não estivesse claro como poderiam controlar essa situação. Dessa forma, o estudo mostrou a necessidade de investir em medidas e ações de educação em saúde, e como resultado estimular o autocuidado em pacientes portadores de diabetes na atenção primária.¹⁴

Entende-se que o comportamento de risco dos usuários pode ser influenciado pela cultura, atitude do usuário e pela fragilidade das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostra que os profissionais da ESF reconhecem que fatores de risco para o desenvolvimento da DRC são aqueles relacionados às doenças prévias, destacando a HAS e o DM. Incluíram em suas falas, que, além da hereditariedade, também é considerado como fator de risco, o estilo de vida, uma vez que nele estejam presentes as práticas de hábitos não saudáveis, como o sedentarismo, o consumo abusivo do sal e a falta de exercícios físicos. Reconhecem, ainda, que os grupos de risco que mais contribuem para o aparecimento da DRC são aqueles que, com maior frequência, procuram o serviço de saúde da atenção básica, ou seja, os hipertensos e os diabéticos.

A ESF, pela sua característica de atenção, se torna um cenário apropriado para o desenvolvimento de estratégias e ações que contemplem a prevenção da doença renal. Logo, se essas questões estão claras para os profissionais, nos leva a concluir que os mesmos compactuam da idéia de investir em estratégias, programas e ações que estabeleçam medidas de prevenção da DRC.

O reconhecimento dos fatores de risco para a DRC é fundamental para o desenvolvimento de programas que priorizem a prevenção de doenças na atenção básica através da ESF. No entanto, se fazem necessários o envolvimento e o comprometimento de todos os segmentos que compõe os serviços de saúde, como os gestores municipais, os que formam profissionais de saúde, como escolas e universidades e os profissionais da rede, a fim de que tais programas busquem efetivamente a implantação de ações voltadas para a prevenção da DRC.

Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Salgado Filho NS, Brito DJ. A Doença renal crônica: A grande epidemia deste milênio. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* 2006; XXVIII(3):2.
3. Nwankwo EL, Nahas M. Chronic Kidney Disease: Stemming the Global Tide. *Am J Kidney Dis* 2005; 45:201-8.
4. Ministério da Saúde (BR). Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília (DF): MS; 2006.
5. Sociedade Brasileira de Nefrologia [página na Internet]. [acesso em 2012 Jan 04]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/padrao.pdf>
6. Bregman R. Prevenção da progressão da doença renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* 2004; XXVI(3):1.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

8. Bastos RMR, Bastos MG, Teixeira MTB. A doença renal crônica e os desafios da atenção primária à saúde na sua detecção precoce. *Revista APS* 2007; 10(1):46-55.
9. Barros E, Manfro RC. *Nefrologia Rotinas Diagnósticos e Tratamento*. 3.ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul LTDA; 2006.
10. Francisco ALM, De la Cruz JJ, Cases A, Figuera M, Egocheaga MI, Górriz JI, et al. Prevalencia de insuficiencia renal en Centros de Atención Primaria en España: Estudio EROCAP. *Nefrología* 2007; 27(3):300-12.
11. Malta DC, Merhy EE. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. *Interface - Comunic. Saude Educ* 2010; 14(34):593-605.
12. Waldow RV. *Estratégias de Ensino na Enfermagem*. Petrópolis: Vozes; 2005.
13. Abreu RNDC. Adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas: espaço para o cuidado clínico de enfermagem [dissertação]: Universidade Estadual do Ceará. Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação; 2007. 93f.
14. Thomas N, Bryar R, Mankjuola, D. Development of a self-management package for people with diabetes at risk of chronic kidney disease. *J Ren Care* 2008; 34(3):151-8.

Apêndices

APÊNDICE A - Carta à Secretária Municipal de Saúde de Pelotas

**Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem**

Pelotas, 07 de março de 2012.

Prezada Senhora:

Na condição de aluna do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPel, venho, por meio desta, solicitar a autorização para desenvolver uma pesquisa, intitulada “**Ações de prevenção da doença renal na Estratégia da Saúde da Família**”, a qual tem por objetivo, conhecer as ações desenvolvidas pela equipe da estratégia da saúde da família na prevenção da doença renal, sendo que a mesma é requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Os sujeitos da pesquisa serão os profissionais que atuam em uma unidade básica de saúde, com abrangência da estratégia Saúde da Família e conte com maior número de cadastrados portadores de hipertensão e diabetes, conforme o SIAB. As unidades básicas de saúde que estão de acordo com tal critério são as do bairro Simões Lopes, bairro Navegantes e bairro Bom Jesus. E que os profissionais estejam dispostos a participar deste estudo, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assim, teremos presente o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, em concordância com o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, enfatizando os artigos 89, 90, 91 e 92 e a Resolução 196/1996 do CNS, cujo enfoque é a pesquisa envolvendo seres humanos (cap.IV).

Desta forma, contamos com seu apoio, agradecendo deste já pela oportunidade e colocando-nos a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Enf^a. Giani Duarte
Autor da Pesquisa
giani_cd@hotmail.com
(53) 91568412

Dr^a. Eda Schwartz
Orientadora
eschwartz@terra.com.br
(53) 99826959

Ilustríssima Senhora
Arita Bergmann
MD. Secretária Municipal de Saúde Pelotas - RS

**APÊNDICE B - Carta Coordenação do Setor de Saúde Pública Municipal de
Saúde de Pelotas
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem**

Pelotas, 23 de fevereiro de 2012.

Pesquisadores:

Enf^a. Giani da Cunha Duarte – Fen/UFPel - Contatos: giani_cd@hotmail.com (53)
91568412 - 39211523

Enf.^a Dr^a. Eda Schwartz – Fen/UFPel - Contatos: eschwartz@terra.com.br (53)
99826959 - 39211523

Ilm^a. Sr^a. Patricia Cavada.

Prezada Senhora

Na condição de aluna do curso de pós graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPel I, venho por meio desta solicitar a autorização para desenvolver uma pesquisa, intitulada “**Ações de prevenção da doença renal na Estratégia da Saúde da Família**”, a qual tem por objetivo conhecer as ações desenvolvidas pela equipe da estratégia da saúde da família na prevenção da doença renal, sendo que a mesma é requisito parcial para obtenção do título de mestre em Enfermagem na faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Os sujeitos da pesquisa serão os profissionais que atuam em uma unidade básica de saúde, com abrangência da estratégia Saúde da Família e conte com maior número de cadastrados portadores de hipertensão e diabetes, conforme o SIAB,

As unidades básicas de saúde que estão de acordo com tal critério são as do bairro Simões Lopes, bairro Navegantes e bairro Bom Jesus e estejam dispostos a participar deste estudo, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assim, teremos presente o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, em concordância com o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, enfatizando os artigos 89, 90, 91 e 92 e a Resolução 196/1996 do CNS, o qual trata da pesquisa envolvendo seres humanos (cap.IV).

Desta forma, contamos com seu apoio, agradecendo deste já pela oportunidade e colocando-nos a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Enf^a. Giani Duarte
Autora do Projeto
giani_cd@hotmail.com (53) 91568412

Dr^a. Eda Schwartz
Orientadora
eschwartz@terra.com.br (53)9826959

**APÊNDICE C - Carta chefias da UBS Simões Lopes Municipal de Saúde de
Pelotas**

Universidade Federal de Pelotas

Faculdade de Enfermagem

Pelotas, 07 de março de 2012.

Pesquisadores:

Enf^ª. Giani da Cunha Duarte – Fen/UFPel - Contatos: giani_cd@hotmail.com (53)
91568412 - 39211523

Dr^ª. Enf^ª. Eda Schwartz – Fen/UFPel - Contatos: eschwartz@terra.com.br (53)
99826959 - 39211523

Ilm. Sr. Marco Antônio Horta de Lima,

Prezado Senhor,

Na condição de aluna do curso de pós graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPel, venho por meio desta solicitar a autorização para desenvolver uma pesquisa, intitulada **“Ações de prevenção da doença renal na Estratégia da Saúde da Família”**, a qual tem por objetivo conhecer as ações desenvolvidas pela equipe da estratégia da saúde da família na prevenção da doença renal crônica, sendo que a mesma é requisito parcial para obtenção do título de mestre em Enfermagem na faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Os sujeitos da pesquisa serão os profissionais que atuam em uma unidade básica de saúde, com abrangência da estratégia Saúde da Família e conte com maior número de cadastrados portadores de hipertensão e diabetes, conforme o SIAB, e estejam dispostos a participar deste estudo, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assim, teremos presente o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, em concordância com o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, enfatizando os artigos 89, 90, 91 e 92 e a Resolução 196/1996 do CNS, o qual trata da pesquisa envolvendo seres humanos (cap.IV).

Desta forma, contamos com seu apoio, agradecendo deste já pela oportunidade e colocando-nos a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Enf^ª. Giani Duarte
Autora do Projeto
giani_cd@hotmail.com
(53) 91568412

Dr^ª. Eda Schwartz
Orientadora
eschwartz@terra.com.br
(53) 99826959

APÊNDICE D – Comitê de Ética da Escola de Enfermagem

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem

Pelotas, de de 2012.

Ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem

Prezados senhores,

Estamos encaminhando para vossa apreciação o Projeto intitulado “**Ações de prevenção da doença renal na Estratégia da Saúde da Família**” da Enf^a. Giani da Cunha Duarte, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Eda Schwartz.

Aguardo vosso parecer e coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos através dos telefones (53) 91568412, (53) 99826959 ou pelo telefone (53) 39211527 da Faculdade de Enfermagem /UFPEL.

Atenciosamente,

Enf^a. Giani da Cunha Duarte

Dr^a. Eda Schwartz

APÊNDICE E – Consentimento Livre Esclarecido

Universidade Federal de Pelotas

Faculdade de Enfermagem

Pesquisadores:

Prof^a. Dr^a. Eda Schwartz – Contato: (53) 99826959/32832866 – e-mail: eschwartz@terra.com.br

Enf^a. Giani Duarte – Contato: (53) 9156 8412 – e-mail: giani_cd@hotmail.com

Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado senhor (a)

Meu nome é Giani da Cunha Duarte, sou enfermeira da Universidade Federal de Pelotas, e estudante de pós-graduação em Enfermagem com a participação da professora doutora Eda Schwartz. Venho, através deste, convidá-lo(a) a participar da pesquisa que tem como objetivo conhecer as ações desenvolvidas pela equipe de Estratégia da saúde da Família na prevenção da doença renal crônica. Para isso estou realizando entrevistas com a equipe de saúde. Os resultados serão divulgados em eventos e revistas científicas.

A entrevista para coleta dos dados ocorrerá em período e local previamente acordado entre senhor (a) e será realizada por mim. O conteúdo da entrevista será gravado e posteriormente transcrito e analisado. As fitas e as cópias ficarão guardadas comigo e serão utilizadas somente por mim e a Prof.^a Dr.^a Eda Schwartz.

As informações fornecidas serão mantidas em anonimato e sua identidade não será revelada em nenhum momento, você tem a liberdade de retirar seu consentimento em participar do estudo em qualquer momento sem prejuízo, mesmo após ter assinado este consentimento. Sua participação não apresenta nenhum risco, pois não prevê procedimentos invasivos, ou de ordem moral, não havendo despesas ou recompensa considerando que durante a entrevista as perguntas poderão ser ou não serem respondidas em sua totalidade. Os benefícios: As informações que nos dará poderão contribuir para que o senhor(a) discuta sobre as ações desenvolvidas pela Estratégia da saúde da Família na prevenção da doença renal crônica. A pesquisa terá a duração de 06 meses.

Diante do exposto eu _____ declaro que fui esclarecido(a) o suficiente sobre o estudo a ser realizado por Giani da Cunha Duarte e consinto em participar. Este documento possui duas vias ficando uma com o colaborador e a outra com a pesquisadora.

Pelotas, _____ de _____ 2012

Participante da Pesquisa

Enf.^a Mda. Giani Duarte
Autor da Pesquisa
giani_cd@hotmail.com (53) 91568412

Dr.^a Eda Schwartz
Orientadora
eschwartz@terra.com.br (53) 99826959

APÊNDICE F – Instrumento de Coleta de Dados – Entrevista

Universidade Federal de Pelotas

Faculdade de Enfermagem

Dados de identificação:

Número de entrevista:

Formação profissional: () médico () enfermeiro () nutricionista

Tempo de trabalho em unidade básica de saúde:

Tem formação complementar:

Local da entrevista:

Tempo de duração da entrevista:

1) Na sua perspectiva, quais fatores que são de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica? Por quê? Me fale mais sobre isso?

2) Você pode dizer as ações DE PREVENÇÃO desenvolvidas pela SENHORA/SENHOR na prevenção do grupo de risco para DRC? Por quê? Me fale mais sobre isso?

3) Você pode nos falar quando os usuários são encaminhados ao serviço especializado de nefrologia?

4) Há mais algo mais que o Sr. considere que eu deva saber para compreender melhor

5) Há algo que o Sr. gostaria de me perguntar?

Anexos

ANEXO A – Carta de autorização do coordenador da pesquisa

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Núcleo de Condições Crônicas e Suas Interfaces

Pelotas, 07 de março de 2012.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Giani da Cunha Duarte** pós-graduanda do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPel, participa ativamente na coleta de dados da pesquisa, “Famílias na presença da doença renal crônica: interfaces do cuidado” sob minha coordenação. Desta forma está autorizada a utilizar parte dos dados coletados para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada “**Ações de prevenção da doença renal na Estratégia da Saúde da Família**”, sob minha orientação. Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com a coordenadora do projeto.

Prof^a. Dr^a. Eda Schwartz

Coordenadora do projeto de pesquisa, nº 4.04.01.019

ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N ° 68/2012
Professora Enfermeira Doutora Eda Schwartz

PARECER PROJETO DE PESQUISA

Senhora Pesquisadora:

Após a análise do seu projeto por este comitê, considerando a realização dos ajustes solicitados, conforme Parecer nº 066/2012, informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: **“Ações de prevenção da doença renal na Atenção Básica de Saúde”** foi **APROVADO**.

Protocolo interno N ° 029/2012

Pelotas, 24/07/2012



Prof.ª Dr.ª Marilu Correa Soares
Coordenadora CEP-FEN-UFPEl
COREN-RS 21885