



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LUCAS ANTUNES

ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

FLORIANÓPOLIS

2022

LUCAS ANTUNES

**ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.(a), Denise Maria Guerreiro
Vieira da Silva Dr.(a)

FLORIANÓPOLIS

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Antunes, Lucas
ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA / Lucas Antunes ; orientador, Denise
Silva, 2022.
85 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Doença Renal Crônica. 3. Atenção
Primária à Saúde. 4. Educação Permanente. I. Silva, Denise.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. III. Título.

Lucas Antunes

ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 15 de dezembro de 2022,
pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Gisele Cristina Manfrini, Dr.(a)
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Julia Estela Willrich Böell, Dr.(a)
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado
adequado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2022

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar e sendo o mais importante, agradeço à minha mãe – Talita Beatriz Zanzi. A mulher que me deu a vida e me proporcionou tudo que tenho hoje. Ela que acordou todos os dias e não deixou a vida nos derrubar. A cada pedra no caminho, um singelo pedaço para a construção do sucesso. Junto, agradeço à minha família que sempre incentivou o estudo e a conquista.

Agradeço à professora doutora Denise Guerreiro. Com sua leveza fez com que o curso de mestrado fosse um período de aprendizado leve e tranquilo. Proporcionou um aprendizado construtivo para cada momento e fez com que esse tempo fosse ameno, sempre demonstrando o afeto e o carinho pela pesquisa e pela minha ascensão.

Minha grande amiga Caroline Porcelis, a qual junto dela pude desbravar novos horizontes e aprendi muito. A pessoa que me acolheu na mudança de vida e que a partir do seu auxílio consegui iniciar a construção da minha carreira. Uno este agradecimento à Sylvia Mancini e Camila Masiero. As três se tornaram minha rede de apoio – família. A elas sou muito grato, pois tudo se tornou mais fácil ao conviver com essas pessoas que me alegram.

Nas rotinas exaustivas de plantão, agradeço às minhas grandes duplas: Simone Baqueta e Andressa Fuzão que sempre me proporcionaram um tempo a mais para a leitura de mais um artigo e a escrita de mais um parágrafo. Elas, as futuras mestrandas UFSC. Além delas, não deixo de registrar minhas risadas sinceras com Suzane Horstmann, alegrando minhas madrugadas de plantão

Em geral agradeço a todos que participaram dessa construção, pois sem os torcedores pelo meu sucesso, eu não seria e não teria conquistado o que tenho hoje. Obrigado!

RESUMO

Introdução: A doença renal crônica é uma epidemia global que acarreta diversas repercussões negativas em quem é diagnosticado. Na assistência em saúde dessas pessoas, a atenção primária à saúde se mostra como força impulsionadora em um cuidado efetivo, sendo este serviço capaz de (co)ordenar o cuidado da pessoa com doença renal crônica. **Objetivos** – Geral: Conhecer os saberes e as práticas dos profissionais enfermeiros e médicos que atuam na Atenção Primária da Saúde de um município da região Sul do Brasil no cuidado às pessoas com Doença Renal Crônica. Específicos: Identificar o que os profissionais da saúde que atuam na Atenção Primária à saúde sabem sobre a Doença Renal Crônica e os cuidados necessários para a atenção às pessoas nessa condição; reconhecer as práticas dos profissionais enfermeiros e médicos no cuidado às pessoas com Doença Renal Crônica que atuam na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, em três centros de saúde de uma capital do sul do Brasil, com 17 profissionais de nível superior da Atenção Primária à Saúde – médicos e enfermeiros. Foi utilizada a análise de conteúdo adaptada da proposta de Minayo, obtendo 57 códigos, que por similaridade, foram agrupados e totalizaram 10 categorias que elucidam os achados da pesquisa e estão organizados em dois temas: Práticas de cuidado às pessoas com doença renal crônica na atenção primária à saúde e Conhecimento dos profissionais da atenção primária à saúde no cuidado às pessoas com doença renal crônica. **Resultados:** Enfermeiros e médicos da atenção primária à saúde desenvolvem suas atividades de cuidado às pessoas com doença renal crônica em ações de promoção da saúde e de prevenção da doença, focado na hipertensão arterial e diabetes mellitus. Alguns profissionais têm conhecimentos que lhes possibilitam diminuir a progressão da perda renal e os efeitos deletérios provocados pela doença. Entretanto, ainda há uma incipiência no conhecimento e nas práticas dos profissionais no manejo à doença renal crônica como uma conduta sistematizada. Nota-se que os profissionais solicitam exames, prestam cuidados, mas perdem o vínculo com a pessoa assim que ela é encaminhada ao especialista ou à terapia renal substitutiva. Ainda, verifica-se a necessidade de fluxos internos que consolidem esse cuidado de forma eficaz, tornando possível uma articulação efetiva entre nível primário, secundário e terciário de assistência. Para tal, elenca-se a educação permanente como promotora de um cuidado pautado na integralidade do sujeito. **Conclusão:** Este estudo mostra que há conhecimento ainda incipiente dos profissionais da atenção primária à saúde frente ao cuidado das pessoas com doença renal crônica. Ainda, verifica a necessidade da implementação de uma educação permanente e que possibilite agregar e ampliar o conhecimento sobre a doença renal crônica. Sugere-se a divulgação em massa das diretrizes clínicas criadas pelo Ministério da Saúde e da Linha de Cuidado estadual aos profissionais de saúde da atenção primária.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica; Atenção Primária à Saúde; Educação permanente; Protocolos Clínicos.

ABSTRACT

Introduction: Chronic kidney disease is a global epidemic that entails several negative repercussions when diagnosed. In the health care of these people, primary health care is shown to be a driving force in effective care, as this service is capable of (co)ordinating the care of people with chronic kidney disease. **Objective:** General: Knowing the knowledge and practices of Nurses and Doctors who work in Primary Health Care in a municipality in the southern region of Brazil in the care of people with Chronic Kidney Disease. Specific: To identify what health professionals who work in Primary Health Care know about Chronic Kidney Disease and the care needed to care for people with this condition. Recognize the practices of professional nurses and physicians in the care of people with Chronic Kidney Disease who work in Primary Health Care. **Method:** This is an exploratory research. Semi-structured interviews were carried out in three health centers in a capital in the south of Brazil, with 17 professionals with a higher level of Primary Health Care - doctors and nurses. Content analysis adapted from Minayo's proposal was used, obtaining 57 codes, which, due to similarity, were grouped and totaled 10 categories that elucidate the research findings and are organized into two themes: Care practices for people with chronic kidney disease in care primary health care and Knowledge of primary health care professionals in caring for people with chronic kidney disease. **Results:** Primary health care nurses and doctors develop their care activities for people with chronic kidney disease in health promotion and disease prevention actions, focused on arterial hypertension and diabetes mellitus. Some professionals have knowledge that allows them to reduce the progression of renal loss and the deleterious effects caused by the disease. However, there is still an incipient knowledge and practices of professionals in the management of chronic kidney disease as a systematic approach. It is noted that professionals request exams, provide care, but lose the link with the person as soon as he is referred to the specialist or renal replacement therapy. Furthermore, there is a need for internal flows that effectively consolidate this care, making possible a single speech between the primary, secondary and tertiary levels of care. To this end, continuing education is listed as a promoter of care based on the completeness of the subject. **Conclusion:** This study shows that there is still incipient knowledge of primary health care professionals regarding people with chronic kidney disease. Still, it verifies the need to implement permanent and periodic continuing education that makes it possible to aggregate and expand knowledge about chronic kidney disease. It is suggested the mass dissemination of the clinical guidelines created by the Ministry of Health and the state Care Line to primary care health professionals.

Keywords: Chronic Kidney; Primary Health Care; Education, Continuing; Clinical Protocols.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde
CEPSH – Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos
DeCS – Descritos em Ciências da Saúde
DM – Diabetes Mellitus
DP – Diálise Peritoneal
DPA – Diálise Peritoneal Automatizada
DPAC – Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
DRC – Doença Renal Crônica
ESF – Estratégia Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC – Índice da Massa Corpórea
MS – Ministério da Saúde do Brasil
NKF – *National Kidney Foundation* dos Estados Unidos
NUCRON – Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde à Pessoa em Condição Crônica
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia
SIsAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG – Taxa de Filtração Glomerular
TRS – Terapia Renal Substitutiva
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
VPN – *Virtual Private Network*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3. REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 Doença Renal Crônica	19
3.2 Políticas Públicas Quanto à Doença Renal Crônica	22
3.3 Assistência à Pessoa com Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde	24
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
5. DELINEAMENTO METODOLÓGICO	33
5.1 Tipo de estudo	33
5.2 Local do estudo.....	33
5.3 Participantes	34
5.4 Coleta de dados.....	34
5.5 Análise dos dados	36
5.6 Aspectos éticos	37
6. RESULTADOS	39
6.1 Manuscrito 1:.....	40
6.2 Manuscrito 2.....	58
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	74

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas são caracterizadas por sua progressão lenta e por sua longa duração, podendo ser silenciosas ou sintomáticas, comprometendo a qualidade de vida da pessoa (OMS, 2005). Mendes *et al.* (2012) consideram as doenças crônicas como condições crônicas de saúde que se apresentam com múltiplas causas que variam conforme o tempo. Dentre essas causas têm destaque a hereditariedade, o estilo de vida e a exposição a fatores de risco. Nas condições crônicas, pode haver perda da capacidade funcional e as pessoas podem apresentar grande variedade de sinais e sintomas (MENDES *et al.*, 2012).

Em uma análise de conceito, Freitas e Mendes (2007) elencam significados à doença crônica que corroboram com as implicações que a doença crônica traz a vida das pessoas. Resumidamente, as autoras trazem como atributos essenciais o caráter permanente, a incapacidade residual, a longa duração e a dependência de medicamentos e/ou tratamentos. Ainda, encontram no estado da arte conceitos antecedentes que elucidam a doença crônica como estilo de vida não saudável, herança genética, fatores ambientais e idade avançada. E, perante os tópicos elencados em seu estudo, verificam variáveis conseqüentes à doença crônica que se dispõem em modificações físicas, sociais e psicológicas, mudanças no estilo de vida, incapacidade/inabilidade, necessidade de enfrentamento e estigma.

Como resultado dos fatores supracitados, as doenças crônicas não transmissíveis estão no topo da lista de causas de óbitos no mundo e são responsáveis por um elevado número de mortes prematuras, perda da qualidade de vida, promovendo alto grau de limitação nas tarefas diárias, culminando em impactos socioeconômicos para as famílias, comunidades e sociedade (MALTA; NETO; JÚNIOR, 2011).

Estima-se que 63% das mortes ocorridas no Brasil, em 2008, foram relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis, sendo as doenças cardiovasculares, o câncer, a doença respiratória crônica e o diabetes mellitus (DM) as principais causas destes óbitos (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Corroborando com esses dados e visualizando uma progressão na linha cronológica, essas doenças são responsáveis por 38 milhões de óbitos anuais, sendo que grande parte deste número acontece em países de baixa renda, como é o caso do Brasil (SILVA *et al.*, 2017).

Dentro das condições crônicas no processo de viver humano, elenca-se a Doença Renal Crônica (DRC). Esta doença é uma complicação usualmente ligada à hipertensão arterial sistêmica (HAS) e DM e está atrelada a altos níveis de morbidade e mortalidade. Pessoas com esta condição crônica se enquadram em um grupo de risco para a progressão da nefropatia e o desenvolvimento de doença renal terminal, bem como apresentam risco aumentado para complicações cardiovasculares (PORTO *et al.*, 2015).

Tratando-se de uma doença crônica, a DRC se mostra como um problema crescente de saúde pública. No Brasil, Neves *et al.* (2020) realizaram um estudo quantitativo que demonstrou que, em 2018, 133.464 pessoas estavam em diálise crônica. Outro dado importante deste estudo foi o aumento de 54,1% de pessoas em diálise entre os anos de 2009 e 2018. Estes achados demonstram uma alta nas taxas de incidência e prevalência de pessoas em diálise. Em julho de 2020 o Censo Brasileiro de Diálise estimou que 144.779 de pessoas encontram-se em tratamento dialítico.

Na Região Sul do Brasil, conforme o DATASUS (2021) houve, entre agosto de 2020 e outubro de 2021, 14.893 internações hospitalares por Insuficiência Renal. Estes dados corroboram com a necessidade de um diagnóstico precoce nos setores de menor complexidade de saúde, tendo em vista a possibilidade de manter um acompanhamento sistematizado e de evitar a rápida evolução da doença.

Em um estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020) e apresentado em documento do Governo do Estado de Santa Catarina (2021), com população de 20 anos ou mais da Grande Florianópolis, evidenciou-se que 89.463 pessoas estão em estágio 1 da DRC. No estágio 2 foram encontradas 8.387 pessoas com DRC. Um total de 13.979 pessoas estão no estágio 3. Ainda, 932 pessoas encontram-se no estágio 4 da DRC. A incidência no estágio 5 chega a 130 pessoas e a prevalência neste mesmo estágio chega a 699 pessoas. Já no estágio 5, referente aos óbitos, encontrou-se um número de 121 pessoas.

A função renal é mensurada e avaliada pela taxa de filtração glomerular (TFG) e sua diminuição é observada na DRC, tendo ainda como marcadores a perda da função reguladora, excretora e endócrina dos rins. Os rins possuem papel fundamental na homeostase da fisiologia do corpo humano. Estima-se que estes órgãos filtram, por minuto, 20% do sangue bombeado pelo coração, garantindo a excreção de toxinas, regulação do volume de líquidos e filtração do sangue. (SANTOS; OLIVEIRA, SCWARTZ, 2017).

A fim de padronizar o diagnóstico e a progressão da DRC, a *National Kidney Foundation* (NKF) dos Estados Unidos, em 2002, definiu alguns critérios norteadores para diagnóstico. Em 2013 atualizou seus critérios de avaliação em documento de análise clínica da progressão da DRC que ainda permanecem como referência. O primeiro dos padrões diagnósticos se enquadra na presença de lesão caracterizada por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem alteração na TFG, visualizados através de marcadores urinários ou sanguíneos e por exames de imagem, estando estas lesões presentes por mais de três meses. Outra descrição proposta se deu pela TFG menor que 60mL/min/1,73m² por um período mínimo de três meses ou mais (KIDNEY DISEASE, 2012).

A partir da mensuração da DRC, criou-se uma tabela com o intuito de realizar o estadiamento desta doença. A tabela criada pela NKF (2012) elucida os estágios da doença da seguinte maneira: Estágio 1) Lesão renal com TFG normal ou aumentada quando TFG maior ou igual a 90mL/min/1,73m²; Estágio 2) Lesão renal com TFG levemente diminuída quando TFG entre 60 e 89mL/min/1,73m²; Estágio 3) Lesão renal com TFG moderadamente diminuída quando TFG entre 30 e 59mL/min/1,73m²; Estágio 4) Lesão renal com TFG severamente diminuída quando TFG entre 15 e 20mL/min/1,73m²; e Estágio 5) Falência funcional renal estando ou não em terapia renal substitutiva (TRS) quando FG menor que 15mL/min/1,73m².

Em 2004 o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.168, instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador da Doença Renal. Em 2014, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil estabeleceu diretrizes para o cuidado à pessoa com DRC, tendo como referência a Portaria de 2004. Neste novo documento, o MS implementa e diferencia alguns dos estágios da doença. Esta diretriz divide o estágio 3 em dois, sendo eles: 3a) estando a TFG entre 45 e 59mL/min/1,73m²; e 3b) TFG entre 30 e 44mL/min/1,73m². Ainda, incorpora nomenclaturas para tratamento, evidenciadas por Tratamento Conservador, nos estágios 1 a 3 (pré-diálise) e nos estágios 4 e 5-ND (não dialítico) e TRS no 5-D (dialítico) (BRASIL, 2014). Em 2020, o mesmo órgão governamental, atualizou os valores de referência alterando o Estágio 1 que continua com os mesmos valores de referência, mas o documento apresenta a necessidade de haver presença de proteinúria e/ou hematúria ou alteração no exame de imagem (BRASIL, 2022).

Por tratar-se de uma doença que circunda a vida da pessoa, a DRC implica em várias mudanças e hábitos a serem seguidos devido às suas restrições e sintomatologia.

O suporte de uma equipe de saúde, promovendo assistência e acompanhamento, ajuda a pessoa com DRC e a sua família a terem um melhor enfrentamento da doença (QUEIROZ *et al.*, 2008).

Dentro das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) vem se destacando pelo seu acompanhamento e assistência direta à saúde. É caracterizada por um conjunto de ações estratégicas que possui como foco organizar a atenção à saúde a fim de responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada as necessidades em saúde de uma população, integrando a promoção da saúde, a prevenção, a reabilitação e a cura das doenças, provendo atenção em saúde a indivíduos e comunidades. Nessa perspectiva a APS se caracteriza pelos seus cuidados essenciais em saúde, utilizando de tecnologias cientificamente comprovadas e de fácil alcance à população (GIOVANELLA, 2018).

Conforme a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2017, pautada na normatização do SUS, que define a organização da assistência em saúde em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral, destaca a APS como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, devendo organizar os fluxos e contrafluxos da rede de assistência em saúde.

Diante da conjuntura do SUS em relação a ordenar os fluxos de assistência em saúde, a APS configura-se como ponto essencial na assistência e acompanhamento de pessoas que vivem com a DRC. Conforme a Portaria n.º 389 de 13 de março de 2014, os estabelecimentos de saúde possuem foco nas necessidades de saúde da população, sendo a APS coordenadora desta assistência. Ainda, a APS tem como componentes na atenção às pessoas com DRC: realizar ações com o fim de prevenir fatores de risco relacionados à DRC; atualizar o calendário vacinal de pessoas com DRC conforme Programa Nacional de Imunização do MS; realizar diagnóstico precoce e tratamento oportuno a essas pessoas; realizar estratificação de risco e encaminhamento à atenção especializada; coordenar e manter o vínculo de cuidado a pessoas com DRC quando encaminhadas a outros setores de atenção à saúde; realizar ações educativas e promover o autocuidado; prestar cuidados de urgência e emergência até a transferência para unidades especializadas; e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica as ações de controle da DRC (BRASIL, 2014).

O acompanhamento e a assistência em saúde, em grande parte, são dirigidos pela Estratégia da Saúde da Família (ESF). A ESF, composta por, minimamente, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, tem

como papel fundamental a longitudinalidade e a coordenação do cuidado. É por meio da ação destes profissionais que o vínculo é estabelecido e as condutas são postas em prática, como o diagnóstico e o tratamento (MALTA *et al.*, 2016).

Com foco na adesão ao tratamento e em um cuidado pleno, existem alguns fatores que predisõem o sucesso da terapia, sendo eles a motivação, a informação e o apoio familiar (ALMEIDA *et al.*, 2019). Estes atributos são fortemente ligados à ESF que dispõem de tecnologias que proporcionam detectar pessoas expostas aos fatores de risco, bem como proporcionar um cuidado com o fim de prevenir a evolução da DRC. Ainda, entende-se que a atenção primária à saúde dispõe de maiores condições para agir de forma ativa no tratamento da doença, já que como preconizado, é este ponto da atenção em saúde que recebe maior parte da comunidade, como porta preferencial de acesso ao SUS, assim como indivíduos que ainda estão no início do desenvolvimento da doença (DUARTE *et al.*, 2016).

Ainda que a APS seja uma experiência exitosa, percebe-se uma dificuldade na atenção à saúde da pessoa com DRC. Em um estudo de Pena *et al.* (2012) percebeu-se um número pequeno de investigações laboratoriais e clínicas na APS às pessoas com fatores de risco para a DRC. Ainda, os autores notaram que exames específicos para a detecção precoce da DRC são minimamente requisitados, como é o caso da TFG. Ao encontro do estudo de Pena *et al.* (2012), Chueiri *et al.* (2014) destacam a importância da atuação de profissionais da APS frente às pessoas com doenças crônicas e, em especial, às pessoas com DRC. Os autores discutem o fortalecimento da APS como um subsídio para um círculo virtuoso na atenção à saúde da sociedade e no crescimento prospectivo do sistema de saúde brasileiro.

O acesso a indicadores que elenquem a quantidade de pessoas que vivem com a DRC é de suma importância para a longitudinalidade do cuidado. Ter foco neste público de assistência em saúde cabe às ESF, já que esta estratégia possui as ferramentas necessárias para um acompanhamento pleno e que possibilite a universalidade, equidade e integralidade do cuidado. Esse cuidado está presente quando a qualificação profissional é disposta e o conhecimento teórico-científico embasa as ações propostas.

Em 2021, o Governo do Estado cria a Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica em Santa Catarina, em consonância com a Portaria nº 389, de 13 de março de 2014 do MS, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. As linhas de cuidados desenham os

fluxos assistenciais garantidos aos usuários, definindo os serviços e as ações a serem desenvolvidas pelos níveis de atenção. Esta linha de cuidado específica à pessoa que vive com DRC tem como objetivos: realizar o diagnóstico precoce da DRC; redefinir as unidades prestadoras de serviço de assistência a pessoas com DRC; implementar o uso de tecnologias para acompanhamento dessas pessoas por meio de teleconsulta e telemedicina; ampliar a oferta de diálise peritoneal; ampliar o acesso para realização de fístulas; e regionalizar acesso a toda linha de cuidado (GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2021).

As experiências acadêmicas e profissionais do mestrando na APS permitiram um olhar mais atento para o atendimento das pessoas com DRC, identificando que ainda não há um acompanhamento sistematizado das mesmas e que nem sempre os profissionais de saúde estão preparados para atender essas pessoas. Estas experiências se deram quando o mestrando atuou como estudante de graduação e, logo após, como enfermeiro da APS. Esses momentos, tanto da academia, como da vida profissional, contribuíram para aumentar o desejo de promover mudanças que ajudem a qualificar ainda mais a atenção às pessoas com DRC.

Este desejo aproximou-se de ser atendido quando o pesquisador foi selecionado para o curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, ao qual foi admitido pelo Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde às Pessoas em Condição Crônica (NUCRON). Este núcleo de pesquisa possui como filosofia aprimorar o cuidado à saúde de pessoas em condições crônicas. Ainda, este trabalho recebe orientação da Professora Doutora Denise Guerreiro que vem trabalhando com essa temática na intenção de promover uma melhor assistência às pessoas com DRC, assim como, esta investigação está vinculada ao seu macroprojeto.

A partir do exposto na literatura e da percepção de que a atenção às pessoas com DRC na APS ainda não consegue atender ao que está proposto nas diretrizes de saúde, nosso interesse foi desenvolver uma pesquisa que mostrasse o que os profissionais conhecem e como realizam o cuidado às pessoas com DRC, de modo a sugerir mudanças que possam melhorar a atuação dos profissionais nesse nível de atenção à saúde.

Isto posto, este estudo se justifica na prerrogativa de verificar as potencialidades e as barreiras da prática assistencial desenvolvida na APS para pessoas com DRC, construindo conhecimentos que sustentem as práticas dos profissionais que atuam na

ESF. E, por este motivo, a questão que orientou o estudo foi: Como é realizado o cuidado às pessoas com DRC por Enfermeiros e Médicos da Estratégia Saúde da Família?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer os saberes e as práticas dos profissionais Enfermeiros e Médicos que atuam na Atenção Primária da Saúde de um município da região Sul do Brasil no cuidado às pessoas com Doença Renal Crônica.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar o que os profissionais da saúde que atuam na APS sabem sobre a DRC e os cuidados necessários para a atenção às pessoas nessa condição.

Conhecer as práticas dos profissionais enfermeiros e médicos no cuidado às pessoas com Doença Renal Crônica que atuam na Atenção Primária da Saúde.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão da literatura propõe abarcar dados e conceitos predispostos no estado da arte. Este método fornece aos leitores ferramentas para melhorar a compreensão do conhecimento atual sobre determinada temática e pode elucidar a necessidade de um novo estudo. Ainda, está frequentemente ligada com a defesa do estudo, a qual faz parte da declaração do problema (POLIT; BECK, 2011).

Dentro dessa categoria de estudo, a revisão narrativa caracteriza-se por suas publicações amplas que são apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o estado da arte. Esta metodologia não possui um protocolo rigoroso para sua elaboração, mas conta com uma análise da literatura publicada na literatura científica e cinzenta. Pela sua estruturação, permite a qualificação da educação permanente, pois fomenta o saber e atualiza o leitor em determinada temática (ROTHER, 2007).

Embora a revisão narrativa não possua um protocolo rígido para a busca de dados na literatura, algumas ferramentas de pesquisa em bases de dados foram utilizadas para selecionar melhor os textos de interesse. Para tal, descritores sumarizados pela plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram utilizados, sendo eles: Doença Renal Crônica e Atenção Primária à Saúde, bem como seus sinônimos disponibilizados na plataforma. Ainda, os operadores booleanos *AND* e *OR* foram codificados junto aos descritores a fim de elucidar com maior propriedade o estado da arte.

A busca foi realizada através das bases de dados *SCOPUS* (Elsevier), *National Library of Medicine (PubMed)*, *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e Google Acadêmico. A pesquisa na literatura, ainda, abrangeu textos da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) e portarias do MS. A busca em bases de dados e textos oficiais se deu de forma intencional, permitindo o acesso aos estudos já realizados na temática trabalhada. A pesquisa se concretizou utilizando a conexão *Virtual Private Network* (VPN) para obter estudos na íntegra, devido ao vínculo garantido à Biblioteca Universitária da UFSC.

Os achados estão apresentados em três itens: Doença renal crônica; Políticas públicas relacionadas à doença renal crônica; e Assistência à pessoa com doença renal crônica na APS. Destaca-se que os dois primeiros itens são mais conceituais e o terceiro focaliza mais os estudos realizados sobre a temática da assistência à pessoa com DRC na APS.

3.1 Doença Renal Crônica

A DRC, mundialmente, alarma as pesquisas científicas devido a sua alta prevalência. Estima-se que no Mundo, mais de um milhão de pessoas realizam diálise e outra parcela acentuada da população apresenta algum grau de perda da função renal. No Brasil, as estatísticas não se diferem, tendo em vista que dez milhões de pessoas possuem DRC. Esta alta prevalência pode ser explicada pelo aumento da longevidade humana, bem como a prevalência de casos de HAS e DM, sendo estas duas as comorbidades que mais contribuem para o aparecimento e desenvolvimento da DRC (DUARTE *et al.*, 2016).

Em 2013, através da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), buscou-se identificar a prevalência da DRC autorreferida no Brasil. Esta pesquisa entrevistou um total de 60.202 pessoas e observou que 1,42% dos entrevistados referiram serem portadores de DRC, sendo que a prevalência maior se apresentou entre os idosos (AGUIAR *et al.*, 2020).

Biazi *et al.* (2022) ao analisarem a mortalidade e a incidência de internação hospitalar no Brasil, Espírito Santo e Amazonas entre 2008 e 2017 por DRC encontraram uma incidência maior de mortes por DRC em pessoas do sexo masculino do que no sexo feminino. Ainda, perceberam que o índice de mortalidade gira em torno da faixa etária dos 50 anos ou mais no Brasil e em ambos os estados. Bowe (2018) e colegas, num estudo realizado nos Estados Unidos, evidenciaram um aumento de mortes por DRC entre 20 e 54 anos e segundo os autores, estas mortes são associadas ao mau controle da DM.

Em pesquisa realizada no portal DATASUS (2022) e sumarizada por Insuficiência Renal Crônica entre janeiro de 2020 e outubro de 2021, o Brasil possuiu uma morbidade hospitalar do SUS de 89.066 internações por esta doença. No Sul do país, a morbidade apresentou um total de 14.893 hospitalizações.

A prevalência da DRC é alta e está fortemente associada à HAS e DM. Em 2017, o MS publicou um documento com diretrizes para o cuidado às pessoas com DRC. Neste documento, o órgão nacional trouxe, além da HAS e da DM, a idade avançada, a obesidade com índice de massa corporal (IMC) maior que 30kg/m², histórico de doença do aparelho circulatório, histórico de DRC na família, tabagismo e uso de agentes nefrotóxicos como fatores de risco para a DRC (BRASIL, 2017). Embora a DRC esteja fortemente ligada a HAS e a DM, existem outras patologias e circunstâncias que culminam na perda progressiva da função renal, como as glomerulonefrites, as infecções do trato urinário e os rins policísticos (FREITAS; MENDONÇA, 2016).

Ainda, após o diagnóstico da DRC, existem fatores considerados preditores para a progressão da doença. Estas condições são trazidas pelo MS, sendo elas níveis pressóricos, glicêmicos e colesterol mal controlados, bem como estágios da DRC evidenciando uma tendência a progressão da perda da função renal, presença de albuminúria e sua intensidade, tabagismo e uso de agentes nefrotóxicos, por exemplo alguns anti-hipertensivos, analgésicos, antibióticos, quimioterápicos entre outros (BRASIL, 2017).

Quando a pessoa com DRC é diagnosticada, torna-se imprescindível o início do tratamento a fim de diminuir a velocidade da progressão da perda funcional dos rins. Para tal, existem dois tratamentos comumente utilizados, sendo o tratamento conservador a primeira escolha e, caso a doença evolua, a TRS é necessária. Conforme a SBN (2021), o tratamento conservador consiste em medidas clínicas, sendo elas medicamentos, modificações da dieta e estilo de vida, que são capazes de reduzir a velocidade da perda renal. Ainda, a mesma Sociedade afirma que este tratamento é promissor e capaz de aumentar a sobrevida da pessoa, bem como sua qualidade de vida, quando instalado precocemente, ou seja, logo após o diagnóstico que também deve ser precoce (SBN, 2021).

Dentro do tratamento conservador, na busca pela mudança do estilo de vida da pessoa, o uso de fármacos concomitantemente, pode influenciar positivamente na progressão da doença. Nesta conduta inicial, é imprescindível o controle adequado da pressão arterial, controle glicêmico, interrupção do tabagismo, tratamento da dislipidemia, uso de medicamentos capazes de reduzir a perda de proteínas pela urina, medicamentos sintomáticos, tratamento da anemia, tratamento de distúrbios ósseos, tratamento de acidose no sangue, tratamento da hipercalemia, dieta adequada e

promover condições e preparo à pessoa frente a possibilidade da diálise e/ou transplante renal (SBN, 2021).

Quando as terapias conservadoras não são mais capazes de diminuir a progressão da DRC e evitar a falência renal, as TRS se encaixam como suporte de vida para quem vive com a DRC. Existem três modalidades que as TRS abrangem, sendo elas a hemodiálise, a diálise peritoneal (DP) e o transplante renal. Estima-se que mais de 100.000 pessoas, atualmente, estão dependentes dessas duas primeiras terapias citadas, sendo que 35% deste número possuem mais de 65 anos, e tendo em vista que 95% deste total estão em hemodiálise (GOUVEIA *et al.*, 2017; SANTOS; MOURA, 2014).

Neste contexto, a diálise caracteriza-se como um método capaz de realizar a depuração de solutos, em grande maioria substâncias pequenas, como eletrólitos e ureia. Para aplicabilidade deste método é necessário um rim artificial ou o dialisador, pelo qual bombeia o sangue da pessoa e o dialisado, sendo este um líquido de composição química específica, usado para realização da hemodiálise. Quando há a necessidade de utilizar a hemodiálise, a pessoa deve comparecer a um serviço especializado de nefrologia três vezes por semana e deve permanecer conectado ao dialisador num período entre três e cinco horas (SANTOS *et al.*, 2016).

A DP é um tratamento que recebe como auxílio um filtro natural do organismo, o peritônio. Este se caracteriza como uma membrana porosa e semipermeável que reveste órgãos principais encontrados no abdome. Para a realização desta técnica é feita a inserção cirúrgica de um cateter no peritônio da pessoa para que através deste seja possível injetar o líquido da diálise na cavidade peritoneal. Esta solução da diálise entra em contato com o sangue e é capaz de remover ureia, creatinina, potássio e líquidos excedentes que não são eliminados pelos rins. Para este fim, o líquido da diálise deve-se manter de quatro a seis horas no abdome da pessoa e, após este tempo, ser retirado (SBN, 2021; GOMES *et al.*, 2019).

Ainda, a DP se divide em duas modalidades. A primeira delas é a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC). Esta é realizada dia a dia de forma manual pela pessoa ou familiar, necessitando de troca quatro vezes ao dia. A segunda modalidade é a Diálise Peritoneal Automatizada (DPA), ou seja, é realizada também no domicílio, porém com uma máquina que faz as trocas de forma automatizada conforme prescrição médica (SBN, 2021).

Outra modalidade de TRS é o Transplante Renal. Este se caracteriza como um procedimento cirúrgico, invasivo e complexo, podendo ocorrer através de um doador

vivo ou falecido, sendo consanguíneo ou não, promovendo maior qualidade de vida e menores gastos aos cofres públicos (SANTOS *et al.*, 2018). Silva *et al.* (2016) corroboram com a maior eficiência e menor custo do Transplante Renal comparado aos tratamentos dialíticos. Os autores concluíram em seu estudo através de uma comparação entre custos das TRS e do transplante, que o enxerto de um novo órgão diminui gastos consideráveis ao SUS e incentivam políticas públicas frente à temática e conscientização máxima da população sobre a doação de órgãos no Brasil.

Contudo, a DRC é uma doença de progressão silenciosa e que acarreta diversas mudanças físicas, emocionais, relacionais e sociais na vida da pessoa. Zillmer e Silva (2021), através de uma investigação que objetivou compreender o significado das experiências corporais de pessoas com DRC que vivenciam a diálise peritoneal, concluíram que esta doença modifica a vida de quem a vive, deixando marcas corporais, repercutindo fisicamente, socialmente e economicamente. As autoras também evidenciam a mudança sofrida na imagem corporal, já que o corpo, neste momento, rompe com os padrões da sociedade.

Marinho e colegas (2017) concluem em seu estudo, sobre a qualidade de vida da pessoa com DRC em tratamento hemodialítico, que essa esfera da vida pessoal é prejudicada quando apontados os domínios do trabalho e função física. Entretanto, os autores ainda trazem que as pessoas nesta modalidade terapêutica, em muitos casos, comparam suas vidas com o antes e o após o tratamento. Nestes momentos, há uma força impulsionadora na qualidade de vida, pois os mesmos referem a melhora sentida no período de um ano para o outro. Todavia, os mesmos investigadores salientam a importância de um significado positivo nesta nova modalidade terapêutica, bem como a resignificação da vida.

3.2 Políticas Públicas Quanto à Doença Renal Crônica

Mediante o crescimento da prevalência da DRC, observou-se um esforço no sentido de aumentar a consciência sobre a doença e seus fatores de risco, necessitando a criação de políticas públicas capazes de identificar e tratar precocemente a DRC, com ênfase em ações preventivas no intuito de retardar a perda progressiva da função renal. Entretanto, cabe salientar que esses esforços são recentes, datados de 2002, quando

houve a publicação da primeira diretriz para diagnóstico e tratamento da DRC pela NKF(SILVA *et al.*, 2019).

No Brasil, em 2004, o MS lançou a Portaria nº 1.168 que instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador da Doença Renal, a fim de implementá-la em todas as unidades federadas. Este documento inicial norteia a atenção à pessoa com DRC e busca desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde, bem como a prevenção de danos à pessoa. Além disto, organiza a linha de cuidados integrais, identifica determinantes e condicionantes das principais comorbidades que levam a DRC, define critérios técnicos para o funcionamento dos serviços de diálise, amplia a cobertura de assistência em saúde das pessoas com DRC no Brasil e qualifica a assistência e promove a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica (BRASIL, 2004).

Ainda, a portaria supracitada elenca as atribuições da APS no caráter de realizar ações individuais ou coletivas que culminem na promoção da saúde e na prevenção dos danos, bem como ações clínicas que controlem a HAS, a DM e doenças renais, todas as quais caibam a este nível de atenção intervir (BRASIL, 2004).

Com a evolução cronológica e o aumento de casos de DRC, em Março de 2014 o MS lança a Portaria nº 389 que institui a linha de cuidados à pessoa com DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, observando as seguintes diretrizes: 1) foco da atenção nas necessidades de saúde da população coordenado pela Atenção Básica, contemplando todos os níveis de atenção; 2) diagnóstico precoce da DRC; 3) evidenciar o risco da população com DRC baseado no exame laboratorial da TFG; 4) garantia de financiamento para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DRC, com foco maior em pessoas que estão no estágio pré-dialítico e que estão em TRS; 5) garantia da educação permanente dos profissionais envolvidos na atenção às pessoas com risco para DRC e com a doença já instaurada; 6) implementação das diretrizes consonantes à segurança do paciente; 7) garantia de oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado aos fatores de risco e à DRC; 8) articulação intersetorial; e 9) desenvolvimento de medidas que garantam a difusão das ações e cuidado às pessoas com DRC (BRASIL, 2014).

Nesta Portaria, a APS entra novamente como organizador do cuidado. São suas competências realizar ações de prevenção dos fatores de risco à DRC, atualizar o calendário vacinal das pessoas com DRC, realizar diagnóstico precoce e tratamento

oportuno a essas pessoas, realizar estratificação de risco e encaminhar à atenção especializada quando necessário, coordenar e manter o vínculo com a pessoa mesmo após ser referenciada, prestar cuidado às urgências e emergências até a pessoa ser transferida para unidade especializada e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIsAB) as ações de controle da DRC (BRASIL, 2014).

Já em junho 2018, o MS regulamenta a Portaria nº 1.675 que adiciona como competências do SUS a garantia de atenção nutricional às pessoas com DRC, garante, também, o transporte sanitário adequado de acordo com os territórios e garante o acesso por meio de regulação de todas as modalidades de tratamento dialítico. Nesta Portaria, o órgão nacional institui em seu corpo do texto parâmetros de TFG a fim de classificar o estágio clínico da DRC.

Conforme dados do Governo do Estado de Santa Catarina (2021), as doenças renais correspondem a 12,97% das despesas entre os anos de 2013 e 2015 e as TRS constituem 5% das despesas do SUS. Devido este crescimento de casos de DRC no estado, o governo lançou a Linha de Cuidado às Pessoas com Doença Renal Crônica em Santa Catarina. Esta linha de cuidados é capaz de instrumentalizar profissionais da saúde e pessoas com DRC frente aos desafios evidenciados pela doença. São elas responsáveis pela regulação e pela assistência em saúde, prestada à pessoa com DRC, cabíveis aos órgãos que propõem políticas públicas sobre a sociedade em si e atenuam as demandas provocadas pela DRC, promovendo qualidade de vida às pessoas.

Contudo, ainda se percebem grandes lacunas a serem preenchidas na assistência em saúde de quem vive com a DRC. Silva e colegas (2019), ao debaterem sobre os desafios e perspectivas da política brasileira na prevenção da DRC, observam que é necessária a superação de desafios a fim de garantir a melhoria do cuidado à pessoa com DRC. Os autores informam que a prevenção da DRC em diversas esferas e nações, ainda, é incipiente e indicam a necessidade de um investimento maior nesta área.

3.3 Assistência à Pessoa com Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde

A APS consolida-se como um nível de assistência em saúde que oportuniza a entrada dos usuários no sistema de saúde. Este nível de atenção à saúde é pautado nas necessidades dos sujeitos, fornecendo subsídios práticos que vão além da clínica, coordenando e integralizando a assistência. Além disto, esta estratégia garante os

direitos à saúde dos cidadãos e dos princípios do SUS, verificando a importante ação da intersetorialidade, ou seja, uma superação da fragmentação das políticas públicas (RIBEIRO; SCATENA, 2019).

Frente às doenças crônicas, a APS se destaca, pois possui ferramentas específicas, tais como a garantia da assistência qualificada ao primeiro contato com o sujeito; a longitudinalidade do cuidado; a integralidade; e a coordenação do cuidado. Visto estas ferramentas, a APS é capaz de prestar melhor gestão do cuidado frente às doenças crônicas, reduzindo internações que não sejam necessárias e a procura por atendimentos de urgência e emergência (SCHENKER; COSTA, 2019).

Desta maneira, a APS encontra-se como norteadora do cuidado, sendo capaz de entregar esforços necessários à adesão da pessoa com DRC em seu tratamento. Pedroso, Guerra e Amorim (2020) ao realizarem uma pesquisa em dois municípios do estado de São Paulo, com a intenção de avaliar a situação da atenção médica às pessoas com DRC e evidenciar barreiras neste cuidado, encontraram que os médicos da APS desses municípios se sentem confortáveis para a realização do diagnóstico da DRC. Este achado demonstra um ponto positivo visto a necessidade de um diagnóstico precoce para manejo rápido e diminuição da progressão da doença através dos cuidados que devem ser ofertados. Entretanto, os autores apontam uma falta de familiaridade e capacitação dos médicos frente à solicitação de exames e manejo das complicações da DRC. Contudo, evidencia-se a necessidade de uma assistência pautada em protocolos e fluxos bem definidos que, segundo os autores, são capazes de orientar a assistência em saúde.

Freitas *et al.* (2021), em seu estudo que objetivou avaliar o percurso terapêutico de pessoas com DRC no SUS, apontam que a falta de acompanhamento dessas pessoas na APS implica no diagnóstico tardio da doença, o que resulta na urgência da realização de tratamentos mais invasivos, como a diálise. Ainda, os resultados da pesquisa demonstram um despreparo entre os profissionais de saúde frente à DRC, em identificar sinais e sintomas e trabalhar no controle dos fatores de risco. Por fim, os autores concluem ser essencial uma organização e articulação entre os serviços de saúde, bem como um preparo dos profissionais que atuam. Também alertam os gestores sobre a necessidade de um olhar apurado às pessoas com DRC a fim de evitar a progressão da doença já no nível primário de atenção à saúde.

A fim de elucidar a educação em saúde como fonte potencial na redução da progressão da DRC, Ferreira *et al.* (2021) avaliaram o impacto desta ação em pessoas com DRC através de um estudo quantitativo quase-experimental. Os autores

perceberam que a educação em saúde tende a beneficiar todas as pessoas envolvidas, pois oportunizam estratégias de autocuidado, corresponsabilizando ambas as partes e promovendo autonomia ao sujeito que é cuidado. Contudo, os autores deixam claro que para tal manejo, os profissionais devem estar preparados para a realização da educação em saúde, através de educação permanente e pensamento crítico frente às adversidades de quem vive com DRC.

Torres *et al.* (2020) corroboram com as informações apresentadas por Ferreira *et al.* (2021), quando constatarem no estado da arte que a DRC implica em diversas facetas da vida pessoal de cada indivíduo, sendo a educação em saúde e a assistência de enfermagem de qualidade as principais estratégias para o enfrentamento da doença e prevenção dos agravamentos.

Na assistência em saúde desenvolvida pela APS à pessoa com DRC, o enfermeiro tem papel fundamental, sendo este profissional o responsável pelo incentivo ao autocuidado. Nesta estratégia de cuidado, a atenção em saúde frente à DRC deve ser pautada na prevenção e progressão da doença, a fim de localizar e identificar os grupos de risco, bem como pessoas com algum grau desta doença instaurada, mensurando periodicamente a função renal (ROCHA; PARIZOTTO, 2021).

Corroborando com o exposto acima, Severino, Horta e Cabral (2021) através de uma revisão da literatura, constatarem que o enfermeiro possui a competência e a autonomia em orientar as pessoas com DRC frente a hábitos de vida saudável e sobre os efeitos deletérios que a doença pode causar. Concluem que este profissional, juntamente a um diagnóstico precoce, é capaz de diminuir a velocidade da perda da função renal, bem como aumentar a qualidade de vida da pessoa.

Oliveira, Júnior e Filho (2018) em sua pesquisa de natureza aplicada a fim de viabilizar melhor comunicação entre pessoas com DRC e profissionais de saúde, com foco na promoção da saúde, encontraram que um dos maiores desafios das equipes de saúde é a adesão ao tratamento e, ainda, a complexidade da doença. Os autores concluem que são necessárias tecnologias inovadoras capazes de contribuir para a difusão do conhecimento sobre a DRC, bem como sua detecção precoce e redução da progressão da doença. Estes fatores são capazes de munir os profissionais que promovem a saúde com ferramentas sólidas para a assistência em saúde plena.

Em um estudo metodológico do tipo desenvolvimento de ferramenta que buscou construir e validar um instrumento para consulta de enfermagem às pessoas em risco para desenvolvimento da DRC e já com a doença instalada, Rocha e Parizotto (2012)

informam que a atenção à saúde desse grupo deve ser focalizada na integralidade e interdisciplinaridade, garantindo aos grupos-alvos da doença um primeiro atendimento com o intuito de não haver um atraso no encaminhamento às TRS. Ainda, para tal manejo, os autores referem que os profissionais da APS devem estar capacitados para identificar os grupos de risco, bem como a sintomatologia da progressão da DRC (ROCHA; PARIZOTTO, 2021).

Estudo conduzido por Menezes *et al.*, (2018) teve como objetivo compreender o significado das ações educativas na consulta de enfermagem para pessoas com DRC em tratamento conservador e seus familiares e foi orientado pela Fenomenologia Social. O estudo mostrou que as pessoas com DRC e seus familiares, realizam modificações positivas em seus cuidados e tratamento quando aprendem, adquirem e desenvolvem habilidades para lidar com suas limitações enquanto os aspectos emocionais e uma relação de confiança é estabelecida com o enfermeiro nas consultas de enfermagem realizadas na APS (MENEZES *et al.*, 2018).

Visto a necessidade de um acompanhamento dos grupos de risco e de quem vive com a DRC pela APS, esta modalidade de cuidado, ainda, possui critérios a serem mais bem avaliados e desenvolvidos. Pena *et al.* (2012) encontraram na sua investigação quantitativa que objetivou identificar o panorama do acesso ao cuidado a partir das condutas médicas da APS, que a prescrição de exames como a TFG é pouco requisitada e o encaminhamento de pessoas com DRC ao nível especializado, sem necessidade, é numeroso. Com estes dados, os autores concluem que estas ações impactam na progressão da DRC, aos quais, por vezes, não são percebidos pela falta de exames laboratoriais de baixo custo, ou pela superlotação das agendas do nível especializado.

Para elucidar e propor um meio para enfrentar tais limitações, Bravo-Zúñiga *et al.* (2019) realizaram uma análise transversal dos dados de pessoas de 18 anos ou mais, com fatores de risco para DRC, com o objetivo de descrever a implementação de uma rede de diagnóstico entre a APS e a atenção secundária em saúde. Estes autores encontraram uma necessidade maior de um trabalho conjunto entre o setor primário e especializado de atenção à saúde. Para tal tarefa, os profissionais da APS devem estar capacitados frente à DRC, a fim de diagnosticar a doença de forma eficaz, reduzindo o número de encaminhamentos à atenção especializada, somente o fazendo quando houver necessidade. Além disto, o acompanhamento na APS deve ser periódico, viabilizando um cuidado pleno, capaz de prevenir a DRC e/ou lentificar a sua progressão.

Esta coassistência em diferentes níveis de saúde é de suma importância. Júnior e colegas (2019) objetivando descrever a morbidade e os custos públicos hospitalares frente à DRC, utilizando o método quantitativo, ecológico e descritivo, evidenciaram a importância que a APS possui na orientação do cuidado, promovendo a saúde, prevenindo agravos, diagnósticos e tratamentos precoces. Os autores informam que o controle da DM e da HAS nesta esfera de atenção à saúde é capaz de fortalecer a assistência aos grupos de risco, diminuindo as hospitalizações e seus gastos.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

A teorização dos fenômenos é papel fundamental na pesquisa. Desta forma, essa investigação será pautada nos princípios do SUS e nas políticas de atenção à pessoa com DRC, sendo estes o referencial teórico do estudo. É através do referencial que o autor observa os seus dados, visando verificar os achados de forma a conceituá-los dentro de uma dimensão de pensamento crítico (RIEGEL, CROSSETTI, 2018).

O SUS é consolidado a partir dos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade. Estes princípios garantem à toda a população assistência máxima em saúde de todas as formas possíveis. Este sistema é construído a partir de valores de igualdade, democracia e emancipação, valores estes que culminam na dignidade humana e no direito de viver (PAIM, 2018).

Na perspectiva de assistir à toda a população brasileira, são criadas políticas públicas. Estas políticas públicas em saúde são os caminhos pelos quais o Estado deve seguir a fim de garantir os direitos em saúde aos cidadãos, assegurando o acesso universal, integral e equânime (LUCCHESI *et al.*, 2004).

A fim de estabelecer diretrizes para o cuidado às pessoas com doenças crônicas, em 2013, o Ministério da Saúde do Brasil lança o documento intitulado Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Este documento tem como objetivo subsidiar a organização dessa rede de atenção em saúde e definir conceitos essenciais para a sua organização (BRASIL, 2013).

A implementação desta rede de atenção à saúde de pessoas que vivem com doença crônica se justifica pelas mesmas serem um problema de grande magnitude. Numa estimativa lançada em 2003 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2020, as doenças crônicas seriam responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento (BRASIL, 2013). Em 2020, o Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Arnaldo Medeiros, em um evento nomeado como Semana das Doenças Crônicas não Transmissíveis, informou que as condições crônicas matam cerca de 41 milhões de pessoas a cada ano, sendo equivalente a 71% de todas as mortes no Mundo (BRASIL, 2021).

Tendo em vista as necessidades individuais e integrais das pessoas que vivem com doenças crônicas, a APS possui papel essencial da estruturação desta Rede de

Atenção. É este nível de atenção que deve funcionar como porta de entrada prioritária para a população que está sob sua responsabilidade, ordenando e coordenando o cuidado (BRASIL, 2014).

Frente às doenças crônicas, a APS tem como atributos realizar o diagnóstico, rastreamento e o tratamento da população adscrita, tendo suas ações pautadas em diretrizes clínicas consolidadas pelo MS ou estabelecidas em nível local. Além disto, devem prevenir, diagnosticar e tratar precocemente complicações advindas das doenças crônicas, realizar encaminhamentos necessários à Atenção Especializada, coordenar o cuidado destas pessoas, acionar a Academia da Saúde de forma a melhorar o cuidado em saúde, acionar estratégias locais que possam contribuir para o cuidado a estas pessoas, desenvolver ações de promoção e prevenção focalizadas nos fatores de risco mais prevalentes da população (BRASIL, 2014).

Para operacionalizar a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Doença Crônica, são criadas as linhas de cuidado. As linhas de cuidado ordenam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos aos usuários, no âmbito de atender as suas necessidades em saúde. São estas linhas que definem as ações e os serviços que devem ser prestados nos pontos da Rede de Atenção à Saúde, sendo o primário, secundário e terciário, assim como nos setores de apoio, utilizando da estratificação de risco para definir as ações (GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2021).

Visto a magnitude que a DRC alcançou nos últimos anos, em 2021, o Governo do Estado de Santa Catarina constrói a Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica. Essa linha de cuidados é fortemente fundamentada nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Pacientes com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Esta diretriz caracteriza a DRC como a insuficiência progressiva dos rins em desempenhar seus papéis fundamentais à vida e a homeostase do corpo humano (BRASIL, 2014).

O documento que estrutura esta linha de cuidado tem como objetivo geral implementar a linha de cuidado da pessoa com DRC. Ainda, objetiva realizar o diagnóstico precoce conforme diretrizes clínicas, redefinir as unidades prestadoras do serviço de cuidado à pessoa com DRC, implementar o uso de recursos tecnológicos como a Teleconsultoria e a Telemedicina a estas pessoas, ampliar oferta de DP, ampliar o acesso para realização de fistulas e regionalizar o acesso a toda a linha de cuidado (GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2021).

As pessoas que apresentam disfunção renal leve, na maioria dos casos, evolução progressiva, insidiosa e assintomática, dificultando o diagnóstico precoce e onerando gastos aos cofres públicos. Por tais motivos, o Governo estadual refere que a detecção precoce e terapias apropriadas são capazes de diminuir o sofrimento destas pessoas e reduzir os gastos financeiros relacionados à DRC. Nesta perspectiva, a linha de cuidado à pessoa com DRC estabelece que a APS possui como competência a gestão do cuidado da pessoa com DRC entre os estágios 1 a 3. Já os estágios 4 e 5 – pré-dialítico e dialítico, devem ser administrados na atenção especializada. Entretanto este nível de atenção fica responsável pelo matriciamento destas pessoas com a APS, promovendo um cuidado integral e contínuo (GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2021).

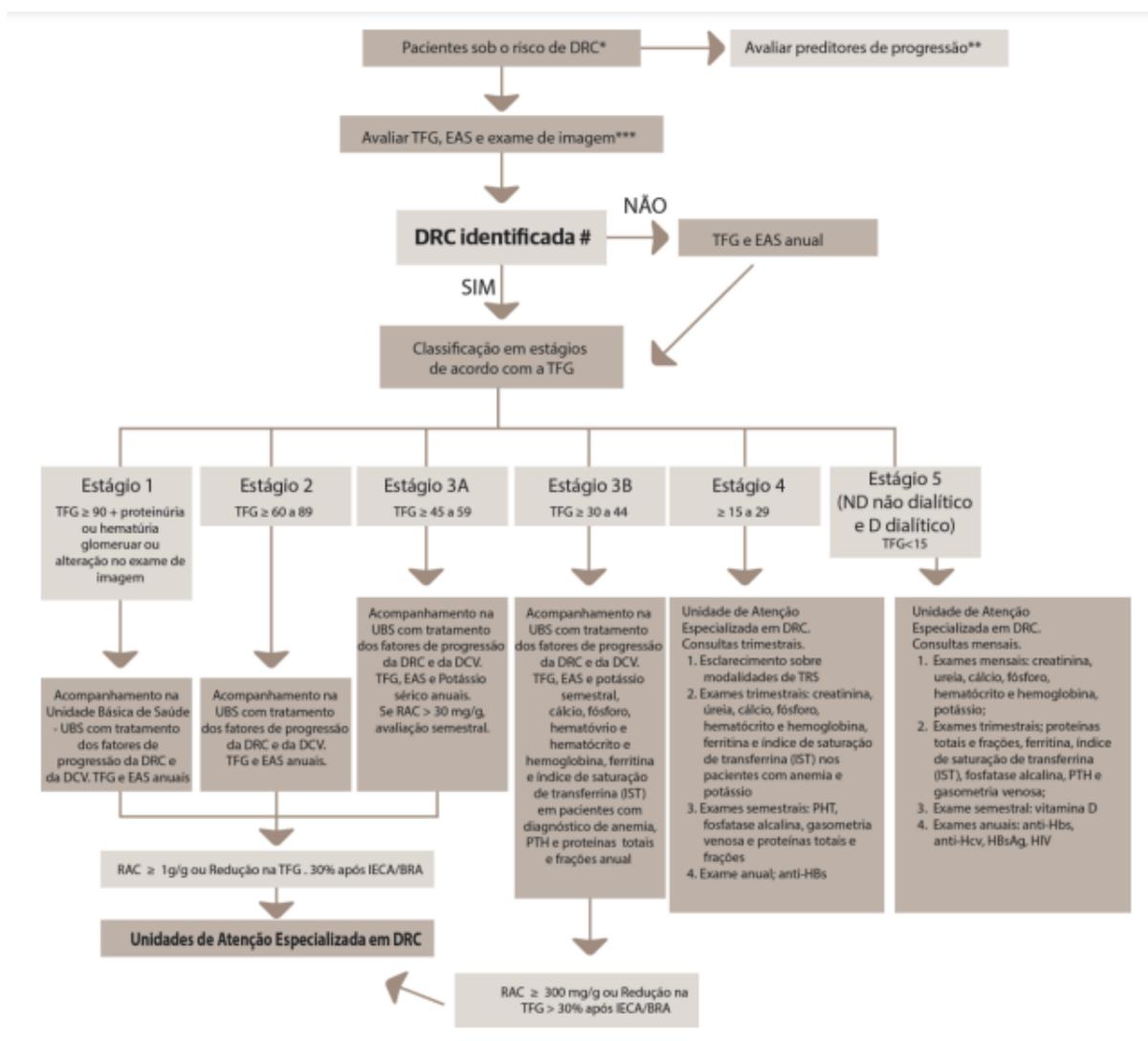
Ainda, a APS possui atribuições específicas ao cuidado da pessoa com DRC. Como base dos princípios e diretrizes do SUS, compete a APS realizar ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, bem como realizar controle dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da DRC, como a HAS e a DM. Ainda, este nível de atenção deve atualizar o calendário vacinal, identificar determinantes e condicionantes de doenças preditoras da DRC, realizar acolhimento de estratificação de risco e vulnerabilidade, diagnóstico precoce e tratamento apropriado, coordenar o cuidado, realizar ações educativas e apoiar o autocuidado, realizar abordagem intersetorial e multiprofissional, manter dados epidemiológicos atualizados no sistema de informação vigente, responsabilizar-se pelo acompanhamento de pessoas em tratamento dialítico e seus familiares e utilizar de tecnologias a fim de qualificar o processo de trabalho (GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2021).

Outro aspecto referente a esta linha de cuidado é o uso de tecnologias que possibilitem o acompanhamento pleno da pessoa com DRC. A Teleconsultoria deve ser amplamente utilizada, mantendo um contato direto entre médico especialista e médico da família e comunidade. Através deste recurso é possível manter um matriciamento apropriado, o qual viabiliza o retorno da pessoa à APS caso o acompanhamento possa ser realizado no setor primário de saúde (GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2021).

Tal fluxo é ordenado e coordenado pela APS e deve ser respeitado por todos os níveis de atenção à saúde. Este fluxograma é intitulado como Fluxo do paciente com DRC de acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado da Pessoa com DRC no âmbito do SUS. Este fluxo demonstra os critérios clínicos para solicitação de exames

laboratoriais que envolvem tanto a parte renal assim como infecções sexuais transmissíveis que prejudicam a saúde da pessoa com DRC. Além disso, ordena o cuidado, mostrando criteriosamente como o encaminhamento ao médico nefrologista deve ser realizado, bem como informando os momentos oportunos para teleconsultoria e/ou encaminhamento. Esse caminho a ser percorrido pela pessoa com DRC está representado no fluxograma que consta na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de assistência em saúde à pessoa com DRC



Fonte: Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica em Santa Catarina, 2021.

5. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudo

Com o intuito de responder à questão de pesquisa e alcançar o objetivo proposto, a pesquisa contou com os pressupostos da abordagem qualitativa e foi construída a partir do método exploratório.

A pesquisa exploratória possui o cunho de verificar conhecimentos incipientes ou inexistentes. Ela busca elucidar os conhecimentos que os participantes possuem sobre determinada temática. Além disto, este tipo de pesquisa se ancora em princípios consolidados que referem que a melhor aprendizagem parte do conhecido, que ampliar o conhecimento é sempre importante e que obter respostas racionais parte do pressuposto de se fazer perguntas racionais (LAUTERT, DAL PAI, RAMOS, 2013).

5.2 Local do estudo

Os locais escolhidos foram pautados na trajetória acadêmica e, subsequente profissional, do pesquisador, sendo selecionadas intencionalmente as equipes de ESF de três Centros de Saúde de um município do sul do Brasil. O primeiro centro é composto por duas equipes de ESF; o segundo desenvolve suas atividades com três equipes de ESF; e o terceiro com quatro equipes (GEINFO, 2021). Todas as equipes de ESF possuem um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde.

Nestes locais, as equipes de ESF desenvolvem suas atividades por meio de consultas agendadas e na modalidade de demanda espontânea. Acontecem consultas médicas e de enfermagem, pautadas no cuidado integral à família como orienta esta estratégia de cuidado em saúde. Somam-se às equipes, residentes de medicina e enfermagem que contribuem na assistência em saúde e desenvolvem investigações científicas a partir de aulas teóricas que estes profissionais estudantes participam.

Cabe salientar que a investigação aconteceu nessas unidades sob anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Município, pautada nas observações da Escola de Saúde Pública do município.

5.3 Participantes

Para consolidação deste estudo, os participantes foram selecionados perante sua atuação no local de trabalho. Participaram profissionais de nível superior que atuavam na ESF das unidades de saúde escolhidas. Estes participantes foram enfermeiros(as) e médicos (as) que faziam parte da equipe, bem como seus residentes de ambas as áreas. O total de profissionais que poderia participar da coleta de dados era de 23.

Para participação na pesquisa proposta, foram incluídos profissionais que faziam parte da ESF e que possuíam nível superior de escolaridade, além disso, para a participação na pesquisa, o profissional deveria atuar há mais de um ano na ESF, para que o mesmo possuísse contato com a continuidade do cuidado prezada por esta estratégia de cuidado. Não foram incluídos profissionais em afastamento prolongado por qualquer motivo, a fim de viabilizar a coleta de dados durante o cronograma proposto.

Previamente à coleta de dados, o proponente deste projeto fez contato com o coordenador de cada uma das unidades para negociar os detalhes da pesquisa. Após a concordância com o gerente da unidade, foi agendado um horário para que fossem realizadas as entrevistas individuais.

As entrevistas foram agendadas via contato por aplicativo *WhatsApp*, respeitando o melhor dia da semana e horário para que a coleta de dados ocorresse. Todos os presentes disponibilizaram a fornecer informações sobre o tema estudado. Desta forma, todos os participantes que foram convidados e atendiam aos critérios de inclusão do estudo foram entrevistados, totalizando 17 participantes. Portanto, os seis profissionais que não participaram foi por não estarem presentes no período de coleta de dados.

5.4 Coleta de dados

Cabe salientar que a coleta de dados só teve início após a anuência da Escola de Saúde Pública do município etambém, após a aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da UFSC e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes.

Esta fase da pesquisa aconteceu a partir da aproximação física do autor deste projeto nos locais de pesquisa. Primeiramente, foi feito contato com os gestores de cada

unidade para explicar o objetivo da pesquisa proposta e prestar esclarecimentos quanto ao tempo que acarretaria na realização das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada por entrevistas semiestruturadas, cuja intenção foi compreender a subjetividade das experiências e do conhecimento dos participantes em relação ao cuidado das pessoas com DRC.

Nas entrevistas semiestruturadas, as questões foram apresentadas aos participantes, buscando fomentar sua livre expressão, criando um espaço amigável e de confiança.

As questões que constaram do roteiro de entrevista foram: Quais suas principais atividades como enfermeiro/médico na atenção às pessoas com doenças crônicas?; Como tem sido a identificação de pessoas com DRC?; Você sabe quantas pessoas com DRC têm em sua área de abrangência?; O que é feito quando essa pessoa é identificada?; O que você sabe sobre atenção à pessoa com DRC em seus diferentes momentos de tratamento (conservador ou substitutivo)?; O que você acha que poderia ser feito?; Como você estaria mais bem preparado para realizar o cuidado à essas pessoas?; Você conhece a linha de cuidado a pessoas com DRC em SC? Como ela está organizada em seu Município e na sua UBS; e ao final da entrevista, questionar se o participante possui alguma contribuição além do que foi tratado. Vale destacar que nem sempre as questões foram apresentadas nessa sequência, seguindo mais o fluxo da entrevista, na qual na resposta à uma questão, já podia ser abordado o conteúdo de outra questão.

Para avaliar a adequação dessas questões, foram realizadas duas entrevistas iniciais com profissionais das unidades onde o projeto foi desenvolvido. Estas entrevistas foram transcritas e analisadas junto à orientadora do projeto a fim de verificar a necessidade de mudanças/adaptações. Não houve necessidade de mudanças e prosseguiu-se a coleta de dados tomando o roteiro como referência para as entrevistas, incluindo as duas entrevistas iniciais como parte relevante dos dados da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas no consultório dos próprios profissionais, garantindo a privacidade. Os consultórios permaneceram fechados durante as entrevistas.

As entrevistas foram gravadas por dispositivo de áudio do celular (autorizadas pelos participantes) e transcritas na sua totalidade pelo entrevistador. As entrevistas tiveram uma duração média de 20 minutos. Ressalta-se que o anonimato dos participantes foi preservado com os seus nomes codificados com siglas alfanuméricas,

iniciando com M para profissionais médicos e E para enfermeiros. Em seguida, algarismos numéricos foram codificados de forma crescente para cada profissional. Este processo de anonimato se deu durante toda a coleta de dados. Ainda, todos os dados encontrados foram arquivados em dispositivo *pen drive* único que está guardado no domicílio do autor e não será utilizado para nenhum outro fim.

5.5 Análise dos dados

A análise dos dados se deu através da Análise de Conteúdo de Minayo (2012). Segundo a autora, para análise de dados, é necessário seguir passos que verificam os significados dos achados. Estes passos incluem a: organização do material; leitura exaustiva dos dados apontando os significados emergentes e a contextualização; e a interpretação dos dados. Os passos apresentados pela autora estão descritos transversalmente às ações que o autor seguiu para evidenciar os resultados da pesquisa.

Primordialmente à fase da análise dos achados a partir das entrevistas, os dados foram organizados utilizando a ferramenta *Microsoft Word*[®]. Esta organização foi construída a fim de explorar os achados e evidenciar os dados importantes que foram levantados e que respondessem à questão de pesquisa. Esta organização foi de fundamental importância, pois contribuiu para que o autor obtivesse com destaque os dados mais relevantes.

A codificação dos dados foi realizada inicialmente utilizando a ferramenta *Microsoft Excel* para a caracterização dos participantes e o destaque dos principais códigos encontrados e, posteriormente utilizando parcialmente o *Atlas Ti* sob licença R-42D-471-6C0-A57-BAC-244. O *Atlas Ti* se trata de um pacote de *software* capaz de auxiliar pesquisadores qualitativos na etapa de organização e análise dos dados, promovendo o levantamento de dados importantes encontrados.

Nesta fase da análise de dados, as entrevistas transcritas foram lidas minuciosamente de forma ao mestrando se apropriar do conteúdo das mesmas. A seguir foi iniciada a codificação que, foi realizada de forma indutiva, identificando códigos que expressavam o conteúdo das falas e, quando as falas se aproximavam em semelhança pelo seu conteúdo eram agrupadas em um único código, utilizando palavras ou expressões com mais de uma palavra. Nesta etapa de codificação, foram encontrados 57 códigos que expressam o conjunto dos dados obtidos na coleta de dados. Após definição

dos códigos, esses foram aproximados por similaridade, resultando em 10 categorias que sintetizam os achados. A pergunta e o objetivo de pesquisa foram tomados como referência para esse processo de codificação e categorização.

Todo o processo de análise foi pautado no referencial teórico, na tentativa de seguir as diretrizes de cuidado às pessoas com DRC frente ao SUS na APS. Todos os achados compatíveis com ações possíveis dentro da APS foram elencados de forma a mostrar como os profissionais realizam o cuidado a estas pessoas e os conhecimentos que possuem. Com a sumarização dos dados encontrados, o pesquisador foi capaz de visualizar um todo coerente.

A partir da elaboração das categorias deu-se início à construção dos resultados da pesquisa com o estabelecimento de dois temas: **Práticas de cuidado às pessoas com doença renal crônica na atenção primária à saúde** e **Conhecimento dos profissionais da atenção primária à saúde no cuidado às pessoas com doença renal crônica**.

5.6 Aspectos éticos

Garantir os princípios éticos é incumbência do pesquisador e, para tal, este estudo seguiu os preceitos da Resolução número 466 de 12 de dezembro de 2012. Esta resolução é pautada nos referenciais da bioética sendo eles a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade, visando os direitos e deveres frente aos participantes da pesquisa, aos promotores de ciência e ao Estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A fim de garantir o mínimo de riscos aos participantes da pesquisa, todos os nomes dos profissionais entrevistados foram codificados conforme mencionado anteriormente.

Para seguir os preceitos básicos da Ética de Pesquisa em Seres Humanos, o proponente deste projeto seguiu alguns atributos essenciais. Primordialmente, o autor do estudo encaminhou o projeto à Escola de Saúde Pública do Município com o intuito de solicitar o desenvolvimento da pesquisa nos locais escolhidos e listados previamente neste estudo.

Conforme permissão deste departamento da prefeitura, a carta de anuência que se encontra anexo (ANEXO 1) a este estudo, que foi anexada na Plataforma Brasil. Somente após o aceite do CEPESH e a autorização da Escola de Saúde Pública do

Município onde o estudo ocorreu que o pesquisador deu início à coleta de dados. Ainda, ao iniciar esta coleta, todos os participantes foram orientados quanto aos benefícios da pesquisa e sua participação optativa. Aos que decidiram participar da pesquisa foi entregue um TCLE (ANEXO 2) para os mesmos assinarem. Estes termos estão arquivados em local próprio do autor e serão incinerados após cinco anos.

No momento da assinatura do TCLE, os participantes da pesquisa foram orientados quanto a duplicidade das vias deste documento. Uma via foi fornecida ao participante, e outra foi guardada pelo pesquisador, em local próprio e sigiloso. Ao fornecer a via do documento ao participante, o pesquisador orientou o armazenamento desta cópia a fim de garantir os seus direitos e manter contato com o pesquisador caso seja necessário.

Todas as pesquisas apresentam riscos. No caso desta pesquisa em questão, os riscos previstos poderiam envolver desconforto, não ficar à vontade, insegurança, vergonha ou cansaço. Caso ocorressem algumas destas situações, mesmo subsequente à finalização da coleta de dados, o participante da pesquisa tem o direito a assistência no quanto for necessário. Caso haja a necessidade de atendimento psicológico, o entrevistado receberá assistência psicológica contratada pelo pesquisador.

Os achados deste trabalho serão divulgados em meios científicos, a fim de compartilhar conhecimento e preencher lacunas nas questões relacionadas à temática. Ao final da pesquisa, os achados serão compartilhados com a Escola de Saúde Pública do Município, assim como com os participantes que contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa.

6. RESULTADOS

Participaram da pesquisa 17 profissionais com nível superior de formação que incluíram enfermeiros (as) e médicos (as), sendo que participaram seis médicos e onze enfermeiras. Deste grupo, 15 profissionais eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. Ainda, dos 17 entrevistados, cinco participantes eram residentes de enfermagem que estavam no segundo ano da residência em medicina da família e comunidade.

Todos os profissionais entrevistados possuíam experiência maior que um ano em APS, sendo que aquele com menor atuação na APS foi de um ano e o maior totalizou 15 anos de serviço.

Os achados apontam que os profissionais de saúde da APS desenvolvem suas atividades de assistência em saúde frente às pessoas com DRC almejando um cuidado que retarde a progressão da falência renal. Os mesmos possuem preocupação frente às comorbidades fatores de risco para a perda da função renal e utilizam, principalmente, os protocolos de HAS e DM para construir a terapêutica, baseados na promoção da saúde e na prevenção de agravos.

Nota-se que quando estes profissionais percebem o desenvolvimento da DRC, o manejo dentro da APS acontece de forma incipiente, devido a um conhecimento básico sobre a doença. Desta forma, recorrem para o encaminhamento ao médico nefrologista, conduta que, por muitas vezes, é desconstruída devido ao grande número de atendimentos dessas pessoas na atenção secundária.

Por parte da enfermagem existe uma lacuna grande no conhecimento, tendo em vista que as enfermeiras participantes do estudo informam desconhecimento sobre a temática. Estas profissionais percebem as alterações em exames laboratoriais, encaminham a pessoa para consulta médica, mas acabam se abstendo da terapêutica necessária.

Todos os profissionais desconhecem a linha de cuidados à pessoa com DRC do Estado onde a pesquisa foi realizada. Frente esta adversidade, salientam a importância de capacitações junto à educação permanente, a fim de agregar conhecimento e ter maiores ferramentas para exercer o cuidado à pessoa com DRC.

Cabe salientar que a preocupação dos profissionais é evidente mediante aos achados. Estes demonstram em suas falas as ferramentas de promoção da saúde e

prevenção de agravos e almejam por maior conhecimento frente à doença renal crônica, doença esta que os mesmos conhecem os efeitos deletérios à pessoa.

Esta pesquisa segue as orientações da Instrução Normativa 02/PEN/2021 que altera os critérios para elaboração e o formato da apresentação dos trabalhos de conclusão do curso de Mestrado e Doutorado. Desta forma, os resultados da pesquisa serão apresentados em forma de dois manuscritos que respondem aos objetivos propostos.

Para a composição desses dois manuscritos, das 10 categorias identificadas foram selecionadas quatro categorias e 10 subcategorias, sendo que o primeiro manuscrito contempla duas categorias e cinco subcategorias e o segundo duas categorias e cinco subcategorias.

6. 1 Manuscrito 1: PRÁTICAS DE CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

Objetivo: Conhecer as práticas de cuidados dos profissionais enfermeiros e médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde no cuidado às pessoas com Doença Renal Crônica. **Método:** Pesquisa exploratória realizada em três Centros de Saúde de uma capital do Sul do Brasil, por meio de entrevistas semiestruturadas com 17 profissionais médicos e enfermeiros que prestam assistência na Estratégia Saúde da Família. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo com a criação de códigos que foram agrupados em categorias e subcategorias. **Resultados:** Os dados estão organizados em duas categorias: Práticas clínicas e Práticas de promoção da saúde e prevenção da doença. Os achados evidenciam que há fragilidades na prática clínica, expressas na falta de domínio técnico específico no cuidado às pessoas com doença renal crônica por alguns profissionais. Porém, há por parte de alguns profissionais a preocupação em fazer o diagnóstico, manter o acompanhamento, com o controle de manifestações clínicas. As ações de promoção da saúde e de prevenção da doença são realizadas como uma prática mais efetiva, como parte da atuação cotidiana dos profissionais. **Conclusão:** Os profissionais realizam um cuidado que é convergente ao estabelecido nas políticas de atenção às pessoas com doença renal crônica, porém ela não é realizada de forma integral e sistemática por todos os médicos e enfermeiros. Fazem-se necessárias capacitações constantes e conscientização dos profissionais para realizarem um diagnóstico mais precoce e encaminharem ao especialista e manter o acompanhamento. **Descritores:** Doença Renal Crônica, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Prática Clínica, Promoção da Saúde.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) se tornou uma grande epidemia silenciosa que leva à uma preocupação global. Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (2014), entre os anos de 2000 e 2013, o número de pessoas em diálise teve um aumento

de mais de 135%, chegando a um quantitativo de 112.004 pessoas em tratamento dialítico em 2014, no Brasil.

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento da DRC, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são as duas principais causas que levam ao diagnóstico desta doença. Pela alta prevalência de pessoas diagnosticadas com HAS e DM, faz-se necessário o acompanhamento e a solicitação de exames periódicos que possibilitem um diagnóstico precoce da DRC, diagnóstico este que é visto como um obstáculo a ser manejado, tendo em vista a progressão silenciosa da falência renal (DALLACOSTA, DALLACOSTA, MITRUS, 2017).

Pela necessidade de um acompanhamento periódico e solicitação de exames de rotina, a Atenção Primária da Saúde (APS) se mostra como espaço importante para as pessoas que necessitam deste acompanhamento. É o nível de atenção à saúde mais equipado para promover a saúde, prevenir agravos e (co)ordenar a assistência em saúde à pessoa diagnosticada com DRC. Ainda, é o setor capaz de acompanhar, com maior proximidade a pessoa, pelo menos em estágios iniciais e intermediários da doença (PEDROSO, GUERRA, AMORIM, 2020). Este cuidado deve ser pautado nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica que indicam a APS como uma fonte de assistência em saúde capaz de consolidar o cuidado às pessoas com DRC (BRASIL, 2014).

Para uma consolidação plena na assistência à saúde da pessoa com DRC, em junho de 2018 o Ministério da Saúde lançou a Portaria n.º 1.675 que dispõe sobre os critérios para organização, funcionamento e financiamento do cuidado à pessoa com DRC. Neste documento, a APS aparece como (co)ordenadora do cuidado, tendo como competência a identificação, rastreamento, manejo, encaminhamento e abordagem multiprofissional a esse público (BRASIL, 2018).

Como consta na referida Portaria, é neste nível de atenção em saúde que deve ocorrer o diagnóstico precoce, o encaminhamento ao especialista, o tratamento de comorbidades relacionadas a progressão da DRC, e o preparo frente à possível necessidade de realização de terapia renal substitutiva (TRS). Neste aspecto, torna-se imprescindível reconhecer as pessoas que possuem fatores de risco para o desenvolvimento da doença, trabalho este que deve ser pautado na promoção da saúde e na prevenção dos agravos (SANTOS *et al.*, 2017).

A promoção da saúde e a prevenção de agravos diante dos fatores de risco para a DRC se mostram como uma ferramenta capaz de reduzir a progressão da falência renal.

Faz-se, ainda, necessário o desenvolvimento de novas estratégias que visem a consonância do trabalho multiprofissional em prol de uma comunicação efetiva para com as pessoas com DRC, uma vez que, ainda são ações efetivas que evitam a progressão da doença (SOARES *et al.*, 2018).

Além de ferramentas simples capazes de reduzir a progressão da DRC, a referência e a contrarreferência bem como o matriciamento ao nível de atenção especializado se caracteriza como ações preditivas no controle da DRC. Desta forma, o diálogo entre os níveis de atenção à saúde corrobora para um cuidado integral e longitudinal à pessoa (PENA *et al.*, 2012).

Apesar dessa legislação que orienta o cuidado às pessoas com DRC na APS e das evidências da importância desse nível de atenção para a detecção precoce e o acompanhamento das pessoas nessa condição, pouco se tem observado em sua efetivação na prática. Na experiência profissional do pesquisador, foi observado que os profissionais de saúde expressam dificuldades na atenção às pessoas nessa condição de saúde, seja em relação aos aspectos mais técnicos, como também no acompanhamento mais sistemático daqueles diagnosticados com DRC. Afim de contribuir com esta questão, foi desenvolvido um estudo que objetivou conhecer as práticas dos profissionais enfermeiros e médicos no cuidado às pessoas com Doença Renal Crônica que atuam na Atenção Primária da Saúde.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório. Esse tipo de estudo possibilita obter uma visão geral, de aproximação a um determinado fenômeno, sendo mais apropriado em temas nos quais há altos níveis de incerteza e desconhecimento sobre o assunto e quando o problema não é muito bem compreendido (LAUTERT, DAL PAI, RAMOS, 2013). A escolha dessa abordagem decorreu da percepção de ser um tema pouco abordado na literatura e de sua importância para a prática de cuidados às pessoas com DRC.

Local de Estudo

A investigação ocorreu em três Centros de Saúde em uma capital do sul do Brasil. Estas unidades integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS) se caracterizando no

nível da Atenção Primária à Saúde (APS). Estas unidades foram escolhidas de forma intencional, devido a aproximação que o pesquisador possuía com os locais.

Todos os Centros de Saúde são compostos por equipes de Estratégia Saúde da Família, que conforme diretrizes do Ministério da Saúde (MS) se consolidam por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. O primeiro Centro de Saúde estava composto por um total de duas equipes, tendo assim duas médicas, duas enfermeiras e duas residentes de enfermagem. O segundo campo de coleta de dados estava constituído por três equipes, totalizando três médicos, três enfermeiras e uma residente de enfermagem. Já o terceiro campo de coleta estava formado por quatro médicos, quatro enfermeiras e duas residentes de enfermagem, com quatro equipes.

Participantes

Foram escolhidos profissionais médicos e enfermeiros que têm uma atuação relevante na atenção às pessoas com DRC, sendo os que definem a atenção a ser recebida. Os três locais de estudo totalizavam 23 profissionais de nível superior atuando na ESF, sendo que participaram do estudo 17 profissionais que atenderam ao critério de inclusão de atuar há mais de um ano na APS, visto a necessidade em verificar o conhecimento deles no cuidado longitudinal à pessoa com DRC. Todos os profissionais consultados aceitaram participar da coleta de dados. No momento da coleta de dados, uma profissional estava em afastamento por motivos de saúde e por isso não participou da pesquisa.

Após o projeto ter sido aprovado pela secretaria de saúde do município, o pesquisador fez contato via aplicativo *WhatsApp* com as coordenadoras de cada local de estudo, apresentando o projeto em linhas gerais. Nesta etapa, foi solicitado o apoio dessas coordenadoras para o desenvolvimento do projeto, no sentido de verificar também junto aos profissionais o interesse na participação do estudo. Após obter esse aceno inicial, foram feitas visitas em cada centro de saúde para acordar o momento mais oportuno para que o autor realizasse a coleta de dados, de forma que não atrapalhasse o andamento do serviço.

Coleta de dados

Com o intuito de conhecer as práticas de atenção à saúde de pessoas com DRC dos profissionais, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Estas entrevistas contaram com um roteiro específico, com nove questões explorando os cuidados realizados pelos profissionais na identificação das pessoas com risco de desenvolver a DRC e também nos cuidados com aqueles já diagnosticados.

Com o aval da gestão das unidades, o pesquisador conversou com cada profissional nas salas de consulta, com privacidade, explicando o objetivo da pesquisa, sanadas quaisquer dúvidas que pudessem surgir e solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a conversa inicial foi realizada a entrevista semiestruturada. Todas as falas foram gravadas em recurso de áudio para posterior transcrição. Ao final, o pesquisador deixou o participante livre para dar mais alguma informação que considerasse relevante e que não houvesse sido explorada nas questões apresentadas anteriormente.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de junho e agosto de 2022 e tiveram um tempo médio de 20 minutos. Salienta-se que foi realizada uma entrevista com cada participante, não havendo a necessidade de retornar aos mesmos para novas informações.

Análise de dados

Primordialmente à análise de dados, todas as entrevistas foram transcritas em sua totalidade em ferramenta do *Microsoft Word*. Esta ação permitiu compilar os achados de forma total favorecendo sua organização. Todo o conteúdo coletado foi analisado tomando como referência as orientações de Minayo (2012). Desta forma, os dados foram organizados de forma objetiva e clara, iniciando com a realização de leitura exaustiva dos achados com o intuito de imergir nos dados e apreender os significados das falas.

Foi criado um quadro analítico, com uma célula com as entrevistas transcritas e outra para o estabelecimento dos códigos. Esses códigos foram estabelecidos (palavras e expressões) após sublinhar nas entrevistas os dados de interesse, num processo indutivo. Vale destacar que as entrevistas foram inseridas na sequência de sua realização e identificadas pelo número da entrevista.

Desse processo foram criados 57 códigos. Num segundo processo, foram agrupados os códigos similares, resultando em duas categorias e cinco subcategorias.

que compõem os resultados relacionados às práticas dos profissionais enfermeiros e médicos no cuidado às pessoas com Doença Renal Crônica

Aspectos Éticos

Mediante a Resolução nº 466/CNS de 2012, o pesquisador seguiu os preceitos necessários que viabilizam uma pesquisa ética. Para tal, foi construído um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O autor munuiu-se com duas cópias para cada participante, sendo que ambas foram assinadas pelo pesquisador e uma cópia ficou sob posse do participante e a outra foi assinada pelo mesmo e devolvida. Todos os áudios das gravações foram armazenados em dispositivo *pen drive*

Todos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa tiveram seus nomes codificados alfanumericamente com E para enfermeiros e M para médicos, subsequente um número sequencial identificando o participante. Ainda, todos os dados encontrados somente serão divulgados no meio científico com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre a temática abordada.

RESULTADOS

O processo de análise de dados dirigido para responder ao objetivo de identificar as práticas de cuidado às pessoas com DRC na APS possibilitou criação de duas categorias e cinco subcategorias, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Categorias e subcategorias das práticas de cuidado às pessoas com DRC na APS, realizada por médicos e enfermeiros

Categorias	Subcategorias
1. Práticas clínicas	Práticas diagnósticas
	Práticas de acompanhamento e controle
2. Práticas de promoção da saúde e prevenção da doença	Mudanças de hábitos
	Educação em saúde
	Atuação interdisciplinar

Fonte: Autor, 2022

Práticas Clínicas

Os profissionais da saúde reconhecem que a assistência em saúde qualificada à pessoa com DRC promove o retardamento da progressão da falência renal. Este processo inicia com o diagnóstico realizado de forma precoce, destacando

especialmente o acompanhamento por meio da realização periódica de exames, notadamente em pessoas com HAS e com DM.

Acho que primeiro de tudo rastreia, investiga, então na população geral e em pacientes com fatores de risco, diabéticos, hipertensos, enfim. (M3)

Pacientes hipertensos e diabéticos tem no protocolo de enfermagem que a gente pode solicitar creatinina e microalbuminúria e exame de urina. Então, são exames que as vezes já pode identificar. (E7)

Contudo, a identificação das pessoas que potencialmente podem desenvolver a DRC é considerada difícil. Alguns profissionais enfermeiros relatam um desconhecimento sobre a DRC e apontam que o manejo dessa doença é médico-centrado.

Eu tenho dificuldade de identificar esse paciente. Talvez nem saberia te dizer como que a gente identifica realmente. Nem saberia quais pacientes da nossa equipe... se tem algum paciente... (E2)

Não saberia [dizer quem são as pessoas com DRC]. Porque não sei assim se os critérios que a gente considera um paciente com DRC são através de exames, se são... Realmente não saberia te dizer. (E2)

O acompanhamento de quem é diagnosticado com DRC se mostra como ferramenta potente para diminuir os efeitos deletérios da doença, acenando para a necessidade de um trabalho articulado em diferentes níveis de atenção e do papel dos profissionais da saúde que atuam na APS. O compartilhamento da assistência promovida pelo diálogo entre os níveis de atenção seria uma ferramenta que poderia conduzir a melhores resultados. No entanto, essa articulação nem sempre está presente, especialmente quando a pessoa com DRC passa a ser atendida por um especialista. Além disso, ressaltam a dificuldade no encaminhamento para o especialista, com grandes filas de espera devido ao número reduzido de nefrologistas no município.

É feito acompanhamento de rotina até que ele chegue num estágio que possa ser encaminhado para o nefrologista. (E6)

A gente sempre solicita que o paciente retorne no mínimo de seis em seis meses para avaliação da creatinina, essa é a recomendação que eu sempre faço. (M6)

Eu acredito que a equipe acompanhe e quando necessário, eles matriciam ou encaminham para o especialista. (E5)

Eu acredito que todos os pacientes que tenham uma DRC não são acompanhados sozinhos aqui na unidade de saúde. Eles

devem fazer um acompanhamento com especialista, também... nefro... nefrologista. (E2)

Estágio 4 e 5 a gente encaminha para o nefrologista para fazer um acompanhamento compartilhado, principalmente tratamento medicamentoso. (M6)

Entretanto, nas falas obtidas através das entrevistas, os profissionais relatam dificuldade em estabelecer um diálogo com o médico nefrologista da atenção especializada ou mesmo de conseguir o encaminhamento. Ainda que tendo a clara intenção, não há uma resposta sobre a situação das pessoas atendidas. Novamente aqui é destacada a falta de nefrologista no município, precisando fazer esse encaminhamento ao especialista do Estado, o que promove uma ruptura da linha de cuidado.

Por conta do sistema nosso aqui de encaminhamento para o especialista, a gente tem pouco de dificuldade nesse manejo. [...] E aí eles criam vários empecilhos. Poxa! Eu estou encaminhando a paciente e ela está lá porque eu preciso da tua ajuda. Mas aí eles: ai eu quero conversar! Ah tem que mandar questionamento e depois eles devolvem. Isso tudo... A gente não trabalha só com um paciente, a gente trabalha com no mínimo quatro mil, que é o da nossa área. (M2)

Ele diz que é para ter o acompanhamento, mas a gente está sem referência na prefeitura. Então, esse paciente seria para o Estado. Ou seja, ele ao invés de competir com 400 mil pessoas [...], ele acaba competindo com 8 milhões do estado. Então, esse acompanhamento por si só, num nefrologista, por conta da doença renal mesmo, fica difícil. (M2)

A gente tem uma falta de profissional nefro, por exemplo. Agora, a gente tinha uma do Município, que estava legal, que a gente consegue ver o que a médica escreve, ver um seguimento mais próximo. Saiu e faz tempo que a gente estava sem. É um profissional que a gente não consegue fixar na rede. (M3)

Quando questionados quanto aos cuidados e as terapêuticas estabelecidas às pessoas com DRC, a atuação dos médicos é mais centrada na prescrição dos medicamentos, enquanto os enfermeiros apontam medidas mais gerais. Algumas condutas se baseiam na perspectiva de mudança de hábitos de vida, alteração da dieta que promovem a proteção renal, além de destacar a consulta compartilhada como potencializadora do cuidado.

Eu faria uma interconsulta e discutiria com a médica da equipe. (E1)

A gente orienta que não use anti-inflamatórios, dependendo do grau de insuficiência renal, a gente faz um cálculo para reduzir a dosagem de algumas medicações que possam alterar ou até

retirá-la. A metformina é uma medicação que a gente usa na grande maioria para pacientes diabéticos e que pode fazer alteração renal. (M1)

Eu começo com uma terapêutica de proteção renal que é um IECA e um BRA, uma medicação que a gente tem para fazer proteção renal. No SUS a gente tem o enalapril e a losartana. IECA o enalapril e losartana como BRA. A pessoa identificada com DRC ela tem que começar com uma medicação de proteção renal. (M4)

É medicada. Os renais crônicos de estágio 1 a 3 são medicados pela atenção primária, por mim. Avaliação da dieta, avaliação dos outros fatores de risco. Tratamento de dislipidemias também é importante quando a gente faz o diagnóstico da DRC. Avaliação da pressão arterial, da diabetes... tem que deixar tudo compensado porque tudo isso vai auxiliar no combate à DRC. (M6)

Contudo, muitos relatos dos profissionais, ainda, demonstram incertezas e falta de conhecimento sobre a DRC e suas terapêuticas, destacando que não atendem rotineiramente pessoas com DRC na atenção básica.

Não saberia te dizer qual é o momento, por exemplo, que um paciente vai ter indicação de fazer uma diálise. Eu sei que o paciente vai vir com uma alteração do exame, provavelmente. A gente vê que a médica altera doses de medicação, mas pra te dizer assim: esse paciente aqui vai ter indicativo de fazer diálise... Quanto tempo tem que ter um nível tal de exame alterado para que ele tenha indicação de diálise... Não sei se está comprometendo outros órgãos e isso é indicativo de fazer diálise, transplante renal... não saberia os critérios, não. (E2)

Essa parte da diálise, eu não sei te dizer muita coisa. Eu sei das medicações, dos cálculos. (M1)

Não tenho informação sobre isso. Nunca tive a experiência de acompanhar um paciente com doença renal. (E10)

Enfatizam a necessidade de visitas periódicas das pessoas com DRC às unidades de APS a fim de proteger a função renal e preconizar a diminuição da progressão renal através de cuidados terapêuticos medicamentosos e gerais que se enquadram em mudanças no estilo de vida.

Contudo, os dados mostram que há lacunas no conhecimento dos profissionais sobre a DRC. Muitos se sentem incertos quanto ao manejo dessas pessoas frente às adversidades causadas pela DRC. Neste aspecto, apontam a importância do encaminhamento ao especialista, mas que, por muitas vezes, encontram barreiras nessa referência devido às filas de espera e a sobrecarga do nível especializado.

Práticas de Promoção da Saúde e Prevenção de agravos

Ao apontar o cuidado às pessoas com DRC na APS, os profissionais médicos e enfermeiros indicam que desenvolvem atividades numa perspectiva da integralidade, ressaltando algumas ações de promoção da saúde, mas enfatizando mais as ações que ajudem a controlar a progressão do comprometimento renal.

A mudança do estilo de vida que envolve alterações nos hábitos que são nocivos à saúde é observada na fala dos profissionais. Estas mudanças surgem na prerrogativa de melhorar a qualidade de vida da pessoa com DRC.

Mudança de estilo de vida que engloba atividade física, conscientização da alimentação, solicitação de exames dentro do protocolo, avaliação, compartilhado com o médico da equipe. (E4)

Eu acho importante avaliar o quadro todo dele, ver como está a pressão, porque o rim está conectado com tudo, né!? E tentar ajudar ao máximo o corpo dele para evitar a evolução dessa doença renal. Se ele tem, por exemplo, se ele está com diabetes, vou tentar compensar ao máximo. A pressão, tentar deixar o máximo para não machucar esse rim. (M2)

Acho que principalmente, não tentar reverter, difícil reverter, mas tentar mantê-lo no estágio que ele não precise chegar num tratamento substitutivo. Aí que entra, principalmente, a enfermagem no cuidado preventivo e do agravamento. Pois ele já está com uma doença instalada. Então, tentar prevenir que essa doença se agrave a chegar ao ponto que ele tenha que fazer uma diálise. (E6)

Precisa fazer um bom controle dos pacientes que são hipertensos para não haver uma piora. Também precisa acompanhar se for diabético, para verificar se a glicose está em bom controle e ver se essa diabetes está bem controlada. (M1)

Pautados nas mudanças de hábitos que são nocivos à saúde, os profissionais referem que orientam as pessoas para uma vida com mais qualidade. Indicam que desenvolvem a educação em saúde de forma individualizada, considerando as especificidades da condição de cada pessoa. Este cuidado é capaz de (re)orientar as pessoas que são diagnosticadas com DRC frente às mudanças que serão necessárias em suas vidas.

Não é só chegar e apontar os erros dos pacientes. Tem que estimular e avaliar outras questões que podem estar influenciando e isso não é só exclusivo do médico, outros

profissionais podem estar tentando avaliar outros pontos que podem estar barrando essa mudança no paciente, essa falta de adesão. (M6)

A educação em saúde realizada expressa a consciência da necessidade de atuação multiprofissional, reconhecendo a necessidade de alguns profissionais que deveriam participar da equipe, como o nutricionista.

Estaríamos mais bem preparados se a gente tivesse também o apoio multidisciplinar. Por exemplo, um nutricionista que entendesse da alimentação de um doente renal crônico: do nível de sal, do nível de proteína. Então a gente precisa disso. (M4)

Eu acho importante que tenha acompanhamento da enfermeira que tem que ter o estímulo à mudança do estilo de vida. Os profissionais têm que estar capacitados a estimular a mudança no paciente. Tanto o médico, quanto o enfermeiro, a nutricionista. Pode ter a visita de um técnico também para estar conversando com essa pessoa. Acho que isso poderia estar sendo feito melhor. (M6)

E até com a equipe NASF. Por exemplo, a gente até encaminha para a nutricionista, mas aí é um ambulatório de nutrição de casos complexos. (E4)

As ações de promoção da saúde e prevenção de agravamentos da DRC são notórias nas falas dos profissionais. Os mesmos indicam que estas ações são capazes de munir a pessoa com conhecimento sobre a sua condição e que, quando exercidas, acarretam menor comprometimento renal.

Entretanto, indicam a necessidade de uma equipe multiprofissional que possua um diálogo eficaz entre a equipe e com a pessoa. Apontam que este trabalho conjunto resulta em melhores benefícios, tanto às pessoas com DRC quanto aos profissionais que desejam realizar um cuidado compartilhado.

DISCUSSÃO

O SUS estabelece suas atividades orientadas por políticas públicas de saúde, portarias e linhas de cuidado, as quais são construídas a partir do reconhecimento da realidade da população. A DRC, como uma doença crônica possui estratégias de enfrentamento que delineiam o cuidado às pessoas que são diagnosticadas (SANTOS, COSTA, ANDRADE, 2017).

A APS possui sua atenção focada na vigilância em saúde, na promoção à saúde e na prevenção de agravos. Ela é o nível de atenção em saúde que viabiliza o cuidado a partir de um acompanhamento pautado no vínculo com a população de determinado território. Está orientada pelas demandas populacionais, bem como pelos fatores condicionantes de saúde. O levantamento dos dados da população a quem ela atende permite focar nas demandas de saúde e na realização de acompanhamento pleno, corresponsabilizando-se no cuidado e orientando seus serviços frente às demandas que surgem (FARIA, 2018).

Neste aspecto, a APS possui papel fundamental na assistência às pessoas que são diagnosticadas com DRC. É a APS que (co)ordena o cuidado dentro da RAS e viabiliza uma assistência integral ao indivíduo, como seguimento do princípio doutrinário do SUS que é a integralidade (BRASIL, 2018).

A detecção precoce e o manejo imediato de quem é identificado com DRC é imprescindível e é levado em consideração nas falas dos profissionais da ESF. Os participantes demonstram a necessidade em acompanhar de forma próxima as pessoas que possuem fatores que podem culminar na perda progressiva da função renal. Referem que há a necessidade de uma aproximação frequente com estas pessoas para verificarem a progressão da doença, assim como a solicitação de exames e a verificação das comorbidades que implicam negativamente na função dos rins (DALLACOSTA, DALLACOSTA, MITRUS, 2017).

Santos *et al.* (2017) corroboram com essa informação quando indicam que a ESF possui papel fundamental na prevenção da DRC, sendo capaz de visualizar os fatores de risco e os condicionantes para o desenvolvimento da doença. Ainda, os autores afirmam que para esta função é necessária uma equipe que possua como incremento a abordagem multidisciplinar, requerendo um cuidado integral ao sujeito. Por isto, a APS possui como atribuições básicas o diagnóstico precoce, o encaminhamento ao especialista quando necessário e a correção das comorbidades que causam complicações à DRC.

Estas ações são orientadas pelas Diretrizes Clínicas para o Cuidado às pessoas com Doença Renal Crônica no âmbito do SUS (2014). Neste documento, o Ministério da Saúde prevê fatores para o diagnóstico precoce e informa as ações que devem ser tomadas frente à identificação da DRC. Estas orientações devem pautar todos os níveis de atenção à saúde frente à falência renal e informam as condutas clínicas e as orientações que devem ser repassadas à pessoa com DRC e aos profissionais que cuidam (BRASIL, 2014).

Entretanto, existem ainda barreiras que dificultam a identificação da DRC. Estas barreiras acontecem quando há o desconhecimento ou conhecimento limitado sobre a doença pelos profissionais responsáveis pelo cuidado. Esses fatores implicam em um diagnóstico tardio, ou seja, quando já há comprometimento renal severo. Silva *et al.* (2020) elencam que há diversas barreiras ainda a serem enfrentadas frente à DRC. Os autores citam em seu estudo que há grande dificuldade na APS quanto ao enfrentamento da DRC. Segundo os autores isto acontece por diversos motivos, sendo alguns deles a falta de educação permanente aos profissionais que atuam no setor primário, ao tratamento da pessoa com DRC estar centrada no nível terciário de atenção em saúde e, também, à falta de conscientização dos profissionais sobre os efeitos deletérios da DRC.

Esse desconhecimento, em muitos casos, pode levar a necessidade de um diálogo com o médico nefrologista. Os profissionais indicam a necessidade que possuem em encaminhar as pessoas com DRC ao médico especialista para continuidade do tratamento. Contudo, existem barreiras que impedem esse diálogo entre médico da família e especialista, como demonstrado nos resultados. Pena *et al.* (2012) concluíram em seu estudo transversal que os médicos da APS determinam pouco a TFG e que sentem grande necessidade em encaminhar precocemente pessoas com DRC ao nefrologista. Entretanto, até um quarto dos médicos que os autores entrevistaram não encaminhariam pessoas com DRC avançada ao nível secundário. Nestes achados, os pesquisadores sugerem (re)pensar uma aproximação entre médicos da família e médicos especialistas, informando que esta proximidade entre os níveis de atenção à saúde corroboraria para um enfrentamento melhor da DRC.

Em prol de um delineamento preciso para que haja a condução correta da pessoa com DRC, as Diretrizes Clínicas do Ministério da Saúde edificam um fluxograma que mune os profissionais para o encaminhamento correto ao nível secundário. Este fluxo de atendimento é posto, também, na Linha de Cuidado à Pessoa com Doença Renal Crônica estadual que orienta os profissionais do Estado quando às condutas de matriciamento e referência e contrarreferência que devem ser seguidas (GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2021).

Embora haja, ainda, um desconhecimento sobre a DRC, os profissionais verificam a necessidade de conduzir estas pessoas através de terapêuticas que possibilitem a interrupção da progressão da insuficiência dos rins. Estas medidas são eficazes e evidenciam melhora no quadro geral da pessoa. Recursos medicamentosos e mudanças no estilo de vida, alterando hábitos nocivos para hábitos saudáveis são

capazes de interromper a progressão da DRC. Nesse sentido, o enfermeiro possui papel importante no manejo da DRC. Este profissional possui aptidão em orientar as pessoas sendo ele pautado na educação em saúde. Esta ação capacita a pessoa com DRC no seu autocuidado e promove valorização e reconhecimento como um sujeito livre e portador de direitos. É através da educação em saúde proposta pelo profissional enfermeiro que possui a capacidade em auxiliar na adesão do tratamento, reduzindo a morbimortalidade e sendo eficaz na minimização da angústia e do medo frente ao diagnóstico (RIBEIRO, ANDRADE, 2018).

Unidas à educação em saúde, a promoção da saúde e a prevenção de agravos são ações que (re)orientam a vida de quem recebe o diagnóstico de DRC. No tocante da APS e em suas ações de setor primário de atenção à saúde, a promoção e a prevenção munem a pessoa na sua nova perspectiva de condição saúde-doença. Este método de intervenção promove às pessoas com DRC condições para o enfrentamento da doença, os quais colaboram para uma maior qualidade de vida. Brum *et al.* (2017) relatam em seu estudo que há uma urgência em priorizar a qualidade de vida dessas pessoas frente às adversidades impostas pelo novo diagnóstico. Ainda, salientam que as ações de promoção da saúde evidenciam um suporte necessário a essas pessoas o qualé potencializado quando há um compartilhamento de ações dentro de uma equipe multiprofissional.

O trabalho multiprofissional é permeado por diversas práticas e saberes. Através dele é possível realizar uma atenção especializada e diversificada à pessoa com DRC. Alencar, Veras e Ribeiro (2021) mostram em sua pesquisa exploratória que a atuação de uma equipe multiprofissional frente à DRC é necessária. Os autores relatam que esta atuação é fundamental visto a complexidade que a doença possui. Destacam que o trabalho multidisciplinar surge com o intuito de melhorar o atendimento às diversas facetas que envolvem a DRC, elencando a identificação da doença, o diagnóstico, as questões sociofinanceiras, assim como as complicações existentes.

Salienta-se que o trabalho multidisciplinar envolve todas as esferas que compõem a vida de uma pessoa. É através dele que é possível verificar as diversas complicações que a DRC causa na vida de quem recebe o diagnóstico. Este trabalho coerente e organizado conduz a assistência em saúde aos pilares que orientam o SUS. Através dele é possível perceber e assistir o indivíduo em sua integralidade (ALENCAR, VERAS, RIBEIRO, 2021).

Diante do exposto, agrega-se ao trabalho da APS a responsabilidade sob as pessoas com DRC no âmbito do SUS. É este nível de atenção em saúde que possui capacidade plena em assistir quem vive com DRC, focalizando suas ações pautadas nos princípios do SUS, nas políticas públicas, portarias ministeriais e linhas de cuidado. Estes documentos orientam os fluxos que devem ser seguidos e embasam os profissionais para a promoção, prevenção, diagnóstico, acompanhamento, formação de vínculo e manejo da DRC.

Conclusão

Os atributos da APS em relação à promoção da saúde, prevenção de agravos, educação em saúde, diagnóstico e acompanhamento baseado em vínculo, foram evidenciados pelos profissionais de forma parcial. Muitas ações são realizadas por iniciativas de alguns profissionais, mas não são tomadas como uma orientação geral por todos os profissionais, uma vez que alguns reconhecem um desconhecimento parcial ou até total de como realizar a atenção às pessoas com DRC. Percebe-se que a política de atenção à pessoa com DRC não é uma orientação do serviço que deveria buscar desenvolver educação permanente de forma mais sistemática e voltada para essa condição crônica que se expressa de modo tão grave e crescente na população, com ônus para as pessoas e para o Estado.

O conhecimento incipiente de alguns profissionais frente à assistência em saúde às pessoas com DRC pode acarretar um cuidado fragmentado e com baixa eficácia. Por esse motivo, salienta-se que é de suma importância a busca pela implementação plena das políticas já existentes e de ajustes nas mesmas de forma a serem mais operacionais.

Há alguns destaques da atuação de profissionais que seguem as orientações pautadas em ciência, o que pode evidenciar a busca por conhecimento sobre a patologia e que já acena para um interesse pela atenção às pessoas com DRC, especialmente em relação ao controle de fatores de risco. As ações de promoção da saúde parecem ser mais claramente realizadas pelos profissionais em comparação com as práticas clínicas, expressando a identidade da APS em relação às ações circunscritas ao seu campo mais direto de atuação e responsabilidade.

Este estudo poderá contribuir na assistência direta à pessoa com DRC na perspectiva da Atenção Primária à Saúde. Esta investigação demonstra os atributos essenciais que as equipes do nível de atenção básica à saúde possuem frente à DRC.

Neste quesito, é possível elucidar as ações que cabem a estes profissionais e suas incumbências.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Rosemary Fernandes Correa; DE JESUS VERAS, Valdiclea; RIBEIRO Carvalho, Dinair Brauna. Ações da equipe multiprofissional que podem contribuir para qualidade de vida dos pacientes idosos portadores de doença renal. In: Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG. 2021. Disponível em <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/congressogeriatria/article/view/2576> Acesso em 07 Out 2022

BOUSQUET-SANTOS, Kelb; COSTA, Luciane da Graça da; ANDRADE, Joanlise Marco De Leon. Estado nutricional de portadores de doença renal crônica em hemodiálise no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 1189-1199, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.11192017>

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.675 de 7 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 de jun. 2014.

BRASIL. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica-DRC no Sistema Único de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, v. 1, p. 1-37, 2014. Disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/24/diretriz-cl--nica-drc-versao-final.pdf> Acesso em 27 Mai 2021.

BRUM, Elenice *et al.* Capacitação de equipe interdisciplinar para atuação na promoção à saúde relacionada à doença renal crônica. *Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão*, v. 9, n. 3, 2017. Disponível em <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/86035> Acesso em 07 Out 2022

DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti; DALLACOSTA, Hotone; MITRUS, Lilian. Detecção precoce de doença renal crônica em população de risco. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 1, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.48714>

FARIA, Rivaldo Mauro. A territorialização da atenção primária à saúde do SUS: avaliação dos resultados práticos implementados numa cidade da região sul do Brasil. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 14, n. 29, p. 89, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.14393/Hygeia142908>

GUALDA, Dulce Maria Rosa; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; OLIVEIRA, Sônia Maria Junqueira Vasconcelos de. Abordagens qualitativas: sua contribuição para

a enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 29, p. 297-309, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1590/0080-6234199502900300297>

LAUTERT, Liana; DAL PAI, Daiane; RAMOS, Flavia Regina Souza. Metodologia de los estudos exploratório sem investigación de enfermería. In: PRADO, Marta Lenise, *et al. Investigación cualitativa em enfermería. Metodologia y didáctica*. Washington: OPS, 2013.

PEDROSO, Igor Queiroz; GUERRA, Enio Marcio Maia; DE AMORIM, Pedro Henrique Araujo. Acompanhamento da doença renal crônica na atenção primária à saúde. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 22, n. 4, p. 178-184, 2020. DOI: <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2020v22i4a9>

PENA, Paulo Félix de Almeida *et al.* Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. *Ciência & saúde coletiva*, v. 17, p. 3135-3144, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100029>

RIBEIRO, Wanderson Alves *et al.* Enfermeiro protagonista na educação em saúde para o autocuidado de pacientes com doenças renal crônica. *Revista pró-univerSUS*, v. 9, n. 2, p. 60-65, 2018. Disponível em <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1378> Acesso em 07 Out 2022.

SANTOS Moura de, Jéssika Roberta Firme *et al.* Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce. *Revista Saúde. Com*, v. 13, n. 2, p. 863-870, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.22481/rsc.v13i2.433>

SANTOS, Bianca Pozza *et al.* Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. *ABCS Health Sciences*, v. 42, n. 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.943>

SANTOS, Jéssika Roberta Firme *et al.* Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce. *Revista Saúde. Com*, v. 13, n. 2, p. 863-870, 2017. <http://dx.doi.org/10.22481/rsc.v13i2.433>

SESSO, Ricardo Cintra *et al.* Brazilian chronic dialysis census 2014. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 38, p. 54-61, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20160009>

SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa *et al.* Política pública brasileira na prevenção da doença renal crônica: desafios e perspectivas. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001708>

SOARES, Felipe Campos *et al.* Prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em portadores de doença renal crônica em tratamento conservador do serviço ubaense de nefrologia. *Revista científica UNIFAGOC-saúde*, v. 2, n. 2, p. 21-26, 2018. Disponível em <https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/saude/article/view/232> Acesso em 24 Set 2022.

TRENTINI, Mercedes, PAIM, Lygia, SILVA, Denise Guerreiro. Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá Editora, 2014.

6.2 Manuscrito 2: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ACERCA DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

RESUMO

Objetivo: Identificar o que os profissionais da saúde que atuam na APS sabem sobre a DRC e os cuidados necessários para a atenção às pessoas nessa condição. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória realizada em uma capital do sul do Brasil em três Centros de Saúde, com 17 profissionais, médicos e enfermeiros, que atuam na Atenção Primária à Saúde. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, orientadas por um guia com nove questões. Os achados foram analisados pela Análise de Conteúdo. **Resultados:** Foram construídas duas categorias intituladas (Des)Conhecimento sobre a doença renal crônica e Necessidade de suporte para o cuidado. Essas categorias são compostas por cinco subcategorias que contribuem para elucidar o conhecimento dos profissionais sobre a doença renal crônica e ferramentas que podem ajudar a dar suporte nesse cuidado. O (des)conhecimento sobre a doença renal crônica se expressa na dificuldade de reconhecimento dos fatores de risco, dos cuidados e terapêuticas que são empregadas para as pessoas nessa condição de saúde. Essa falta de conhecimento promove um cuidado descentralizado e atuação por demanda, sem buscar uma antecipação de cuidados que poderiam contribuir para o retardo o aparecimento da doença ou a prevenção de complicações. Não há uma educação permanente que ajude os profissionais a atuarem de forma mais efetiva no cuidado às pessoas com doença renal crônica. **Conclusão:** Os profissionais da saúde têm conhecimento limitado que lhes possibilite um cuidado integral e livre de riscos às pessoas com doença renal crônica. **Descritores:** Doença Renal Crônica, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Educação Permanente.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) se mostra um problema de saúde pública mundial. No cenário brasileiro esta perspectiva não é diferente, tendo em vista o aumento da incidência e prevalência da falência progressiva renal. Seu prognóstico se mostra ruim e independentemente da causa que desencadeia a DRC, suas complicações demandam investimentos das pessoas em cuidados e tratamentos, além de acarretarem grandes gastos ao SUS (ALCADE, KIRSTAJN, 2018).

Sendo uma doença crônica, o acompanhamento e o tratamento da DRC são custeados de forma total e gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema de saúde público atende toda a população brasileira nas mais diversas demandas. É a partir deste sistema que cidadãos brasileiros recebem assistência em saúde de forma integral, universal e equânime, tendo em vista a saúde ser um direito de todos e dever do estado, como previsto na constituição brasileira (PAIM, 2018).

Sendo a DRC uma doença silenciosa em suas fases iniciais e potencialmente grave, seu diagnóstico precoce permite o retardamento da diminuição da TFG que demonstra a função renal. Desta maneira, pessoas com comorbidades predisponentes

para a DRC, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a Diabetes Mellitus (DM) e doenças cardiovasculares, necessitam de avaliação anual sobre a função renal. Para esta assistência primária, no Brasil e no âmbito do SUS, destaca-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como serviço essencial para o rastreamento, vigilância em saúde, promoção da saúde e prevenção de agravamentos. É este ponto de atenção em saúde que se destaca como porta de entrada preferencial do SUS (ABREU *et al.*, 2019).

Para a consolidação da assistência em saúde da pessoa com DRC, O Ministério da Saúde criou em 2014 as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Esse documento orienta os critérios clínicos para a detecção da DRC, bem como dispõe sobre o manejo da pessoa que vive com a doença e o papel dos diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

Somado às diretrizes clínicas do Ministério da Saúde, a secretaria de saúde do governo do estado de onde este estudo ocorreu, estabeleceu a implementação da Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica. Essa linha de cuidado orienta a assistência em saúde que os diferentes níveis de atenção à saúde devem empregar quando há o diagnóstico de DRC. Para que essa linha de cuidado seja efetivada é necessário que os profissionais de saúde conheçam o conteúdo da mesma e tenham conhecimento técnico sobre essa condição crônica, os cuidados que demandam, além das ações voltadas para a promoção da saúde da população, especialmente aquelas com fatores de risco para o desenvolvimento da DRC. Pautados em uma esfera estadual, essa linha de cuidado possibilita aos profissionais visualizarem as demandas da pessoa com DRC, assim como verificar o fluxograma de encaminhamento ao médico especialista em tempo hábil, conforme estadiamento da doença.

Na inquietação de verificar como os profissionais de saúde estão preparados para a implementação dessa linha de cuidado para a assistência em saúde à pessoa com DRC na APS, este estudo foi desenvolvido para identificar o que os profissionais da saúde que atuam na APS sabem sobre a DRC e os cuidados necessários para a atenção às pessoas nessa condição.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Este estudo está orientado pelos princípios da abordagem qualitativa, sendo construído a partir do método exploratório. Esta metodologia tem o intuito de explorar

conhecimentos incipientes em determinada temática a fim de preencher lacunas, tendo em vista que o conhecimento está em constante aperfeiçoamento. Na saúde, esta metodologia se justifica quando o cuidado é percebido como uma fonte de investigação ampla, visto que é uma área abrangente e envolve de forma direta e indireta o contexto social de onde ocorre (LAUTERT, DAL PAI, RAMOS, 2013).

Local de Estudo

A pesquisa aconteceu em três centros de saúde de um município da Região Sul do Brasil. E escolha dos locais foi intencional, por haver uma aproximação prévia do pesquisador com tais locais.

Os profissionais de CS atuam na perspectiva da Estratégia Saúde da Família. Deste modo, as equipes são compostas por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. O estudo foi conduzido com profissionais de nove equipes de ESF que integravam os três CS.

Participantes

Participaram do estudo profissionais médicos e enfermeiros que atuavam há mais de um ano na ESF. Ao total, foram convidados 17 profissionais a participarem do estudo. Apenas uma profissional estava em afastamento por motivos de saúde e não participou da investigação devido ao cronograma previsto.

Previamente às visitas aos CS, o proponente da pesquisa entrou em contato via *WhatsApp* com as coordenadoras dos locais do estudo para uma primeira aproximação e consulta sobre o melhor momento de abordar os profissionais. Posteriormente foram contactados pessoalmente os profissionais dos CS a fim de convidá-los a participarem da pesquisa. Neste contato, também foi acordado a melhor data e horário para as entrevistas, sempre tendo em mente não interferir no funcionamento da unidade.

Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu nos locais de trabalho dos profissionais participantes da pesquisa. O autor dirigiu-se aos CSs em data e hora previamente agendadas com a coordenação de cada CS. Já no local, o investigador aguardou a liberação dos profissionais e conversou com cada participante dentro da sua própria sala de consultas.

Para cada profissional foi informada a temática da pesquisa, mostrando o objetivo da investigação e sanando dúvidas que pudessem surgir. Após a conversa inicial, o autor realizou uma entrevista semiestruturada com cada um dos participantes. Esta entrevista contou com um roteiro pré-definido contendo nove questões abertas. Estas questões foram construídas com o intuito conhecer a atuação dos profissionais na atenção às pessoas com DRC, explorando seus conhecimentos sobre a DRC e os cuidados necessários na atenção às pessoas nessa condição crônica ou para a detecção precoce da doença.

Todas as entrevistas foram realizadas de forma privada, com a porta trancada, evitando qualquer interferência. Esta etapa aconteceu entre os meses de junho e agosto de 2022, sendo necessária apenas uma entrevista por participante, com duração média de 20 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas através de recursos de áudio e foram transcritas em sua totalidade.

Análise de dados

Esta etapa contou com os pressupostos da análise de conteúdo de Minayo (2012). Desta forma, os achados foram transcritos na sua integralidade e lidos exhaustivamente através da organização inicial em ferramenta *Microsoft Word*. Para tal tarefa, foi criado um quadro analítico com duas colunas a fim de organizar de maneira mais objetiva os achados e os códigos a serem criados. Todas as entrevistas foram colocadas em apenas um documento *Microsoft Word* e cada uma foi sumarizada com o número da sequência em que foi realizada. Nesse processo, foram criados 57 códigos que evidenciaram sinteticamente os significados expostos nas entrevistas.

Através da ferramenta *Microsoft Excel*, os códigos foram agrupados por similaridades, totalizando duas categorias e cinco subcategorias que evidenciam o conhecimento dos profissionais acerca da atenção às pessoas com DRC

Aspectos Éticos

Esta pesquisa seguiu os critérios da Resolução nº 466/CNS de 2012. No momento das entrevistas, o pesquisador orientou os participantes sobre os preceitos éticos seguidos e apresentou duas cópias para cada profissional do TCLE. Ambas as cópias foram assinadas pelo proponente da pesquisa. Uma delas ficou sob domínio do pesquisador e a outra foi entregue ao entrevistado.

Os participantes da pesquisa foram identificados com letras e números a fim de manter o anonimato. As siglas dadas aos profissionais que participaram da pesquisa iniciaram com M (médico) ou E (enfermeiro) e em seguida um número que representou a sequência em que a entrevista foi realizada.

RESULTADOS

Na análise dos dados foram encontradas duas categorias, sendo que a primeira categoria trata do conhecimento dos profissionais em relação à DRC tomando como referência o que está proposto na Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica, e a segunda dispõe sobre os conhecimentos relacionados ao suporte para o cuidado de quem vive com DRC, como mostra o Quadro 1.

Quadro 1. Categorias e subcategorias do conhecimento sobre a DRC de profissionais médicos e enfermeiros que atuam na APS

Categorias	Subcategorias
1. (Des)Conhecimento sobre a doença renal crônica	Identificação e diagnóstico
	Fatores de risco
	Cuidados e terapêuticas
2. Necessidade de suporte para o cuidado	Políticas, protocolos e fluxogramas
	Educação permanente

Fonte: Autor, 2022

1. (Des)Conhecimento sobre a doença renal crônica

Os profissionais reconhecem a importância da identificação da DRC na APS, como um elemento que pode mudar a trajetória da doença. O reconhecimento precoce da doença é capaz de retardar o seu progresso e viabilizar um cuidado centrado na integralidade da pessoa e nas adversidades que esse novo diagnóstico incorpora.

Esse primeiro passo diagnóstico é realizado através de exames laboratoriais, histórica clínica que engloba fatores de risco e as queixas que a pessoa relata na consulta com o profissional médico ou enfermeiro. Essas informações munem o profissional para perceber a DRC instaurada, bem como informa o estágio em que a doença se encontra, possibilitando o manejo mais correto para cada momento.

Eu tenho identificado os pacientes com DRC desde o início, uma vez que eles apresentam critérios para desenvolver DRC. (M4)

A identificação tem sido através de exames laboratoriais juntamente com histórico clínico. Exames laboratoriais, tanto a microalbuminúria quanto a creatinina. Então a identificação tem sido precoce através de exames laboratoriais e histórico clínico. (M4)

Um aspecto essencial que é elencado pelos profissionais que assistem pessoas na APS são os fatores de risco. A DRC está fortemente ligada, principalmente, à HAS e à DM. Esses fatores de risco predis põem o comprometimento da função renal e diminuem as taxas de filtração glomerular. Verifica-se uma preocupação de médicos e enfermeiros quanto ao rastreio dessas comorbidades, bem como o cuidado em mantê-las dentro dos padrões da normalidade, quando já instaurada a DRC.

Minhas atividades têm sido no rastreio dos pacientes que tem alguma suspeita de doenças crônicas, seja ela hipertensão, diabetes ou DRC através de exames laboratoriais, consulta médica, consulta clínica mesmo, fazendo exame físico, exame da pressão, exame físico mesmo para avaliar como está a condição cardíaca, cardiológica... se tem algum sinal de edema ou algo do tipo. Ou histórico pessoal ou familiar prévio que sugira que a pessoa também vá desenvolver alguma doença crônica. (M5)

Ele é acompanhado aqui (com enfermeira) e aí em interconsulta com o médico de família prescreve medicação se ele já não estiver usando medicação que faz proteção renal e é orientado a questão de alimentação e controle de PA e DM. (E6)

Quando diagnosticada a DRC, faz-se necessários cuidados e terapêuticas, os quais são dispostos em documentos do Ministério da Saúde e em linhas de cuidados do governo do estado. Esses cuidados são baseados no retardamento da progressão da falência renal, visando a qualidade de vida da pessoa e evitando que a utilização de terapias renais substitutivas, como a hemodiálise.

Os cuidados e terapêuticas ofertadas no nível primário de atenção em saúde são fundamentais ao tratamento conservador. Esse tipo de tratamento é baseado em orientações pautadas na educação em saúde que possibilitam a mudança de estilo de vida, procurando a substituição de hábitos nocivos por hábitos saudáveis.

Além disso, percebe-se a necessidade de uma mudança total no estilo de vida. A ingestão de líquidos e de alimentos deve ser alterada. Estas mudanças oferecem proteção renal que, unidas à medicamentos de proteção renal e um bom controle das comorbidades favorecem o adiamento de terapias substitutivas.

Observar como estão os hábitos desses pacientes, como está a variação. (E3)

Individualmente, levando em consideração esse paciente e o contexto e outras comorbidades que ele tem, a gente faz orientação, a gente tem material informativo próprio de orientação... de sei lá... não uso de medicamentos anti-inflamatórios, até de controle de ingestão proteica. (M3)

A identificação precoce, o rastreamento frequente, a avaliação das comorbidades e as orientações pautadas na educação em saúde são ferramentas passíveis de resultados positivos frente à DRC. Profissionais da APS possuem expertise na realização destas atividades, as quais desenvolvem de forma intrínseca na sua rotina de trabalho.

Até aqui está muito igual ao que consta do artigo 1. Tem que colocar mais da perspectiva do conhecimento. Não tinha lido os dois em sequência e agora isso ficou evidente. Não precisa mudar tudo, só passar para uma perspectiva do conhecimento que eles têm.

De forma diversa, muitos profissionais mostraram um desconhecimento sobre o manejo da DRC. As considerações que os participantes da pesquisa fizeram frente ao acompanhamento de pessoas com DRC se mostrou incipiente e não segue uma linha metódica, como orienta as diretrizes clínicas do MS e a linha de cuidado do estado. É possível ainda perceber que esse (des)conhecimento se reflete em grande maioria nas falas dos enfermeiros.

Quando a gente pára para ler o tema da pesquisa que a gente se depara como realmente falta conhecimento. (E2)

Conheço bem pouco, também. Conhecimento bem raso. Na APS a gente não tem muito contato com renal crônico. (E3)

Não sei praticamente nada. (E5)

Bem... É o meu conhecimento é bem limitado nessa parte. É... quanto... eu sei o que eu vejo do dia a dia. (M2)

Tu me pegou de surpresa. Fiquei de cara porque é uma coisa que eu não tenho a mínima noção. E provavelmente esse é teu intuito mesmo. O desconhecimento, a falta dos fluxos, os pacientes ficam só com seu médico. (E9)

Necessidade de suporte para o cuidado

Embora alguns profissionais se mostrem preocupados no acompanhamento das principais comorbidades e na identificação da DRC, ainda existe um conhecimento incipiente quanto às políticas e às diretrizes no cuidado às pessoas com DRC. Quando questionados sobre a Linha de cuidados às pessoas com DRC no estado onde a pesquisa

foi realizada, os profissionais apresentaram desconhecimento, como se nem ao menos tivesse sido anunciada a aderência do estado à essa linha.

Não. Não e olha só... trabalho no estado. (M2)

Não conheço! Até se tiver e puder encaminhar meus pacientes, vou estar encaminhando. (M4)

Eu sei que tem um caderno de atenção básica que tem sobre DRC, mas fora isso nunca mais li nada. (M6)

Expressam a falta de uma orientação mais específica, como de protocolos e fluxos municipais para embasar sua assistência e melhor encaminhar as pessoas com DRC.

A gente também não tem um protocolo específico para isso. (E1)

Como não tem um protocolo específico para renal crônico, a gente acaba não tendo nada já pré-estabelecido. (E1)

Então, acredito que tendo um protocolo que a gente conheça e que a gente consiga saber dos fluxos de atendimentos. (E5)

Eu acho que poderia ser incluso no protocolo municipal, no PACK ou nos protocolos de enfermagem, talvez. O PACK é interessante, pois é para médicos e enfermeiros, né!? (E4)

Esse conhecimento incipiente implica na assistência em saúde e é reconhecido pelos profissionais. Os participantes do estudo sentem, constantemente, a necessidade de mais conhecimento. Conhecer esses fluxos e a instauração de protocolos é solicitado pelos profissionais que verificam a importância de uma assistência científica e o mais correta possível à pessoa com DRC.

Essa busca pelo conhecimento recai sobre a necessidade de uma educação permanente. Quando questionados sobre o que poderia ajudá-los a desenvolverem um cuidado mais adequado, diversos profissionais informaram a necessidade de capacitação que promovesse conhecimento e viabilizasse um cuidado mais fluído.

Eu acredito que estudando, e tendo mais educação continuada para que a gente pudesse focar mais nisso. Ações voltadas para a DRC. (E1)

Passando por uma capacitação, estudando sobre isso, compreendendo melhor sobre a temática. (E3)

Fazendo capacitações frequentes, acho né!? (E7)

Eu acho que... pensando como profissional, formação, protocolos para isso, como tem do hipertenso e do diabético. (E10)

Uma capacitação seria bem legal. Se a gente não vai atrás de entender melhor o que está acontecendo, a gente não recebe novas informações. (M4)

A busca pelo conhecimento impacta numa melhor assistência em saúde. Mune o profissional perante as patologias, atualiza sobre novas informações e sobre mudanças no campo da ciência. Além disso, acarreta melhora direta na vida de quem vive com DRC.

DISCUSSÃO

O diagnóstico precoce da DRC precede um manejo eficaz capaz de retardar a progressão da doença. A APS se apresenta como porta preferencial do SUS e possui sua demanda voltada para a população adscrita de determinado território. Os profissionais expressam seu conhecimento como realizar esse diagnóstico que envolve a escuta qualificada na demanda espontânea e a solicitação de exames laboratoriais para tal rastreio. Pereira *et al.* (2021) elencam a APS como porta de entrada para o sistema de saúde e corroboram quando informam que esse serviço é munido de ferramentas para desenvolver um cuidado integral e universal às pessoas, possibilitando diversos níveis de prevenção e níveis de atenção nos distintos pontos da rede de atenção à saúde.

Sampaio *et al.* (2020) corroboram com o diagnóstico precoce da DRC como fator importante para a prevenção da perda da função renal. Entretanto, referem em sua pesquisa-intervenção que o manejo correto por meio da promoção e prevenção, controle de níveis pressóricos, glicêmicos, lipídicos, suspensão do tabagismo, além de uma referência em tempo oportuno ao especialista, são grandes facilitadores e promotores da diminuição da perda dos rins. Ainda, os autores concluem em seu estudo que o empenho coletivo frente a uma doença crônica é capaz de qualificar o trabalho e melhorar a assistência em saúde ofertada à população.

Não obstante à identificação da DRC, o rastreio e o manejo das comorbidades que são fatores de risco para a perda da função renal se faz importante na fala de alguns participantes do estudo. Gesualdo *et al.* (2020) em um estudo de abordagem quantitativa perceberam que a identificação das condições de saúde pode favorecer a implementação de uma assistência eficaz, desde o início da perda da função renal até o momento que a pessoa está em uma terapia renal substitutiva.

Para a promoção do cuidado integral à pessoa com DRC, profissionais de saúde são orientados por diretrizes clínicas e linhas de cuidados. Estes documentos munem os profissionais quanto à assistência que os mesmos devem prestar. Entretanto, conforme relato dos profissionais, a inexistência de protocolos municipais dificulta o manejo da doença e comprometem o cuidado que deve ser desenvolvido. Costa-Alves *et al.* (2021) concluem através de uma revisão integrativa que há ainda a necessidade de construção de protocolos e fluxos no âmbito da APS para que haja uma melhor comunicação entre profissionais da medicina de família e comunidade e médicos nefrologistas. Também, salientam a necessidade de incluir a APS na formação do médico nefrologista.

Protocolos e fluxogramas embasam a assistência em saúde. São capazes de desenhar os caminhos por onde profissionais e pessoas que necessitam de cuidados devem seguir dentro das redes de atenção à saúde. Conhecer esses protocolos e fluxos assistências norteia a assistência em saúde e munem os profissionais perante as condutas clínicas, os encaminhamentos, além de embasar cientificamente o cuidado

Entretanto, para haver um cuidado direcionado à pessoa com DRC, se faz necessárias capacitações constantes. Essas capacitações são requisitas pelos profissionais entrevistados neste estudo e corroboram com lacunas que devem ser preenchidas nas diversas esferas da assistência em saúde. Isso é apresentado por Paula *et al.* (2016). Ao realizar um estudo epidemiológico transversal em 16 unidades de APS, os autores verificaram que a maior parte dos profissionais não recebeu capacitações sobre DRC o que resulta em barreiras na atenção à saúde de quem vive com esta doença. O estudo ainda apontou, que a falta de educação permanente culmina em profissionais com baixo percentual de perfil e capacidade técnica para manejo da disfunção renal.

Visto isto, a educação permanente para profissionais da APS sobre a DRC e suas adversidades deve ser encorajada e praticada. Profissionais capacitados desenvolvem uma melhor atenção em saúde e se empoderam na sua atuação como profissional de saúde.

Assim, para que haja um manejo correto e uma prevenção eficaz dos fatores de risco para o desenvolvimento e progressão da DRC, Silva *et al.* (2015) encontraram em uma revisão integrativa que profissionais enfermeiros se caracterizam como agente catalisador de programas e políticas públicas. Estas são capazes de fomentar o cuidado assistencial em saúde pleno, voltado no sujeito e orientado por diretrizes baseadas em ciência. Essa falta de conhecimento compromete o cuidado a quem vive com DRC.

Documentos que direcionam e orientam a assistência em saúde viabilizam um cuidado pautado em ciência e experiência profissional. Além disso, munem o profissional e respaldam sua assistência em saúde resultando em melhorias no cuidado e à pessoa cuidada.

Martins *et al.* (2019) ao realizarem uma pesquisa integrativa, visualizaram que as ações da enfermagem frente à pessoa com DRC são diversas. Os autores elencam que é incumbido ao enfermeiro o apoio sócio psicoemocional, preconizando um acolhimento efetivo através da escuta qualificada. Também, elencam que o profissional enfermeiro deve estar atento ao tratamento, acompanhando o regime terapêutico, promovendo atributos potencialmente positivo à saúde da pessoa. Outra ferramenta que deve ser observada pelo enfermeiro quando há a necessidade de orientação à pessoa é o autocuidado. Esse profissional é capacitado para a promoção do autocuidado, potencializando o seguimento terapêutico e a corresponsabilização para um cuidado integrado. Além disso, o enfermeiro possui capacidade técnica para monitorar respostas fisiológicas da pessoa, bem como a inclusão da rede de apoio no cuidado à pessoa.

É imprescindível que os profissionais da APS conheçam e saibam manejar pessoa com DRC. Para esta atuação, a linha de cuidados estadual às pessoas com DRC desenha as caracterizações da doença, tendo em vista seu diagnóstico e tratamento, bem como informa os fluxos pelos quais os profissionais devem referenciar as pessoas com DRC. Este documento mostra com precisão quando as pessoas com DRC devem ser assistidas junto ao especialista e quando já possuem critérios para uma das terapias renais substitutivas (GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2021).

Ainda, a linha de cuidados demonstra a APS como (co)ordenadora do cuidado, informando que mesmo quando a pessoa é acompanhada por um médico nefrologista ou quando está em alguma terapia substitutiva, a APS deve manter o vínculo, conhecendo a pessoa, tendo informações sobre as repercussões da doença na vida da pessoa e da sua rede de apoio, pautadas em um acompanhamento periódico (GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2021).

Conclusão

Muitos profissionais entendem o seu papel e a função que devem desenvolver frente às pessoas com doenças crônicas. Entretanto, há lacunas em seus conhecimentos, não sendo uma realidade para todos no manejo das pessoas com DRC.

Sugere-se que as diretrizes clínicas para o cuidado das pessoas com DRC, construídas pelo Ministério da Saúde, e linha de cuidados às pessoas com DRC orientada pelo estado sejam tomadas como referência pelos profissionais, mas ainda mais importante, pela gestão da APS, no sentido de maior divulgação das políticas públicas existentes e de educação permanente. Essas diretrizes clínicas e linha de cuidado incubem o profissional a realizar uma avaliação correta, um manejo adequado e um matriciamento com o médico especialista capaz de reduzir a perda da função renal.

Para que os profissionais conheçam e reconheçam as facetas da DRC e dos documentos norteadores para o cuidado de quem vive com DRC, se faz importante uma educação permanente. Este estudo verifica a importância de uma educação permanente para os profissionais de saúde atuantes em CS no cuidado à pessoa com DRC. Sugere-se que haja fomento de educação permanente para que o cuidado seja embasado cientificamente e longitudinal.

Além disso, aponta a importância sobre as diretrizes clínicas e linha de cuidado à pessoa com DRC, documentos estes federais e estaduais que orientam o manejo da pessoa com DRC. Vale destacar que a divulgação dessas orientações é de suma importância para que haja um cuidado integral, embasado em normas e portarias vigentes que acarretam melhor cuidado da pessoa e de sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABREU, Luana Almeida *et al.* Importância do diagnóstico precoce da Doença Renal Crônica: uma revisão de literatura: uma revisão de literatura. **Revista Atenas Higeia**, v. 1, n. 2, p. 19-23, 2019. Disponível em <http://atenas.edu.br/revista/index.php/higeia/article/view/22> Acesso em 07 Out. 2022.

ALCALDE, Paulo Roberto; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 40, p. 122-129, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-3918>

COSTA, Aberlânia Silva *et al.* A ação do enfermeiro na prevenção de doenças renais crônicas: uma revisão integrativa. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 2, 2015. Disponível em <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/840> Acesso em 09 Nov 2022.

COSTA, Pablo Rodrigues *et al.* Coordenação de cuidados primários para o paciente com doença renal crônica em diálise: revisitando papéis. **Revista de APS**, v. 24, 2021. Disponível em <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35443/24352> Acesso em 26 Out. 2022.

GESUALDO, Gabriela Dutra *et al.* Fragilidade e fatores de risco associados em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4631-4637, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.03482019>

PAULA, Elaine Amaral de *et al.* Strengths of primary healthcare regarding care provided for chronic kidney disease. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 24, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1234.2801>

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica em Santa Catarina, 2021. Disponível em <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2021/anexos-da-deliberacao-190-2021/18659-anexo-deliberacao-190-2021-linha-de-cuidado-drc-com-incremento-estadual-versao-final/file> Acesso em 09Nov 2022.

LAUTERT, Liana; DAL PAI, Daiane; RAMOS, Flavia Regina Souza. Metodologia de los estúdiosexploratórios en investigación de enfermería. In: PRADO, Marta Lenise, et al. **Investigación cualitativa em enfermería**. Metodologia y didáctica. Washington: OPS, 2013.

MARTINS, Jaqueline Dantas Neres et al. Contribuições da enfermagem na potencialização do processo de adaptação ao paciente com doença renal crônica. **Nursing** (São Paulo), v. 22, n. 257, p. 3198-3202, 2019. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i257p3198-3202>

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1723-1728, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>

PEREIRA, Paula Schwencket *al.* Importância do diagnóstico correto na prevenção de doença renal crônica. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. Vol.34,n.3,pp.21-26, 2021. Disponível em https://www.mastereditora.com.br/periodico/20210507_075019.pdf Acesso em 26 Out. 2022.

ROCHA, Gabriela Picolotto *et al.* A importância da prevenção da doença renal crônica na atenção primária. v. 1pp.62, 2020. Disponível em <http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao> Acesso em 26 Out. 2022.

SAMPAIO, Maria Auxiliadora Resende *et al.* Condições crônicas na atenção primária à saúde: intervenção para detecção precoce do adoecimento renal. **Revista Contexto & Saúde**, v. 20, n. 41, p. 99-109, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2020.41.99-109>

TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do sistema único de saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia, 2011. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547865/mod_resource/content/2/TEIXEIRA%20C%20-

%20Os%20princ%C3%ADpios%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%9Ade.pdf Acesso em 20 Nov. 2022.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da APS falaram de suas práticas e seus conhecimentos frente à DRC. Referem que estimulam o cuidado pautado nas prerrogativas da promoção da saúde e da prevenção de agravos, focalizando suas condutas terapêuticas, principalmente, na melhora dos fatores de risco que culminam na falência renal. Estas ações de promoção e prevenção são fortemente predispostas, pois existem protocolos rígidos e eficazes frente a HAS e a DM, comorbidades predisponentes para a DRC.

Este manejo clínico é realizado através de uma escuta qualificada, exames laboratoriais e de imagem, além de uma clínica que foque na integralidade dos sujeitos. Estas práticas desenvolvidas de forma eficaz culminam na melhora do estado clínico da pessoa. No encontro de protocolos e fluxos, o Brasil e o estado sede desta pesquisa possuem documentos norteadores que orientam o cuidado às pessoas com DRC. Entretanto, os profissionais de saúde da APS desconhecem os fluxos evidenciais pelos órgãos governamentais e necessitam de grande auxílio de médicos nefrologistas. Estes auxílios superlotam o sistema, fazendo com que a atenção secundária seja sobrecarregada.

Devido a necessidade de conhecimento mais profundo sobre a DRC, os profissionais que participaram do estudo solicitam uma educação permanente frequente frente à temática da DRC. A apresentação e ordenação dos fluxos inerentes ao sistema público de saúde devem ser apresentadas e seguidas pelos servidores da APS. Quando delineados e instaurados de forma eficaz, o cuidado pode ser desenvolvido de forma plena, acarretando apenas em benefícios às pessoas com DRC.

Os resultados da pesquisa informam os efeitos deletérios da DRC e as repercussões da pessoa que é diagnosticada com essa doença. A partir dos achados é possível perceber a importância da RAS frente às demandas da DRC e atuação dos profissionais na assistência em saúde em nível primário. Os dados desenham a necessidade de um acompanhamento efetivo da pessoa com DRC, bem como demonstram a necessidade da solicitação de exames laboratoriais, de imagem, alteração das medicações e o encaminhamento em momento oportuno ao especialista.

Devido ao conhecimento sobre DRC ainda ser incipiente na APS, sugere-se capacitação pautadas em educação permanente e permanente que possibilitem que os

profissionais de saúde agreguem conhecimento sobre a doença, viabilizando um cuidado científico que possibilite o retardamento dos efeitos nocivos da DRC.

Ainda, verifica-se a importância dos profissionais de saúde estarem embasados nas políticas públicas e nos documentos provenientes dos órgãos de saúde que ditam o percurso por onde a pessoa deve seguir dentro do SUS. Isso somado à educação permanente é capaz de prevenir a DRC, mas também adiar o uso de TRS às pessoas. Para tal, faz-se necessário que as políticas públicas sejam focadas nas diversas dimensões da assistência e saúde, preconizando pela realizada do local onde a pessoa é diagnosticada.

Este estudo encontrou como limitação a distância entre a cidade de coleta de dados e a de moradia do mestrando. Esta distância geográfica dificultou o acesso aos CS onde o estudo ocorreu, fazendo com que as aproximações fossem menos frequentes do que as desejadas. Além disso, o tempo de curso de mestrado foi diminuído devido a intenção do mestrando em cursar o doutorado no ano seguinte.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Luana Almeida *et al.* Importância do diagnóstico precoce da Doença Renal Crônica: uma revisão de literatura: uma revisão de literatura. **Revista Atenas Higeia**, v. 1, n. 2, p. 19-23, 2019. Disponível em <http://atenas.edu.br/revista/index.php/higeia/article/view/22> Acesso em 07 Out. 2022.
- AGUIAR, Lilian Kelen de et al. Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200044>
- ALCALDE, Paulo Roberto; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. **BrazilianJournalofNephrology**, v. 40, p. 122-129, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-3918>
- ALENCAR, Rosemary Fernandes Correa; DE JESUS VERAS, Valdiclea; RIBEIRO Carvalho, DinairBrauna. Ações da equipe multiprofissional que podem contribuir para qualidade de vida dos pacientes idosos portadores de doença renal. In: Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG. 2021. Disponível em <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/congressogeriatria/article/view/2576> Acesso em 07 Out 2022
- ALMEIDA, Onislene Alves Evangelista de *et al.* **Engaging people with chronic kidney disease in their own care an integrative review.** **Ciencia& saúde coletiva**, v. 24, p. 1689-1698, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04332019>
- BATISTA, Eraldo Carlos; DE MATOS, Luís Alberto Lourenço; NASCIMENTO, Alessandra Bertasi. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, v. 11, n. 3, p. 23-38, 2017. ISSN 1980- 7031
- BIAZI, Bruno Luis *et al.* Mortalidade e incidência de internação hospitalar por doença renal crônica entre o Brasil e os estados do Amazonas e Espírito Santo de 2008 a 2017. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 3, p. 671-687, 2022. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v8i3.4625>
- BORENSTEIN, Miriam Süsskind et al. Mercedes Trentini: a trajetória profissional e sua contribuição na inovação da pesquisa na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003400016>
- BOUSQUET-SANTOS, Kelb; COSTA, Luciane da Graça da; ANDRADE, Joanlise Marco De Leon. Estado nutricional de portadores de doença renal crônica em hemodiálise no Sistema Único de Saúde. **Ciência&SaúdeColetiva**, v. 24, p. 1189-1199, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.11192017>
- BOWE, Benjamin *et al.* Changes in the US burden of chronic kidney disease from 2002 to 2016: an analysis of the global burden of disease study. **JAMA network open**, v. 1, n. 7, p. e184412-e184412, 2018. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2018.4412

BRASIL, Ministério da Saúde – Doença Renal Crônica (DRC). Distrito Federal. 16 de Novembro de 2022. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/drc> Acesso em 26 Set 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência, 2006. Disponível em https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf Acesso em 08 Jun 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.675 de 7 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 de jun. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde apresenta atual cenário das doenças não transmissíveis no Brasil, 2021. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/saude-apresenta-atual-cenario-das-doencas-nao-transmissiveis-no-brasil#:~:text=Representante%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Pan%20Americana,de%20mortes%20em%20todo%20mundo>. Acesso em 08 Fev 2022.

BRASIL, Política Nacional de Atenção Básica. Distrito Federal, 2017. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250693.html> Acesso em 27 Mai 2021.

BRASIL. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica-DRC no Sistema Único de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, v. 1, p. 1-37, 2014. Disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/24/diretriz-cl-nica-drc-versao-final.pdf> Acesso em 27 Mai 2021.

BRASIL. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica-DRC no Sistema Único de Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**, v. 1, p. 1-37, 2014.

BRASIL. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica-DRC no Sistema Único de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, v. 1, p. 1-37, 2014. Disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/24/diretriz-cl-nica-drc-versao-final.pdf> Acesso em 27 Mai 2021

BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 389, de 13 de Março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica

(DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 mar. 2014. p. 34.

BRASIL. Portaria nº 1, de 01 de abril de 2014. **Portaria Nº 483, de 1º de Abril de 2014.** Distrito Federal. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html Acesso em 08 Fev 2022.

BRASIL. Portaria nº 1.168, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jun. 2004.

BRASIL. Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018 Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jun.2018.

BRAVO-ZÚÑIGA, Jessica *et al.* Detecção precoce de doença renal crônica: trabalho coordenado entre atenção primária e especializada em uma rede peruana de atenção renal ambulatorial. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 41, p. 176-184, 2019. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0101

BRUM, Elenice et al. Capacitação de equipe interdisciplinar para atuação na promoção à saúde relacionada à doença renal crônica. *Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão*, v. 9, n. 3, 2017. Disponível em <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/86035> Acesso em 07 Out 2022

CHUEIRI, Patrícia Sampaio *et al.* **Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde.** Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro. Vol. 52 (2014), p. 114-124, 2014. Disponível em <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142570/000992554.pdf?seque> Acesso em 27 Mai 2021

CORRÊA, Aurea Christina de Paula *et al.* A pesquisa convergente assistencial como estímulo para a consolidação da humanização da assistência de enfermagem ao parto. **Pensar Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 3-18, 2017. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/23711> Acesso em 24 Set 2021.

COSTA, Aberlânia Silva *et al.* A ação do enfermeiro na prevenção de doenças renais crônicas: uma revisão integrativa. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 2, 2015. Disponível em <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/840> Acesso em 09 Nov 2022.

COSTA, Pablo Rodrigues *et al.* Coordenação de cuidados primários para o paciente com doença renal crônica em diálise: revisitando papéis. **Revista de APS**, v. 24, 2021. Disponível em <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35443/24352> Acesso em 26 Out. 2022.

DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti; DALLACOSTA, Hotone; MITRUS, Lilian. Detecção precoce de doença renal crônica em população de risco. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 1, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.48714>

DUARTE, Cunha Gianiet *al.* Doença renal crônica: reconhecimento dos fatores de risco pelos profissionais da atenção primária. **Journal of Nursing and Health**, p. 287-297, 2016. DOI: [DOI: HTTPS://DOI.ORG/10.15210/JONAH.V6I2.5985](https://doi.org/10.15210/JONAH.V6I2.5985)

FARIA, Rivaldo Mauro. A territorialização da atenção primária à saúde do SUS: avaliação dos resultados práticos implementados numa cidade da região sul do Brasil. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 14, n. 29, p. 89, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.14393/Hygeia142908>

FERREIRA, Flaviane Torres *et al.* Ações educativas na atenção primária para prevenção da doença renal crônica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-193>

FREITAS, Maria de Jesus Rodrigues *et al.* Trajetórias assistenciais de pessoas com doença renal crônica: desafios para a Atenção Básica. **Revista de APS**, v. 24, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.29344>

FREITAS, Rafaela Lúcia da Silva; MENDONÇA, Ana Elza Oliveira. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. Carpe Diem: **Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**, v. 14, n. 2, p. 22-35, 2016. Disponível em <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/678/pdf> Acesso em 23 Jun 2021.

GEINFO, Prefeitura de Florianópolis, Centros de Saúde, 2021. Disponível em <https://sus.floripa.br/centrosdesaude/> Acesso em 13 Out 2021.

GESUALDO, Gabriela Dutra *et al.* Fragilidade e fatores de risco associados em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Ciência&Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4631-4637, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.03482019>

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2018, v. 34, n. 8 [Acessado 16 Junho 2021], e00029818. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>.

GOMES, Hanna Lorena Moraes *et al.* Enfrentamento, dificuldades e práticas de autocuidado de pacientes com doença renal crônica submetidos à diálise peritoneal. **Revista Paulista de Enfermagem (Online)**, p. 1-12, 2019. DOI: <https://dx.org/10.33159/25959484>. repen.2019v30a1

GOUVEIA, Denise Sbrissia *et al.* Análise do impacto econômico entre as modalidades de terapia renal substitutiva. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 39, p. 162-171, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170019>

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica em Santa Catarina, 2021. Disponível em <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2021/anexos-da-deliberacao-190-2021/18659->

anexo-deliberacao-190-2021-linha-de-cuidado-drc-com-incremento-estadual-versao-final/file Acesso em 03 Fev 2022.

GUALDA, Dulce Maria Rosa; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; OLIVEIRA, Sônia Maria Junqueira Vasconcelos de. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 29, p. 297-309, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1590/0080-6234199502900300297>

KIDNEY DISEASE. Improving global outcomes (kdigo) CKD work group. Kdigo. Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *KidneyIntSuppl*, v. 2013, n. 3, p. 1-150, 2012.

LAUTERT , Liana; DAL PAI, Daiane; RAMOS, Flavia Regina Souza. Metodologia de los estúdios exploratório sem investigación de enfermería. In: PRADO, Marta Lenise, *et al. Investigación cualitativa em enfermería. Metodologia y didáctica*. Washington: OPS, 2013.

LEVEY, Andrew S. *et al.* K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 39, n. 2 SUPPL. 1, p. i-ii+ S1-S266, 2002. Disponível em https://experts.umn.edu/en/publications/kdoqi-clinical-practice-guidelines-for-chronic-kidney-disease-eva?utm_medium=email&utm_source=transaction Acesso em 27 Mai 2021.

LUCCHESI, Patrícia TR *et al.* Políticas públicas em saúde pública. **São Paulo: Bireme/OPAS/OMS**, v. 90, 2004. Disponível em https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/polit_intro.pdf Acesso em 27 Set 2022.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 327-338, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. 2011. Disponível em <http://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/18758> Acesso em 27 Mai 2021.

MARINHO, Christielle Lidianne Alencar *et al.* Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. **Revista Rene**, v. 18, n. 3, p. 396-403, 2017. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300016>

MARTINS, Jaqueline Dantas Neres *et al.* Contribuições da enfermagem na potencialização do processo de adaptação ao paciente com doença renal crônica. **Nursing (São Paulo)**, v. 22, n. 257, p. 3198-3202, 2019. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i257p3198-3202>

MENDES, Eugênio Vilaça *et al.* O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012.

MENEZES, Harlon França de *et al.* Significado das ações educativas na consulta de enfermagem para clientes renais crônicos e familiares. **Revista de enfermagem da UERJ**, p. e31921-e31921, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.31921>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, p. 621-626, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de Dezembro de 2012. Brasília. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em 27 Out 2021.

NEVES, Precil Diego Miranda de Menezes et al. Brazilian Dialysis Census: analysis of data from the 2009-2018 decade. **Brazilian Journal of Nephrology** [online]. 2020, v. 42, n. 2 [Acessado 16 Junho 2021]. DOI: doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0234.

OLIVEIRA da Silva, Veronilde *et al.* Análise dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: estudo com colaboradores de uma instituição privada. **Saúde Santa Maria**, v. 43, n. 1, p. 214-224, 2017. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/231157341.pdf> Acesso em 08 Jun 2021

OLIVEIRA, Juliana Gomes Ramalho; JÚNIOR, Geraldo Bezerra; Vasconcelos Filho, José Eurico. Doença renal crônica: explorando novas estratégias de comunicação para promoção da saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8753>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Preventing Chronic Diseases a vital investments. Geneva, 2005. 182 p.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1723-1728, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>

PAULA, Cristiane Cardoso *et al.* Pesquisa convergente assistencial: produção de dados para revelação do diagnóstico de HIV para crianças e adolescentes. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 6, n. 10, p. 91-110, 2018. DOI: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2018.v.6.n.10.208>

PAULA, Elaine Amaral de *et al.* Strengths of primary healthcare regarding care provided for chronic kidney disease. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 24, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1234.2801>

PEDROSO, Igor Queiroz; GUERRA, Enio Marcio Maia; AMORIM, Pedro Henrique Araujo. Acompanhamento da doença renal crônica na atenção primária à saúde. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 22, n. 4, p. 178-184, 2020. DOI: <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2020v22i4a9>

PENA, Paulo Félix de Almeida *et al.* Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciência & saúde**

coletiva, v. 17, p. 3135-3144, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100029>

PEREIRA, Paula Schwencket *al.* Importância do diagnóstico correto na prevenção de doença renal crônica. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. Vol.34,n.3,pp.21-26, 2021. Disponível em https://www.mastereditora.com.br/periodico/20210507_075019.pdf Acesso em 26 Out. 2022.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de saúde pública**, v. 29, p. 318-325, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010>

POLIT, Denise F.; BECK, CherylTatano.Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Artmed Editora, 2011.

PORTO, Janaína Rodrigues *et al.* Avaliação da função renal na doença renal crônica. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 49, n. 1, p. 26-35, 2017. DOI: [10.21877/2448-3877.201500320](https://doi.org/10.21877/2448-3877.201500320)

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira *et al.* Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 55-63, Mar. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000100006>.

RIBEIRO, Lorena Araujo; SCATENA, João Henrique. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 95-110, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180884>

RIBEIRO, Wanderson Alves *et al.* Enfermeiro protagonista na educação em saúde para o autocuidado de pacientes com doenças renal crônica. **Revista pró-univerSUS**, v. 9, n. 2, p. 60-65, 2018. Disponível em <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1378> Acesso em 07 Out 2022.

RIEGEL, Fernando; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Referenciais teóricos e instrumentos para avaliação do pensamento crítico na enfermagem e na educação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0097>

ROCHA, Gabriela Picolotto*etal.* A importância da prevenção da doença renal crônica na atenção primária. v. 1pp.62, 2020. Disponível em <http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao> Acesso em 26 Out. 2022.

ROCHA, Welmer Danilo Rodrigues; PARIZOTTO, Nivaldo Antonio. Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem à pacientes de grupos-alvo ou com doença renal crônica na atenção primária à saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. e149101220200-e149101220200, 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20200>

ROCHA, Welmer Danilo Rodrigues; PARIZOTTO, Nivaldo Antonio. Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem à pacientes de grupos-alvo ou com doença renal crônica na atenção primária à saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. e149101220200-e149101220200, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20200>

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

SAMPAIO, Maria Auxiliadora Resende *et al.* Condições crônicas na atenção primária à saúde: intervenção para detecção precoce do adoecimento renal. **Revista Contexto & Saúde**, v. 20, n. 41, p. 99-109, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2020.41.99-109>

SANTOS Moura de, Jéssika Roberta Firme *et al.* Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce. **Revista Saúde. Com**, v. 13, n. 2, p. 863-870, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.22481/rsc.v13i2.433>

SANTOS, Bianca Pozza dos *et al.* Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. **Arquivo Brasileiro de Ciências da Saúde Health Sciences**, p. 8-14, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.943>

SANTOS, Bianca Pozza *et al.* Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. **ABCS Health Sciences**, v. 42, n. 1, 2017. DOI: DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.943>

SANTOS, Jéssika Roberta Firme *et al.* Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce. **Revista Saúde e Comunidade**, v. 13, n. 2, p. 863-870, 2017. <http://dx.doi.org/10.22481/rsc.v13i2.433>

SANTOS, Luciana Fernandes *et al.* Qualidade de vida em transplantados renais. **Psico-usf**, v. 23, p. 163-172, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230114>

SBN, Dia Mundial do Rim de 2014. Disponível em https://arquivos.sbn.org.br/pdf/texto_dmr_2014.pdf Acesso em 09 Ago de 2021.

SBN, Diálise Peritoneal. Disponível em <https://www.sbn.org.br/orientacoes-e-tratamentos/tratamentos/dialise-peritoneal/> Acesso em 09 Ago 2021

SBN. Tratamento Conservador. Rio de Janeiro, Brasil, 2021. Disponível em <https://www.sbn.org.br/orientacoes-e-tratamentos/tratamentos/tratamento-conservador/> Acesso em 23 Jun 2021

SCHENKER, Miriam; COSTA, Daniella Harth. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1369-1380, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>

SESSO, Ricardo Cintra et al. Brazilian chronic dialysis census 2014. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 38, p. 54-61, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20160009>

SEVERINO, Anália Aparecida Neves et al. Atuação do enfermeiro na prevenção da doença renal crônica na atenção primária: revisão de literatura. **RES-Revista Eletrônica em Saúde**, v. 1, n. 1, 2021. Disponível em <http://periodicos.unifacel.com.br/index.php/RES/article/view/2075> Acesso em 19 Set. 2022

SILVA, Amanda Ramalho *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Journal Brazilian psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000149>.

SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa *et al.* Política pública brasileira na prevenção da doença renal crônica: desafios e perspectivas. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001708>

SILVA, Silvia Brand *et al.* Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00013515>

SOARES, Felipe Campos *et al.* Prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em portadores de doença renal crônica em tratamento conservador do serviço ubaense de nefrologia. **Revista científica UNIFAGOC-saúde**, v. 2, n. 2, p. 21-26, 2018. Disponível em <https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/saude/article/view/232> Acesso em 24 Set 2022.

SOUZA, Edison Vitório de *et al.* Morbidade e custos públicos hospitalares pela insuficiência renal crônica. **Rev. enferm. UFPE online**, p. [1-7], 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241296>

TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do sistema único de saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia, 2011.

TORRES Cristini, Ruth *et al.* Educação em saúde como ferramenta de enfrentamento das doenças renais crônicas. **Journal of Health Connections**, v. 9, n. 2, 2020. DOI: Disponível em <http://revistaadm.made.estacio.br/index.php/journalhc/article/view/6884/47966697> Acesso em 19 Set. 2022

TRENTINI, Mercedes, PAIM, Lygia, SILVA, Denise Guerreiro. Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá Editora, 2014.

ZILLMER, Juliana Graciela Vestena; DA SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira. Significados das experiências corporais de pessoas em diálise peritoneal. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 9, n. 3, 2021. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i3.4374>

ANEXO 1 – Carta de Anuência da Escola de Saúde Pública da Prefeitura Municipal de Florianópolis



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 01 de Fevereiro de 2022.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado *“CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA POR ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”* do pesquisador responsável LUCAS ANTUNES. Declaro ainda, que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto no âmbito da sua rede assistencial de saúde. Autoriza-se, portanto, a sua execução de acordo com o combinado com a comissão de pesquisa, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH, ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade dos serviços.

Documento assinado digitalmente
gov.br Evelise Ribeiro Gonçalves
Data: 01/02/2022 08:28:0000
Verifique em <https://verificador.aj.br>

Evelise Ribeiro Gonçalves
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPS
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Florianópolis

ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA – BRASIL**

1.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1.2 Título do Projeto: CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA POR ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

1.3 Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa denominada “CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA POR ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”, que tem como objetivo Compreender como os profissionais Enfermeiros e Médicos da Estratégia Saúde da Família desenvolvem o cuidado às pessoas com Doença Renal Crônica. Este projeto pertence ao Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde à Pessoa em Condição Crônica – NUCRON, da Universidade Federal de Santa Catarina e será conduzido, por mim Acadêmico do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina sob orientação da Profa. Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva (pesquisadora responsável). Este projeto visa elucidar estratégias desenvolvidas por profissionais enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família e contribuirá para uma melhor assistência em saúde à pessoa com Doença Renal Crônica.

1.4 Sua participação consistirá em entrevista semiestruturada que abordará sobre seus conhecimentos e práticas junto às pessoas com Doença Renal Crônica. Antes de iniciar a entrevista, será entregue ao entrevistado este TCLE, o qual deverá ser assinado pelo participante, caso o mesmo concorde em participar da pesquisa.

1.5 Caso haja o aceite para participação desta pesquisa por você, sua participação constituirá no agendamento de uma data e horário conforme sua disponibilidade e responder às questões abordadas pelo pesquisador, as quais serão questões abertas e construirão uma discussão sobre seus conhecimentos sobre a assistência à pessoa com Doença Renal Crônica. No momento desta coleta de dados, o

pesquisador utilizará de uma tecnologia de gravação de áudio para posterior transcrição. Esta transcrição será encaminhada a você para validação.

1.6 Os dados ficarão armazenados em um dispositivo *pen drive* seguro qual será utilizado apenas para o armazenamento dos dados obtidos nesta pesquisa. Este aparelho ficará no domicílio do pesquisador e não será compartilhado e nem utilizado para outros fins. Após o término na pesquisa, o dispositivo se manterá no mesmo local, garantindo a sua segurança e após cinco anos será aberto no computador individual do pesquisador e todos os documentos serão excluídos permanentemente.

1.7 Os pesquisadores serão os únicos a terem acesso aos dados e suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, seu nome não será divulgado em nenhuma das fases do estudo, assegurando-se também os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Contudo, sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído de forma alfa-numérica. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados poderão ser apresentados em eventos e/ou revistas científicas da área da saúde, mostrando apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

1.8 Garantimos o ressarcimento em razão de possíveis despesas mesmo que não previstas. Garantimos igualmente, o direito a indenização por danos materiais ou imateriais comprovadamente vinculados à sua participação no estudo. Este Termo de Consentimento estará devidamente rubricado, assinado, paginado em todas as suas laudas, das quais você receberá uma cópia.

1.9 Informamos que estaremos seguindo as orientações da ética em Pesquisa de acordo com a Resolução 466/12 do CONEP. A pesquisa não acarretará riscos ou danos à integridade física, porém, você pode visualizar algum desconhecimento acerca da temática, causando algum tipo de desconforto. Caso isso aconteça, você poderá entrar em contato com o pesquisador para que juntos dialoguem sobre o ocorrido e estabeleçam a conduta preferida por você participante. Para tanto pedimos que nos informe caso se sinta de alguma maneira desconfortável. Informamos que você não terá um benefício direto, mas de forma indireta sua participação pode contribuir para a construção de novos saberes na área de enfermagem, contribuindo para o fortalecimento e o enfrentamento, possibilitando também a troca de experiências e aperfeiçoando o

cuidado prestado às pessoas com Doença Renal Crônica. Cabe salientar que, a qualquer momento, você pode se recusar a continuar participando da pesquisa e esta decisão não acarretará em danos de forma alguma.

1.10 Todos os dados levantados a partir da sua participação nesta pesquisa serão confidenciais. Para tal, seus dados pessoais serão codificados em siglas alfanuméricas a fim de garantir o sigilo. Os dados, apenas, poderão ser compartilhados em forma de ciência, artigos científicos, apresentação em eventos e documentos da biblioteca da UFSC.

1.11 O projeto de pesquisa atende a resolução CNS 466/2012 e possui a aprovação do CEPESH/UFSC que está localizado Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis, tel. 3721-609. E-mail de contato: cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativa consultivo e educativo que tem como objetivo defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade, além de contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Ressaltamos que você pode retirar o seu consentimento a qualquer momento sem nenhum prejuízo. Para tanto solicitamos que faça contato pelos telefones e emails abaixo. Estamos à disposição para tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

1.12 Este termo deve ser rubricado em todas as suas vias e assinado no campo destinado em duas vias. Uma delas ficará com o pesquisador e a outra será lhe entregue.

1.13 () Concordo () Discordo

1.14 O contato profissional do pesquisador: Profa. Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva – (48) 3721-4910; e-mail: denise.guerreiro@ufsc.br; Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário. Trindade, Florianópolis - SC, 88040-000.

O contato pessoal do pesquisador: Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva – telefones: (48) 98845-6878; e-mail: denise_guerreiro@hotmail.com; endereço físico: Rua Radialista Dakir Polidoro, n. 122, aptos 101B, Campeche. Florianópolis- SC.

O contato pessoal do pesquisador: Lucas Antunes – telefone: (48) 99954-6874; endereço de e-mail: again.lucas@gmail.com; endereço físico: Rua Heriberto Hulse 1333 – Barreiros – São José – SC, 88113-000.

Desde já agradecemos!

1.15 Eu, _____, sendo filho (a) de _____ portador (a) do documento de Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) sob a inscrição _____, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a minha decisão em deixar de participar da pesquisa, se assim o desejar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Florianópolis, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura dos pesquisadores

Assinatura do Participante

Florianópolis, ____ de _____ de 20 ____.
Em caso de necessidade, contato: Lucas Antunes
Telefone: (48) 99954-6874. E-mail: again.lucas@gmail.com

CEPSH-UFSC

Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701, Trindade,
Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094