



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

JORDY ALISSON BARROS DOS SANTOS

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE A PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL
CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JORDY ALISSON BARROS DOS SANTOS

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE A PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL
CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Me. Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

Catálogo na Fonte
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecário Jaciane Freire Santana, CRB-4/2018

S237p Santos, Jordy Alisson Barros dos.
Percepções de enfermeiros sobre a prevenção da doença renal crônica na atenção primária / Jordy Alisson Barros dos Santos. - Vitória de Santo Antão, 2021.
47 p.; il.

Orientadora: Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho.
TCC (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Enfermagem, 2021.
Inclui referências, anexo e apêndices.

1. Atenção primária à saúde. 2. Insuficiência renal crônica. 3. Prevenção secundária. I. Ramalho, Marclineide Nóbrega de Andrade (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23. ed.)

BIBCAV/UFPE - 230/2021

JORDY ALISSON BARROS DOS SANTOS

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE A PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL
CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem.

Aprovado em: 15/12/2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Me. Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dra. Ellen Cristina Barbosa dos Santos (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Me. Mariana Boulitreau Siqueira Campos (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Me. Sara Rebeca de Oliveira Lessa Mendes (Examinadora Externa)
Prefeitura Municipal do Recife

RESUMO

Objetiva conhecer as percepções dos Enfermeiros sobre as ações de controle da Doença Renal Crônica em pacientes hipertensos e diabéticos. Trata-se de um estudo observacional com caráter exploratório-descritivo e abordagem qualitativa realizado com Enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde em uma cidade do nordeste brasileiro. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas gravadas em áudio, realizadas em uma sala reservada, localizada nas Unidades Básicas de Saúde. As entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado, contendo duas partes, a primeira parte consistiu na caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes e a segunda parte foi composta pelas questões do estudo: Fale sobre a prevenção da Doença Renal Crônica nos pacientes hipertensos e diabéticos da Atenção Primária à Saúde; Como você compreende o papel do Enfermeiro na prevenção e controle da Doença Renal Crônica nos pacientes com hipertensão e diabetes aqui na sua unidade? A partir da análise das falas dos participantes do estudo foram identificadas três categorias: I - Ações de enfermagem na prevenção da Doença Renal Crônica; II - Ações interdisciplinares na prevenção da Doença Renal Crônica; III - Dificuldades na prevenção da Doença Renal Crônica. Por meio do presente estudo foi possível elucidar quais são as ações de controle da Doença Renal Crônica desenvolvidas pelo Enfermeiro e pela equipe multiprofissional na Atenção Primária, além das dificuldades enfrentadas para a eficiência dessas ações.

Palavras-chaves: atenção primária à saúde; insuficiência renal crônica; prevenção secundária.

ABSTRACT

Objective to know the perceptions of nurses about actions to control Chronic Kidney Disease in hypertensive and diabetic patients. This is an observational study with an exploratory-descriptive character and a qualitative approach carried out with nurses from Basic Health Units in a city in northeastern Brazil. Data collection took place through audio-recorded interviews, held in a private room located in the Basic Health Units. The interviews were guided by a semi-structured script, containing two parts, the first part consisted of the sociodemographic and professional characterization of the participants and the second part consisted of the study questions: Talk about the prevention of Chronic Kidney Disease in hypertensive and diabetic patients in Primary Health Care; How do you understand the role of nurses in the prevention and control of Chronic Kidney Disease in patients with hypertension and diabetes here in your unit? From the analysis of the speeches of the study participants, three categories were identified: I – Nursing actions in the prevention of Chronic Kidney Disease; II – Interdisciplinary actions in the prevention of Chronic Kidney Disease; III – Difficulties in preventing Chronic Kidney Disease. Through this study, it was possible to elucidate the actions to control Chronic Kidney Disease developed by the Nurse and by the multidisciplinary team in Primary Care, in addition to the difficulties faced for the efficiency of these actions.

Keywords: primary health care; chronic kidney failure; secondary prevention

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 7 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA..... | 9 |
| 3 OBJETIVOS | 15 |
| 4 ARTIGO | 16 |
| 5 CONCLUSÃO..... | 33 |
| REFERÊNCIAS | 34 |
| ANEXO A – NORMAS DA REVISTA | 37 |
| APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES .. | 42 |
| APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA | 43 |
| APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 44 |

1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida como uma lesão renal que leva a perda progressiva e irreversível da função renal, onde os rins não são capazes de desempenhar suas funções normais, como manter o equilíbrio hidroeletrolítico e metabólico podendo levar a complicações dos demais órgãos do corpo. Na sua fase mais avançada, a DRC é chamada de Insuficiência Renal Crônica (IRC) (ANDRADE *et al.*, 2018).

Segundo os dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), o predomínio da DRC no mundo é de 7,2% para indivíduos acima de 30 anos e 28% a 46% em indivíduos acima de 64 anos. No Brasil, estima-se que mais de dez milhões de pessoas tenham a doença. Dessas, 90 mil estão em diálise, número que cresceu mais de 100% nos últimos dez anos e por isso, na atualidade tem sido considerado um problema de saúde pública, devido ao elevado índice de sua prevalência na população e no impacto na morbimortalidade dos indivíduos portadores da DRC (BRASIL, 2019).

Como a DRC é assintomática em seus estágios iniciais, o diagnóstico precoce é de suma importância para utilização de medidas estratégicas de priorização e diminuição da progressão da doença. Para isso, torna-se necessária a solicitação de exames durante o acompanhamento na Atenção Primária a Saúde (APS), como: Sumário de urina e dosagem sérica de creatinina, nos indivíduos que constituem os grupos de risco para DRC, tais como hipertensos e diabéticos (CHANG *et al.*, 2019). Entretanto, verifica-se que o diagnóstico precoce da DRC continua sendo um desafio, principalmente na APS em que a identificação da doença é 60% menos provável que na atenção especializada. (ZÚÑIGA *et al.*, 2019).

A progressão da doença pode ser retardada, interrompida ou levada à melhores resultados clínicos na APS por meio de um conjunto de ações denominadas de Tratamento Conservador (TC) que consiste em controlar os fatores de risco para a progressão da DRC com a finalidade de preservar a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) pelo maior tempo possível (BRASIL, 2013).

Na população brasileira a DRC está fortemente associada ao Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (PINHO *et al.*, 2015). Diante disso, os fatores de risco para o aparecimento da DRC tais como DM e HAS precisam ser rigorosamente monitorados e controlados na APS que por sua vez, atua na implementação de ações de saúde, como a prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento, mediados pelos cuidados desenvolvidos pela equipe multiprofissional, em especial ao profissional de Enfermagem (BRASIL, 2014).

O rastreamento precoce desses fatores de riscos acompanhado do diagnóstico e tratamento adequado poderá prevenir a DRC ou postergar sua progressão entre os pacientes propensos a desenvolvê-la. Uma das principais estratégias adotada no Brasil para atender o modelo de atenção primária, é a Estratégia Saúde da Família (ESF), vigente no Sistema Único de Saúde (SUS) (RAHMAN *et al.*, 2017) que atua em conjunto com a população com intuito de identificar os fatores de riscos para o adoecimento e evitar o agravamento de uma doença. Nesse sentido, cabem aos profissionais de saúde da ESF entre eles os enfermeiros, a aquisição de competências que contribuam para identificação de fatores de risco, assim como o estabelecimento de estratégias preventivas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Nesse sentido, foi criado pelo Ministério da Saúde em 2002 o programa Hiperdia como uma estratégia de reorganização da APS com intuito de implantar o cadastramento dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes por meio de um sistema informatizado, permitindo acompanhar e avaliar de forma contínua os agravos e seus fatores de riscos nas UBS, a fim de promover o controle dessas doenças e garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes (VIEIRA *et al.*, 2017). Apesar disso, o sistema público de saúde não apresenta resultados eficientes na prevenção secundária de portadores de hipertensão e/ou diabetes, consequentemente muitos acabam evoluindo para uma DRC e posteriormente para uma DRC Terminal (DRCT), necessitando obrigatoriamente de algum tipo de Terapia Renal Substitutiva (TRS) para sobreviver (BRASIL, 2002).

Diante desse cenário, a assistência de Enfermagem tem relevância na prevenção, promoção da saúde e nas medidas de autocuidado incluídas na consulta de Enfermagem com relação à alimentação, controle dos níveis pressóricos, da glicemia e do colesterol, pois essas medidas resultam no controle das doenças de base nos indivíduos por meio de estratégias preventivas para evitar ou postergar o aparecimento da DRC, e assim oferecer uma melhor qualidade de vida para os pacientes.

Nesse sentido, é de suma importância a avaliação da percepção desses profissionais quanto ao seu papel na prevenção e controle da evolução da DRC na APS, assim como das dificuldades encontradas para a implementação dessa atribuição nas UBS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) vêm recebendo uma maior atenção tanto por parte dos profissionais como dos órgãos responsáveis pela promoção da saúde nas últimas décadas devido ao importante papel desempenhado na morbimortalidade da população mundial. Dentre as DCNT, destaca-se a Doença Renal Crônica, um problema de saúde pública que tem elevado de forma significativa sua prevalência e incidência na população. É uma doença de caráter lento e silenciosa que causa a perda total das funções dos rins, tais como de regulação, de excreção e endócrina, além disso, provoca disfunções metabólicas e endócrinas, distúrbios hídricos, eletrolíticos e ácido-básicos. Levando à necessidade da adoção de terapias renais substitutivas. (PAIVA *et al.*, 2018).

Clinicamente, o paciente portador de DRC pode apresentar níveis elevados de fósforo, de potássio e de paratormônio, anemia, acidose, emagrecimento, sinais de desnutrição, enfraquecimento ósseo, cansaço, diminuição da libido e do apetite. Além disso, ocorre a perda de massa muscular e gordura associada ao aumento de edema, que será o responsável pelo aumento ou manutenção do peso do indivíduo (SOUSA *et al.*, 2017). Atualmente, esse crescimento do número de casos da DRC deve-se, principalmente, ao envelhecimento da população e ao aumento no número de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus que são as principais causas da DRC no Brasil (SESSO *et al.*, 2017).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da DRC incluem: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, obesidade, dislipidemia, idade avançada, raça negra e hereditariedade. Sendo HAS e DM as principais causas para o desenvolvimento da doença, representando 60 a 70% dos casos (RAJI *et al.*, 2018).

A HAS é considerada uma doença de etiologia multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, sua presença associa-se a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo (coração, cérebro, vasos, rins e retina). As principais indicações não medicamentosas para seu controle incluem alimentação saudável, consumo controlado de sal e álcool e combate ao sedentarismo e ao tabagismo, em virtude de ser agravada por outros fatores de risco como, dislipidemia, obesidade abdominal e diabetes (CUPPARI, 2019; Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2018).

Já o DM é caracterizado pela presença hiperglicemias, seja em virtude da produção insuficiente de insulina pelo pâncreas, ou a partir da resistência à ação desse hormônio. A glicemia deve ser controlada estritamente, pois em longo prazo pode levar a complicações

vasculares de órgãos-alvo, inclusive o desenvolvimento de injúria do tecido renal, conforme ocorre na nefropatia diabética, contribuindo tanto no desenvolvimento da doença, quanto na redução da função dos rins cronicamente e mortalidade (CUPPARI, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020).

A DRC é dividida em cinco (5) estágios segundo a taxa de filtração glomerular (TFG) que vai de I (mais leve) a V (mais grave). I – pacientes com TFG maior ou igual a 90ml/min; II – pacientes com TFG de 60 a 89 ml/min; III – subdivide em dois níveis 3a, pacientes com TFG leve ou moderadamente reduzido 45 a 59 ml/min; 3b, pacientes com TFG moderada a acentuadamente reduzida 30 a 44 ml/min; IV – pacientes com TFG de 15 a 29 ml/min; V – pacientes com falência renal TFG menor que 15 ml/min (JOHNSON et al., 2016). A TFG por sua vez, corresponde à medida da depuração de uma substância que é filtrada livremente pelos glomérulos, desse modo, não passa por reabsorção ou secreção tubular, portanto é comumente usada como medida padrão para a avaliação da função renal (DE SOUZA BRITO *et al.*, 2016).

No estágio I, encontram-se os pacientes com função renal normal, porém com presença de proteinúria ou hematúria glomerular ou alteração no exame de imagem. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de riscos modificáveis de progressão da DRC: controlar a glicemia, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças vasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida (BRASIL, 2014).

No estágio II, os pacientes manifestam pequena perda da função dos rins, sendo esse o estágio mais precoce da insuficiência renal, conhecido como fase pré-insuficiência renal. Nesse estágio, os rins são capazes de manter as suas funções básicas, a creatinina sanguínea apresenta valores próximos dos de referência normal. É comum encontrarmos idosos nesse estágio, no entanto se não apresentarem doenças que afetam os rins ou associadas a DRC, a perda da função renal não causa maiores problemas a médio/longo prazo, já que ao longo dos anos os rins vão perdendo as funções naturalmente devido ao envelhecimento (PINHEIRO, 2018).

No estágio III, as complicações associadas a DRC nessa fase da progressão são constantes, e todas devem ser avaliadas e tratadas corretamente. Nesse estágio os rins já têm reduzida capacidade de produzir a eritropoetina, hormônio que controla a produção de hemácias pela medula óssea, levando o paciente a apresentar anemia progressiva. É frequente o aparecimento de doença óssea, como a osteodistrofia, devido o aumento do paratormônio e diminuição na produção de vitamina D, hormônios que controlam a quantidade de cálcio nos

ossos e sangue. O aparecimento de albuminúria maior que 30mg/24h é um marcador que indica dano renal que identifica os pacientes com nefropatia que estão evoluindo para os estágios IV e V. Nesse estágio os pacientes devem iniciar o tratamento e serem acompanhados por um nefrologista, pois nesse ponto, há uma progressão rápida da DRC caso o tratamento não seja iniciado (RIELLA, 2010).

O estágio IV, também conhecido como pré-dialítico, o paciente apresenta algumas complicações relacionadas à DRC como HAS, doenças cardiovasculares, doenças óssea, anemia, dislipidemia, neuropatia, desnutrição e edemas. É necessário tratar de forma adequada todas as complicações, tendo por objetivo reduzir os riscos cardiovasculares, visto que muitos pacientes chegam a óbito em consequência de um evento cardiovascular (RIELLA, 2010).

No estágio V, os rins já não possuem a mesma funcionalidade em controlar o meio interno e os distúrbios metabólicos podem ser críticos, com o aumento de potássio no sangue podendo causar arritmias cardíacas, retenção de ácidos, perda de apetite, náuseas, perda de peso e desnutrição. Nesse estágio, o paciente necessita de uma Terapia Renal Substitutiva (TRS) para realizar as funções dos rins. Dentre as modalidades de TRS se inclui a Hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) ou transplante renal (MORSCH *et al.*, 2011).

A hemodiálise é o tratamento mais utilizado entre os portadores de DRC e consiste em uma técnica de filtração por membranas que fazem a difusão de solutos de baixo peso molecular, sendo um procedimento invasivo e desgastante para o paciente, já que o tempo de cada sessão é alto e a periodicidade desse tratamento costuma ser de três vezes por semana, debilitando fisicamente o paciente, além de exigir do mesmo um alto nível de cuidado e limitações (SANTOS, 2017).

Os principais componentes do sistema de HD são o rim artificial ou dialisador; os respectivos dispositivos mecânicos que bombeiam o sangue do paciente e o dialisato (líquido de composição específica, usado para realização da HD). O sangue do paciente é impulsionado por uma bomba, chega até o dialisador onde é exposta a solução de diálise, ocorrendo a retirada de líquidos, excesso de sal, toxinas e resíduos prejudiciais a saúde. Além disso, é responsável por controlar a pressão arterial, ajudando o corpo a manter o equilíbrio de algumas substâncias como sódio, uréia, potássio e creatinina (SBN, 2019).

Já a Diálise Peritoneal é o tratamento em que o processo de filtração ocorre dentro do próprio organismo do paciente. O peritônio, uma membrana semipermeável que atua como um filtro natural que substitui a atividade dos rins. Na cavidade peritoneal que fica entre os principais órgãos abdominais, é colocado e drenado um líquido de diálise na cavidade através

de um cateter, este cateter é permanente e indolor. Existem duas maneiras de dialisar: Diálise peritoneal ambulatorial continua é feita de forma manual e a Diálise peritoneal automatizada que é realizada por meio de uma máquina cicladora que drena o líquido. Esse tipo de diálise após um tempo, o paciente pode realizar a domicilio de maneira independente (SBN, 2019).

Por último, o transplante renal é considerado a alternativa de substituição renal mais completa. Nesse tipo de TRS, o rim é doado por um doador vivo ou falecido e transplantado no paciente portador da DRC, o rim implantado passa a exercer as funções de filtração e eliminação de líquidos e toxinas. O receptor será aquele que for mais compatível com o órgão do doador, para verificar isso são realizados diversos exames. Mesmo após o transplante do rim, o paciente deve ser acompanhado e fará uso de medicamentos chamados de imunossupressores que tem objetivo de reduzir a rejeição do rim implantado (SBN, 2019).

No Brasil, o acesso universal aos serviços de saúde, além de ser um direito constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais e constitui um dos direitos fundamentais de cidadania. De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal (CF) (BRASIL, 1988), a saúde é “direito de todos e dever do Estado”, deixando clara a universalidade da cobertura do SUS. Os itens da CF referentes à saúde somente foram regulamentados em 1990 através das Leis 8.080 e 8.1424. Estas leis, baseadas nos preceitos constitucionais, definem os princípios doutrinários e organizativos que norteiam a construção do SUS (BRASIL, 2003).

Os serviços oferecidos na APS têm colaborado para atender a população em seus agravos de menor complexidade e através de uma dinâmica dialógica, profissionais e pacientes tem se tornado mais próximos e o cuidado com a saúde passa a ser tratado em uma perspectiva autônomo, dialógico e dotado de corresponsabilidade. Ao longo dos anos, alguns programas foram instituídos na APS com a finalidade de auxiliar nas ações de prevenção e promoção da saúde da população, nessa perspectiva, o Programa Hiperdia foi implementado em 2001 pelo Ministério da Saúde para melhor o acompanhamento dos pacientes com diagnóstico de HAS e DM bem como para mapear e monitorar os grupos de riscos a fim de evitar uma progressão para DRC. Desse modo, a assistência ofertada por meio desse programa na APS não se resume em aferir a pressão arterial, mensurar os níveis glicêmicos e distribuir fármacos, é um serviço que auxilia tanto na prevenção quanto na redução dos agravos associados à HAS e DM que por sua vez tem como principal complicação a DRC (BRASIL, 2002)

A Política Nacional da Atenção ao Portador de Doença Renal é recente no Brasil, foi instituído pela portaria nº 1168/GM em 15 de junho de 2004, revela a disposição política do

Ministério da Saúde em mudar o modelo existente, baseado em procedimentos centrado no alto custo e caracterizado na gestão pública pela falta de integração entre os níveis de atenção. Assim, estabelece uma série de medidas a serem desenvolvidas em todos os níveis de saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Diante disso, a Política Nacional da Atenção ao Portador de Doença Renal traz a necessidade da construção de um modelo de atenção integral e integrada aos pacientes com hipertensão e diabetes, construído a partir da atenção básica, ficando a média e a alta complexidade com as ações suplementares. O objetivo é reduzir o grande número de pacientes que chegam à diálise (BRASIL, 2004).

No contexto nacional, o Ministério da Saúde elaborou no ano de 2006 o caderno de AB “prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais”, sendo considerada a primeira iniciativa brasileira de ação organizada visando a prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares e renal crônica em larga escala, tendo como finalidade sistematizar as ações recomendadas com base nos fundamentos científicas. Isso requer um empenho conjunto dos gestores públicos federais, estaduais e municipais, das sociedades científicas, das instituições de ensino, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral para obtenção de êxito no processo de prevenção e controle das doenças, dentre elas a DRC (BRASIL, 2014).

Na esfera gestora de saúde pública é função da APS, através da atuação da equipe multidisciplinar realizar programas bem como elaborações de educação, controle da HAS e do DM e prevenção da DRC. Nessa perspectiva, vale destacar a atuação do Enfermeiro da APS que necessita direcionar os seus cuidados para os pacientes portadores de alguma doença de base e de forma individualizada, promover um cuidado sistematizado e direcionado a fim promover sensações positivas, encorajar o autocuidado e favorecer a autonomia destas pessoas. São extremamente importantes as explicações e as informações passadas para o paciente e sua família em relação à DRC, opções de tratamento e complicações potenciais (FREITAS *et al.*, 2016)

O Enfermeiro da APS atua na promoção da saúde de acordo com as dificuldades de cada usuário, sendo necessário detectar os grupos de risco, bem como os indivíduos com a doença já instalada. O enfermeiro exerce papel importante de cuidador, educador e possui compromisso ético-profissional, que o torna um dos grandes responsáveis por sistematizar e incentivar o autocuidado, além de ser o encarregado por diagnosticar, acompanhar e monitorar os usuários da APS. Por isso, é necessário desenvolver atividades de promoção da saúde de forma educativa, para reduzir a incidência de DRC e melhorar a qualidade de vida da

população, como também aconselhar e mostrar caminhos para que enfrentem e se adaptem ao novo hábito de vida e à sua condição de saúde (TRAVAGIM *et al.*, 2009)

É importante salientar ainda que é de responsabilidade do enfermeiro a transmissão de conhecimentos sobre a doença para o paciente e seus familiares, promovendo deste modo, conforto e auxiliando-os, para que aprendam a conviver melhor com essa doença crônica. O paciente necessita entender perfeitamente, desde o início do programa hemodialítico que sua negligência quanto ao tratamento, trar-lhe-á graves consequências. O enfermeiro terá de comunicar ao paciente as orientações corretas para que ele possa decidir adequadamente sobre suas responsabilidades (RIBEIRO *et al.*, 2016)

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Compreender a percepção dos Enfermeiros sobre seu papel e os recursos disponíveis na Atenção Primária à Saúde para prevenção e controle da Doença Renal Crônica em usuários com hipertensão e/ou diabetes em Vitória de Santo Antão - PE no ano de 2021.

Objetivos Específicos:

- Averiguar como ocorre o atendimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes pelos Enfermeiros da APS;
- Identificar os recursos disponíveis para o desenvolvimento das ações de prevenção e controle da DRC em usuários com hipertensão e/ou diabetes pelos Enfermeiros;
- Averiguar a motivação dos Enfermeiros para o desenvolvimento das ações de prevenção e controle da DRC em usuários com hipertensão e/ou diabetes.

4 ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **ENFERMAGEM EM FOCO**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

Jordy Alisson Barros dos Santos¹

(<https://orcid.org/0000-0001-7735-8228>)

Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho²

(<https://orcid.org/0000-0002-1911-6017>)

PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

RESUMO

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo conhecer as percepções dos Enfermeiros sobre as ações para o controle da Doença Renal Crônica.

Métodos: Trata-se de um estudo qualitativo realizado, mediante entrevista individual semiestruturada, no segundo semestre de 2021, com 13 enfermeiros que trabalham na Atenção Primária à Saúde em uma cidade do nordeste do Brasil. Os dados foram analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo.

Resultados: Foram identificadas três categorias: I - Ações de enfermagem na prevenção da Doença Renal Crônica; II - Ações interdisciplinares na prevenção da Doença Renal Crônica; III - Dificuldades na prevenção da Doença Renal Crônica

Conclusão: O presente estudo elucidou como as ações de controle da Doença Renal Crônica são desenvolvidas pelo Enfermeiro e pela equipe multiprofissional na Atenção Primária, além de apontar as dificuldades para o cumprimento com efetividade dessas ações. Dessa maneira, parece ser essencial reconhecer as dificuldades para a realização da prevenção da doença renal crônica na atenção primária à saúde levando em consideração que o tratamento e o bom controle das doenças prévias, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, são indispensáveis neste processo.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Insuficiência Renal Crônica; Prevenção Secundária; Educação em Saúde; Enfermagem.

NURSES PERCEPTIONS ABOUT CHRONIC KIDNEY DISEASE PREVENTION IN PRIMARY CARE

ABSTRACT

Objective: This study aimed to understand the perceptions of nurses about actions for the control of Chronic Kidney Disease.

Methods: This is a qualitative study carried out, through semi-structured individual interviews, in the second half of 2021, with 12 nurses working in Primary Health Care in a city in northeastern Brazil. Data were analyzed using Thematic Content Analysis.

Results: Three categories were identified: I – Nursing actions in the prevention of Chronic Kidney Disease; II – Interdisciplinary actions in the prevention of Chronic Kidney Disease: activities carried out together with Other health professionals in the prevention of Chronic Kidney Disease; III – Difficulties in preventing Chronic Kidney Disease

Conclusion: The present study elucidated how the actions to control Chronic Kidney Disease are developed by the nurse and by the multidisciplinary team in Primary Care, in addition to pointing out the difficulties for the effective fulfilment of these actions. Thus, it seems to be essential to recognize the difficulties in carrying out the prevention of chronic kidney disease in primary health care, taking into account that the treatment and good control of previous diseases, such as systemic arterial hypertension and diabetes mellitus, are essential in this regard in this process.

Descriptors: Primary Health Care; Chronic Kidney Failure; Secondary Prevention; Health Education; Nursing.

PERCEPCIONES DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EM LA ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo comprender las percepciones de los enfermeros sobre las acciones para el control de la Enfermedad Renal Crónica.

Métodos: Se trata de un estudio cualitativo realizado, a través de entrevistas individuales semiestructuradas, en el segundo semestre de 2021, con 12 enfermeros que laboran en Atención Primaria de Salud em uma ciudad del noreste de Brasil, a través de entrevistas individuales semiestructuradas, em el segundo semestre de 2021. Los datos fueron analizados mediante Análisis de Contenido Temático.

Resultados: Se identificaron três categorías: I – Actuaciones de enfermeira en la prevención de la Enfermedad Renal Crónica; II – Actuaciones interdisciplinarias en la prevención de la Enfermedad Renal Crónica; III – Dificultades en la prevención de la Enfermedad Renal Crónica.

Conclusión: El presente estudio esclareció como las acciones de control de la Enfermedad Renal Crónica son desarrolladas por la Enfermera y por el equipo multidisciplinario en Atención Primaria, además de señalar las dificultades para el cumplimiento efectivo de estas acciones. Así, parece fundamental reconocer las dificultades para llevar a cabo la prevención

de la enfermedad renal crónica em la atención primaria de salud, considerando que el tratamiento y buen control de enfermedades previas, como la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus, son indispensables en este processo.

Descriptor: Primeros auxílios; Insuficiencia Renal Crónica; Prevención secundaria; Educación para la salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma patologia de evolução lenta e assintomática o que dificulta o diagnóstico precoce, sendo identificada, muitas vezes nos estágios avançado da doença ^{1,2}. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível das funções renais, como consequência do comprometimento progressivo da capacidade de filtração do sangue pelos rins, como também dificuldade para a manutenção da homeostase, sendo necessário, em decorrência disso, a utilização de Terapia Renal Substitutiva (TRS) ³. A DRC é classificada em cinco estágios de acordo com a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e seu diagnóstico ocorre por meio da diminuição da TFG a níveis abaixo de 60ml/min, por um período de 3 meses ⁴.

No Brasil, a DRC é ocasionada, principalmente, pelo mal controle de doenças como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) que de forma gradativa causam processos inflamatórios que resultam em lesão glomerular, alterações hemodinâmicas e funcionais nos glomérulos e representam de 60% a 70% dos casos de DRC ⁵. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a forma mais eficaz de prevenir o desenvolvimento da DRC se dá através do tratamento e do controle dos fatores de risco, principalmente a HAS e o DM. Tais doenças são acompanhadas por meio do programa hiperdia, programa esse, criado com intuito de avaliar e acompanhar pacientes hipertensos e diabéticos, bem como auxiliar na prevenção e na redução dos agravos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ⁶.

Sendo assim, a Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se a principal porta de entrada da população para os serviços de saúde ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa maneira, a equipe multiprofissional desempenha um papel importantíssimo na Estratégia Saúde da Família (ESF) para que o paciente seja atendido de forma integral e universal, tendo acesso a todos os tipos de serviços ofertados na APS. Com isso, torna-se possível um acompanhamento contínuo e integrado que poderá prevenir ou postergar o desenvolvimento de outras doenças, dentre elas a DRC ^{7,8}.

O Enfermeiro enquanto membro da equipe multiprofissional, atua diretamente na prevenção de doenças, como promotor da saúde e possui papel importantíssimo no desenvolvimento de estratégias individuais e coletivas que visem a prevenção de doenças. Para tanto, a educação em saúde, bem como as medidas para promoção, controle e acompanhamento de doenças, como a HAS e o DM, são objetos de foco e ação do enfermeiro 9,10,11

Tendo em vista que no Brasil a hipertensão e o diabetes são os principais fatores de risco para o desenvolvimento da Doença Renal Crônica e que o número de pacientes que evoluem para a doença tem aumentado nas últimas décadas, é importante compreender a percepção dos Enfermeiros sobre seu papel no controle da DRC junto aos usuários da Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, conhecer quais os recursos usados por eles no controle e na prevenção dos fatores de riscos, com intuito de evitar a evolução e/ou retardar o aparecimento da DRC, promovendo a saúde e o bem estar dos usuários da APS faz-se necessário. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo conhecer as percepções dos Enfermeiros sobre as ações de controle da Doença Renal Crônica, com o seguinte questionamento: Como os Enfermeiros percebem as ações de controle da DRC desenvolvidas com os pacientes acompanhados na Atenção Primária?

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional com caráter exploratório-descritivo e abordagem qualitativa.

Local de estudo

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em uma cidade da região do nordeste brasileiro. Nessas UBS além de atender cerca de 80% dos problemas de saúde da população, são atendidos também pacientes hipertensos e diabéticos de forma individualizada e coletiva por meio das consultas de Enfermagem, como também de forma multiprofissional (médico, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico) visando à promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde dos indivíduos.

Participantes do estudo

O estudo foi realizado com 13 Enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município. Foi excluído 01 Enfermeiro que estava de férias no período da coleta de dados, e 04 não aceitaram participar. Os critérios de inclusão adotados foram: Enfermeiros que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde da cidade do nordeste do Brasil. Como critério de exclusão adotou-se: Enfermeiros que estejam de férias, de licença maternidade ou qualquer outro tipo de afastamento.

Coleta de dados – Instrumento(s) e procedimentos de coleta

Antes de iniciar a coleta, foi realizado um estudo piloto para validação do instrumento de coleta de dados. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas gravadas em áudio, realizadas em uma sala reservada, localizada nas Unidades Básicas de Saúde, agendadas previamente, conforme as disponibilidades de cada participante. A amostragem se deu por conveniência. As entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado, contendo duas partes, a primeira parte consistiu na caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes e a segunda parte foi composta pelas questões do estudo: Fale sobre a prevenção da DRC nos pacientes hipertensos e diabéticos da APS; Como você compreende o papel do Enfermeiro na prevenção e controle da DRC nos pacientes com hipertensão e diabetes aqui na sua unidade?

Para encerramento da coleta de dados foi utilizado o critério de saturação dos dados, sendo entrevistados enfermeiros até que os dados se tornassem repetitivos ou apresentassem certa redundância ¹². O período de coleta de dados foi de 10 de junho a 27 de setembro de 2021.

Procedimentos de análise e tratamento dos dados

Para manter a privacidade dos Enfermeiros, elegeu-se a letra “E” de enfermeiro, para identificá-los, seguido pelo número que indica a ordem em que a entrevista foi realizada. Os dados foram transcritos e analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo de Bardin, ¹³ a qual pressupõe uma leitura aprofundada do material coletado, com foco em um tema e, através desta, pode-se compreender nos discursos, a complexidade e representatividade. Posteriormente, os dados foram agrupados em categorias, conforme as semelhanças e diferenças das falas dos participantes e discutidos à luz do referencial do Ministério da Saúde que trata da prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica ¹⁴ e

do Plano de ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil ¹⁵.

Aspectos éticos

Foram respeitados os princípios éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, previstos na resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFPE sob o seguinte código CAAE: 45614921.0.0000.5208. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para preservar o anonimato dos participantes eles foram identificados pela letra "E" de enfermeiros, seguido do número sequencial de realização da entrevista.

RESULTADOS

Os participantes do estudo foram caracterizados quanto ao sexo, idade, tempo de formação, tempo de serviço e pós-graduação (tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos Enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde.

| Variáveis | n(%) |
|-----------|-----------|
| Sexo | |
| Feminino | 12(100%) |
| Masculino | 0(0%) |
| Idade | |
| 25 a 34 | 9(75%) |
| 35 a 44 | 2(16,66%) |
| 45 a 54 | 1(8,33%) |

Tempo de formação

| | |
|----------|-----------|
| -1 ano | 0(0%) |
| 1-5 anos | 5(41,66%) |
| +5 anos | 7(58,33%) |

Tempo de serviço

| | |
|-----|-----------|
| -1 | 6(50%) |
| 1-5 | 1(8,33%) |
| +5 | 5(41,66%) |

Possui pós-graduação

| | |
|------------------------|-----------|
| Saúde da família | 3(16,66%) |
| Obstetrícia | 3(16,66%) |
| Enfermagem do trabalho | 3(16,66%) |
| Saúde pública | 2(11,11%) |
| Saúde da mulher | 2(11,11%) |
| Saúde coletiva | 1(5,55%) |
| Saúde da criança | 1(5,55%) |
| Urgência e Emergência | 1(5,55%) |
| Não possui | 2(11,11%) |

A partir da análise das falas dos participantes do estudo foram identificadas três categorias, apresentadas na figura 1.

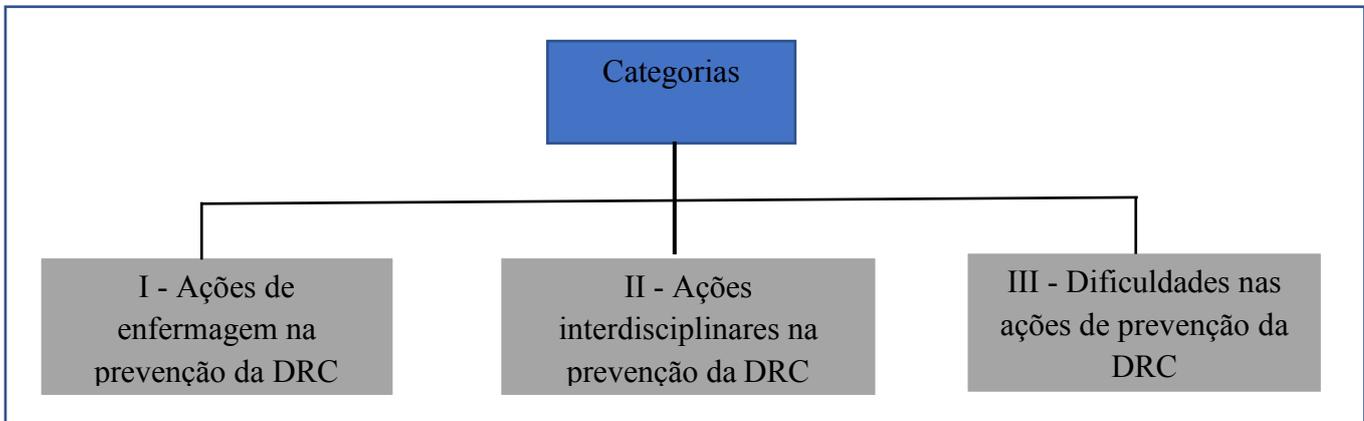


Figura 1. Categorias temáticas identificadas no estudo

I - Ações de enfermagem na prevenção da DRC

Os participantes relatam realizar ações para prevenir a DRC com os pacientes, que incluem: consultas individuais, solicitações de exames laboratoriais, educação em saúde com os grupos do hiperdia e rodas de conversa.

[...] A prevenção da DRC é feita através do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos nas consultas. Nos atendimentos, verificamos tanto a pressão arterial como também o HGT dos pacientes e também orientamos eles nos encontros do hiperdia sobre alimentação, prática de exercícios físicos... [...] A cada 6 meses a gente solicita exames laboratoriais de rotina, justamente pra ver como tá as taxas desses pacientes e se há alguma alteração. (E01)

[...] No grupo do hiperdia a gente conversa com eles, explica sobre os cuidados com a alimentação, medicação no horário certo, a importância de realizar exercícios físicos, ingestão de água... A gente também realiza as consultas, solicitamos exames de rotina: creatinina, ureia, sumário de urina... [...] todos os exames que a gente puder solicitar. Geralmente a gente solicita a cada 6 meses ou a cada ano pra monitorar as taxas deles. (E09)

[...] A gente realiza as consultas de hiperdia, aferimos a pressão e o HGT dos pacientes... [...], orientamos também sobre a ingestão de água. Nas consultas a cada 6 meses a gente solicita exames laboratoriais pra avaliar ureia, creatinina... [...] A gente também faz roda de conversa com os pacientes do hiperdia uma vez ao mês, orientamos os pacientes sobre alimentação, a importância de se cuidar, a questão da medicação e estimula a ingestão de líquidos. (E10)

Os participantes relatam usar equipamentos como estetoscópio nas consultas para acompanhar os pacientes hipertensos e diabéticos e referem que as orientações de educação

em saúde ocorrem tanto nas consultas individuais como por meio de rodas de conversa coletivas com o intuito de promover a propagação do conhecimento sobre as formas de prevenção da DRC.

[...] A gente tem os equipamentos básicos como esfigmomanômetro, glicosímetro, estetoscópio, além disso as atividades educativas, o acompanhamento com os profissionais disponíveis na UBS e no NASF, os exames laboratoriais e as visitas domiciliares naqueles que não podem se locomover até a unidade. A prevenção é a melhor forma de evitar o aparecimento de novas doenças como a DRC. (E10)

[...] A gente tem o esfigmomanômetro pra aferir a pressão, temos o aparelho pra medir o HGT, balança, fita antropométrica. Como também sou terapeuta, eu faço auriculoterapia, acupuntura, também faço ventosaterapia, trabalho com hipnose também e são técnicas que estão dando resultado. Faço meditação antes das atividades. (E11)

[...] A gente tem os equipamentos básicos como estetoscópio, esfigmomanômetro, o glicosímetro e os exames que é quando a gente observar melhor como estão as taxas dos pacientes, o acompanhamento com o NASF e as medicações que vai ajudar na normalização das taxas. (E12)

Para o desenvolvimento das ações de prevenção da DRC, os participantes relatam ter facilidade tanto no encaminhamento como na realização de exames laboratoriais ofertados pelo município.

[...] Em relação aos exames, não tem burocracia, os pacientes conseguem ter o acesso gratuito pelo laboratório. Eu acho até uma vantagem, porque eles marcam a tarde e no dia seguinte já conseguem realizar os exames, não tem demora [...]. (E01)

[...] O município oferta os exames laboratoriais de forma gratuita. A gente solicita, o paciente recebe o receituário e ele vai marcar os exames. Os laboratoriais são mais rápidos [...]. (E03)

[...] A gestão fornece tudo suporte que a gente precisa com os exames laboratoriais, isso não tem o que reclamar, é tudo gratuito [...]. (E07)

II - Ações interdisciplinares na prevenção da DRC

Também foram evidenciadas nas falas dos participantes o desenvolvimento de ações realizadas em conjunto com a equipe multiprofissional do NASF e sua importância no controle e tratamento da HAS e DM, e, conseqüentemente na prevenção da DRC.

[...] Quando a gente identifica alteração, encaminhamos para o profissional médico. O NASF se fazia presente com educador físico, nutricionista. Nesses encontros a gente abordava a questão da alimentação, evitar sódio, ter cuidado com o açúcar. Falávamos sobre a importância de realizar atividades físicas. Eram encontros bem proveitosos que acontecia uma vez no mês. (E01)

[...] A gente encaminha para outros profissionais, nutricionistas, endocrinologista, cardiologista. Eles são acompanhados pelo NASF, pedimos suporte ao psicólogo, na grande maioria das vezes as pessoas não aceitam a doença, pedimos também apoio a nutrição para que oriente eles sobre a alimentação, tem também o

educador físico para orienta-los sobre a importância de realizar uma atividade física, como também o fisioterapeuta. (E03)

[...] Quando alguma taxa da alterada, eu encaminho para a médica pra ela avaliar também. Além disso a gente faz acompanhamento com a nutrição para ver a questão da alimentação, níveis de sódio e potássio, com o pessoal no NASF, aqui funciona dessa forma: Todo mês a gente agenda uma reunião matriciamento e nessa reunião a gente aponta quais são as demandas, as vezes vem educador físico, fisioterapeuta, nutricionista... A gente orienta sobre a alimentação, estilo de vida e a prática de exercícios físicos. (E05)

III – Dificuldades na prevenção da DRC

Como o estudo foi desenvolvido durante a pandemia da COVID-19, os relatos de alguns participantes apontam que as medidas restritivas dificultaram à continuidade das ações de prevenção da DRC junto aos pacientes cadastrados.

[...] Hoje, a principal dificuldade é a pandemia, ela nos impede de chegar até os pacientes na comunidade, porque muitas vezes, muitos fecham as portas e não querem nos receber, porque acham que estamos contaminados. A procura deles pela unidade diminuiu bastante, mas de duas semanas pra cá, a gente tem notado um aumento do fluxo, por conta da diminuição do número de casos por causa da vacinação. (E01)

[...] Por conta da pandemia, a gente não atendia consulta de rotina, só urgência. As consultas do hiperdia ficaram um pouco de lado, até pra não aglomerar. Mas agora devido a vacinação tá voltando os atendimentos normais. (E05)

[...] Teve uma dificuldade durante o pico da pandemia, pois tivemos redução nos atendimentos e ficou um pouco difícil monitorar esses pacientes. A gente só atendia urgência, sinais e sintomas de covid e atendimento de gestantes, as consultas de rotina foram canceladas. Mas agora tudo tá voltando ao normal. (E07)

[...] E devido a pandemia, os atendimentos só por agendamento e todos grupos foram suspensos, inclusive o grupo do hiperdia. A gente aferia as pressões e a glicemia. Mas atendimento só quando tinha alguma urgência, uma pressão elevada ou glicemia descompensada. Agora tá voltando aos poucos os atendimentos. (E09)

Por meio das falas de alguns entrevistados foi possível identificar dificuldades relacionadas à não adesão por parte dos pacientes ao tratamento e controle da HAS e DM, o que na visão dos participantes, pode agravar o estado de saúde desses usuários.

[...] A maior barreira é a adesão da parte dos pacientes, a gente tem muita dificuldade, mesmo que a gente vá atras, mas ainda tem alguns que não vem para as consultas, esquece de tomar o medicamento, não tem boa alimentação... Tudo isso agrava pode agravar seu estado de saúde. (E02)

[...] Hoje a maior dificuldade é a adesão do paciente, como falei, tem uns que aceita as doenças e segue as orientações, mas também tem aqueles que não aderem e isso agrava ainda mais a saúde do paciente e ele pode evoluir para uma DRC. (E03)

[...] Encontro mais dificuldades com os pacientes, como te falei muitos não aderem o tratamento corretamente, esquecem de tomar a medicação, alguns comem o que não devem... tudo isso dificulta. (E08)

[...] Uma das dificuldades é em relação a adesão dos pacientes no tratamento, uns aderem à risca e outros não. (E11)

Ainda no que tange as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no que se refere a prevenção e o controle da DRC, alguns profissionais relatam dificuldade com a grande quantidade de usuários que necessitam de acompanhamento.

[...] E a demanda também, a gente até quer atender todo mundo, mas fica difícil. (E08)

[...] As maiores dificuldades são com relação a demanda dos pacientes, temos muitos pacientes hipertensos e diabéticos. (E10)

[...] Uma das dificuldades é com relação a demanda, a unidade ocupa uma área grande, não temos como atender a demanda de todos. (E12)

Há também relatos de participantes que sinalizam dificuldades relacionadas à falta de medicamentos para o tratamento da HAS e do DM o que compromete a prevenção da DRC.

[...] A gente também tem dificuldades na questão dos medicamentos, os pacientes aqui usam muito losartana, aí eu peço 3 mil losartanas no mês e só chegam 1 mil, muitos vem pegar e não tem. Metformina também falta. Os que podem comprar, compram. Mas quem não pode comprar fica sem o medicamento. Isso acontece em todas as unidades. (E4)

[...] Tem uma coisa que as vezes dificulta que é em relação a medicamentos, as vezes falta, principalmente pra o pessoal do hiperdia, quando o paciente não consegue tomar a medicação, a tendência é agravar o estado de saúde dele. (E09)

[...] Outra coisa é com relação aos medicamentos, as vezes falta certo medicamento e muitos tem que comprar, mas quem não tem condições? Como fica? É complicado. (E10)

DISCUSSÃO

Na esfera gestora de saúde pública cabe à APS, por meio de uma equipe multidisciplinar, a realização de programas educativos que visem o controle da HAS e do DM e, conseqüentemente promovam a prevenção da DRC, enquanto complicação crônica irreversível advinda do mal controle das doenças prévias. Nessa perspectiva, vale destacar a atuação do Enfermeiro da APS que ocupa uma posição de destaque, sendo o responsável pelo desenvolvimento de estratégias de prevenção, assistência e controle com vistas a promover a saúde de forma a reduzir a incidência da DRC nos usuários sob seus cuidados. Os Enfermeiros direcionam os seus cuidados para os pacientes com alguma doença de base e de

forma individualizada, promovem um cuidado sistematizado e direcionado a fim promover sensações positivas, encorajar o autocuidado e favorecer a autonomia destas pessoas, bem como educar os pacientes hipertensos e diabéticos a seguirem o tratamento para evitar complicações potenciais ¹⁶.

Ainda no que diz respeito às ações do Enfermeiro na atenção primária, segundo o manual do Ministério da Saúde, esses profissionais são responsáveis por: gerenciar, supervisionar, planejar, organizar, desenvolver ações com intuito de suprir as necessidades da população, atuando na realização das consultas individuais de enfermagem, prescrição de medicamentos de acordo com os protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde, solicitação de exames laboratoriais e de imagem, além da realização de procedimentos privativos da enfermagem.

Além disso, o enfermeiro é responsável por realizar e supervisionar o acolhimento com escuta qualificada e, a partir disso, fazer uma classificação de risco de acordo com os protocolos estabelecidos, atuando na elaboração de um plano de cuidados conforme a necessidade individual de cada paciente. Para além das atividades assistenciais e de cuidado direto aos usuários, ainda compete ao enfermeiro a realização de atividades de educação em saúde com intuito de orientar os pacientes e supervisionar as ações desenvolvidas por técnicos e agentes comunitários de saúde (ACS) ¹⁷. Dessa maneira, torna-se evidente a importância da ação desse profissional de saúde no contexto em que se encontra a realidade de saúde brasileira e destaca-se que as ações de Enfermagem na prevenção da DRC entre os participantes do estudo estão em consonância com o que a literatura disponibiliza enquanto atribuição do enfermeiro.

A respeito das recomendações sobre a realização de exames laboratoriais, tem-se que, de acordo com o manual do Ministério da Saúde, os exames laboratoriais e sua realização deve ser um serviço ofertado e garantido pelo Sistema Único de Saúde. Esse serviço de diagnóstico laboratorial deve ser composto por ações e serviços com intuito de atender os principais problemas e agravos de saúde da população, necessitando de uma atenção especializada para o apoio diagnóstico e terapêutico. Os exames laboratoriais estão entre os mais necessários e realizados no apoio diagnóstico à parte clínica, com impactos para a saúde dos pacientes, e com custos para o SUS. O funcionamento dos laboratórios clínicos deve estar inserido no planejamento das ações e serviços de saúde, baseando-se nos princípios e diretrizes norteadores do SUS. Assim, os laboratórios devem estar estruturados e organizados para facilitar a coleta dos exames, sem que ocorra a necessidade de deslocamento dos pacientes, adequando-se às necessidades em saúde, resolubilidade da assistência e uma

universalidade da oportunidade ao acesso à realização e obtenção de resultado do exame laboratorial¹⁸. Nesse sentido, foi possível observar nas falas dos entrevistados que o serviço de disponibilização dos exames laboratoriais encontra-se de acordo com o recomendado, uma vez que os participantes relatam não haver dificuldades entre a solicitação e a execução dos mesmos pelos usuários atendidos em suas Unidades Básicas de Saúde.

No presente estudo, observou-se por meio das falas dos entrevistados que esse serviço é complementar e essencial ao trabalho do enfermeiro no sentido de produzir resultados positivos junto aos usuários na prevenção e/ou controle da DRC. Para tanto, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) apoia e complementa a Equipe de Saúde da família (ESF) na rede de serviços e tem por objetivo ampliar a resolutividade e a abrangência das ações nas Unidades Básicas de Saúde. O NASF contribui para a construção e troca de conhecimentos com os profissionais da ESF e com os pacientes sobre hábitos essenciais para a manutenção da saúde e a prevenção de complicações ocasionadas pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O trabalho multidisciplinar de profissionais como nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, entre outros que compõe o NASF-AB em conjunto com os profissionais da ESF fortalece o cuidado em saúde e promove um apoio especializado, muitas vezes necessário, aos usuários da Atenção Primária^{18,19}.

Ademais, o presente estudo mostrou que devido às medidas adotadas para o enfrentamento da pandemia causada pelo COVID-19, em consonância com as recomendações do Guia de vigilância epidemiológica desenvolvido pelo Ministério da Saúde sobre a emergência em saúde causada pelo COVID-19, fez-se necessário algumas mudanças nos fluxos de acesso às UBS, que resultaram em uma diminuição na busca das pessoas pelos serviços da APS²⁰. Dentre as mudanças implementadas para prevenção da infecção por COVID-19 observou-se a suspensão de consultas do hipertenso, uma vez que as formas mais graves da doença acometem pessoas com idade acima de 60 anos e/ou com a presença de alguma comorbidade como a HAS e o DM. Dessa forma, vale salientar que a pandemia da COVID-19 ocasionou impactos negativos na vida das pessoas com doenças crônicas, pois foi um dos fatores que interferiu no acompanhamento desses usuários para as consultas de rotina, gerando falhas nos processos terapêuticos e possíveis agravamentos da condição de saúde dos pacientes.

No que diz respeito as dificuldades encontradas para promover o controle da DRS na visão dos enfermeiros, e de acordo com o manual do Ministério da Saúde, a não adesão ao tratamento da HAS e DM é um dos maiores desafios enfrentados pelos Enfermeiros da APS. Considerado um fenômeno complexo, a baixa adesão à terapêutica instituída, ocorre por

diversos fatores como: a falta de conhecimento sobre as doenças, aos baixos níveis socioeconômicos e aos esquemas terapêuticos complexos, e acarreta, muitas vezes, o esquecimento do uso do tratamento medicamentoso por parte do paciente. Todos esses eventos levam a um pior prognóstico do paciente, descontroles das taxas glicêmicas e pressóricas, ocasionando eventos adversos mais graves e o aparecimento de novas doenças ²¹.

Em decorrência do aumento na prevalência das DCNT, principalmente HAS e DM nota-se uma grande dificuldade no atendimento do hiperdia devido à grande demanda desse público, o que tem impossibilitado, de acordo com as falas dos entrevistados, um atendimento de qualidade. Sendo assim, cabe a Equipe de Saúde da Família buscar estratégias para sistematizar a assistência e organizar o atendimento de modo que os pacientes do hiperdia tenham acesso a todos os serviços ofertados pela APS ²².

Por fim, é de extrema importância que pacientes diagnosticados com HAS e/ou DM recebam um acompanhamento contínuo e efetivo na APS, a fim de que as complicações crônicas advindas dessas doenças sejam prevenidas ou, ao menos, postergadas. Para assegurar o atendimento dos pacientes, esse direito foi garantido constitucionalmente e o SUS estabelece a garantia da assistência terapêutica de forma integral. Entretanto, à respeito do acesso aos medicamentos pelo SUS sabe-se que, muito embora seja garantido por meio de leis, tal acesso ainda constitui um grande desafio no que tange a regularidade de distribuição dos mesmos pelo SUS. Dessa maneira, embora o acesso seja gratuito para fins jurídicos, na prática ainda não acontece de forma regular e uma grande quantidade de pessoas ainda precisa comprar os medicamentos necessários para seus tratamentos, como pode-se verificar nas falas dos entrevistados no presente estudo. Importante ressaltar que, há aqueles que são desfavorecidos socioeconomicamente e que não conseguem adquirir os medicamentos necessários para o tratamento e, com isso, tem seus controles glicêmicos e pressóricos comprometidos podendo evoluir com complicações crônicas mais graves, como a DRC ²³.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Considera-se como limitação do estudo o fato das entrevistas terem sido realizadas no local de trabalho os Enfermeiros pois, algumas entrevistas precisaram ser interrompidas para que eles realizassem os atendimentos. O barulho interferiu na gravação e dificultou a transcrição das respostas. A pandemia atrapalhou a coleta dos dados, visto que os Enfermeiros só estavam atendendo o público com agendamento, o que dificultou conseguir um horário para realização da entrevista.

CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA

Os resultados do estudo permitem reflexões sobre a atuação da enfermagem na Atenção Primária que podem beneficiar diretamente a assistência aos pacientes com doenças crônicas e assim, contribuem para o conhecimento técnico - científico da Enfermagem. O estudo possibilitou conhecer as dificuldades dos Enfermeiros no desenvolvimento de suas atividades, o que aponta para necessidade de intervenções específicas ligadas a gestão e a corresponsabilização dos usuários em seu tratamento.

CONCLUSÃO

Por meio do presente estudo foi possível elucidar quais são as ações de controle da DRC desenvolvidas pelo Enfermeiro e pela equipe multiprofissional na Atenção Primária, além das dificuldades enfrentadas para a eficiência dessas ações. Dentre tais ações foram encontradas três categorias: I - Ações de enfermagem na prevenção da Doença Renal Crônica; II - Ações interdisciplinares na prevenção da Doença Renal Crônica; III - Dificuldades na prevenção da Doença Renal Crônica. Com isso, é essencial reconhecer as dificuldades para a realização da prevenção da DRC na APS levando em consideração que o tratamento e o bom controle das doenças prévias, como a HAS e o DM, são indispensáveis nesse processo. Espera-se que os resultados apresentados contribuam com a discussão e que possam auxiliar no planejamento de estratégias voltadas para a educação em saúde, diagnóstico precoce e prevenção da DRC a fim melhorar as condições de saúde dos pacientes. Novos estudos são necessários para se obter maiores conhecimentos da efetividade das estratégias de prevenção e promoção em saúde que vise prevenir a evolução da DRC nos pacientes hipertensos e diabéticos.

REFERÊNCIAS

1. Silva AAP e, Pontes EDS, Dantas FA, Silva JYP da, Santos NM, Donato NR. Avaliação do consumo alimentar e das condições socioeconômicas de pacientes sob terapia de hemodiálise no sertão paraibano. RSD. 8 de junho de 2020;9(7):e747974855.
2. Freitas GCV, Lemos R de CAS, França ACB, Santos LCC dos, Leão SMLM, Nogueira TR. Efeitos da suplementação de selênio sobre a defesa antioxidante na Doença Renal Crônica. RSD. 5 de abril de 2020;9(5):e189953247.
3. Santana NF, Nobre VNN, Luz LKT da. Autocuidado com fistula arteriovenosa em terapia renal substitutiva. Revista Recien. 25 de junho de 2019;9(26):60.

4. Neves PDM de M, Sesso R de CC, Thomé FS, Lugon JR, Nasicmento MM. Brazilian Dialysis Census: analysis of data from the 2009-2018 decade. *Braz J Nephrol.* junho de 2020;42(2):191–200.
5. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian Chronic Dialysis Survey 2016. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* [Internet]. 2017 [citado 6 de novembro de 2021];39(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002017000300261
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 371/GM, de 04 de março de 2002. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. *Diário Oficial da União* nº 44, Brasília (DF) 2002; 06 mar. Seção 1, p.88.
7. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate.* setembro de 2018;42(spe1):361–78.
8. Geremia DS. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. *Physis.* 2020;30(1):e300100.
9. Freire RM de A, Landeiro MJL, Martins MMFP da S, Martins T, Peres HHC. Taking a look to promoting health and complications' prevention: differences by context. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 1 de novembro de 2021];24(0). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100374&lng=en&tlng=en
10. Magalhães Mendonça Reis Ribeiro G, Victor Lima da Silva J, Consuelo Ortiz Sanchez M, Brandão de Moraes É, Soraia Cavalcanti Valente G. O processo de trabalho gerencial do enfermeiro no setor de hiperdia na atenção básica: relato de experiência. *revenf* [Internet]. 21 de dezembro de 2020 [citado 7 de novembro de 2021];11(3). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3350>
11. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 1):704–9.
12. Fontanella BJ, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(1):17-27.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.* - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
16. da Silva Freitas RL, Oliveira de Mendonça AE. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE RENAL CRÔNICO EM HEMODIÁLISE. CD. 5 de dezembro de 2016;14(2):22–35.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de apoio aos gestores do SUS: organização da rede de laboratórios clínicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – 1. ed., 2.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
20. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica - emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. 57 p. [citado em 2021 nov. 25] Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de pessoa com doença crônica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014
22. Souza APA, Silva DF, Mareze C. Associação entre parâmetros do sono, estilo de vida e fatores de risco para síndrome metabólica e hipercreatininemia em pacientes acompanhadas pelo Programa HiperDia. Arquivos Catarinenses de Medicina. [internet] 2017 [cited 2021 dez 1] v. 46, n. 2, p. 65-78. Available from: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/270>
23. Matta SR, Bertoldi AD, Emmerick ICM, et al. Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(3):1-13.

5 CONCLUSÃO

Através do estudo foi possível elucidar as ações de controle e prevenção da DRC desenvolvidos pelos Enfermeiros e pela equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde, bem como as dificuldades encontradas para a realização dessas ações. Foram encontradas três categorias: I - Ações de enfermagem na prevenção da Doença Renal Crônica; II - Ações interdisciplinares na prevenção da Doença Renal Crônica; III - Dificuldades na prevenção da Doença Renal Crônica. É essencial conhecer as dificuldades para a realização da prevenção da DRC nos pacientes hipertensos e diabéticos.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Joyce C. et al. Doença Renal Crônica Afeta Negativamente a Composição Corporal, Qualidade de Vida, Perfil Lipídico e a Aptidão Física de Pacientes em Tratamento de Hemodiálise. **Motricidade**, Vila Real Portugal, v. 14, 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196**. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **14 de março - Dia Mundial do Rim 2019: Saúde dos Rins Para Todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 12 de Março de 2019. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/component/content/article?id=2913>. Acesso em 16 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Clínicas Para O Cuidado Ao Paciente Com Doença Renal Crônica – DRC No Sistema Único De Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional do Portador de Doença Renal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B.Textos Básicos em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 321 de 03 de março de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 371/GM, de 04 de março de 2002. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Diário Oficial da União** Brasília, n. 44, 06 mar. 2002, Seção 1, p.88.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Introdução à Gestão de Custos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 148 p.
- BRAVO-ZÚÑIGA, Jessica et al. Early detection of chronic renal disease: coordinated work between primary and specialized care in an ambulatory renal network of Peru. **Brazilian Journal of Nephrology**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 176-184, 2019.
- CHANG, Hsueh-Lu et al. A predictive model for progression of CKD. **Medicine**, Baltimore, v. 98, n. 26, 2019.
- CUPPARI, L. **Nutrição clínica no adulto**. Barueri: Manole; 2019.
- FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 17-27, 2008.

- FREITAS, R. L. S.; MENDONÇA, A. O. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. **Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**, Natal, v. 14, n. 2, 2016. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_371.pdf. Acesso em: 02 jun 2020.
- JOHNSON, Richard J.; FEEHALLY, John; FLOEGE, Jurgen. **Nefrologia clínica: abordagem abrangente**. São Paulo: Elsevier Brasil, 2016.
- MINAYO, Maria. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria. C. S (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p.09-29.
- MORSCH, Cassia; VERONESE, Francisco José Veríssimo. Doença renal crônica: definição e complicações. **Clinical & Biomedical Research**, Porto Alegre v. 31, n. 1, 2011.
- PAIVA, Patrícia Alves et al. Incidência de Infecções da Corrente Sanguínea em Pacientes Nefropatas. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 16, n. 55, p. 72-80, 2018.
- PINHO, N. A.; SILVA G.V.; PIERIN, A.M.G. Prevalence and factors associated with chronic kidney disease among hospitalized patients in a university hospital in the city of São Paulo. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 91-97, 2015.
- RAHMAN, Rahbel et al. Delivery of community-based care through inter-professional teams in Brazil's Unified Health System (UHS): comparing perceptions across Community Health Agents (CHAs), nurses and physicians. **Journal of Community Health**, New York, v. 42, n. 6, p. 1187-1196, 2017.
- RAJI, Y. R. et al. Albuminuria and reduced estimated glomerular filtration rate among first-degree relatives of patients with chronic kidney disease in Lagos, Southwest Nigeria. **Indian journal of nephrology**, Mumbai. v. 28, n. 1, p. 21, 2018.
- RIELLA, Miguel Carlos et al. Metabolismo da água. In: RIELLA, M. C. (org.). **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 105-38,
- SANTOS, Bianca Pozza dos et al. Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. **ABCS healthsci**, Pelotas, p. 8-14, 2017.
- SESSO, Ricardo Cintra et al. Brazilian chronic dialysis survey 2016. **Brazilian Journal of Nephrology**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 261-266, 2017.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretriz 2019-2020**. São Paulo: SBD, 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-.2020.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2020.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **O que é hipertensão?** São Paulo: SBD, [2020]. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>. Acesso em: 16 jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Tratamentos:** Diálise peritoneal. São Paulo: SBN, 2019. Disponível em: <https://sbn.org.br/publico/tratamentos/dialise-peritoneal/>. Acesso em: 02 abr. 2020

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Tratamentos:** Hemodiálise. São Paulo: SBN, 2019. Disponível em: <https://sbn.org.br/publico/tratamentos/hemodialise/>. Acesso em: 02 abr. 2020

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Tratamentos:** Transplante renal. São Paulo: SBN, 2019. Disponível em: <https://sbn.org.br/publico/tratamentos/transplante-renal/>. Acesso em: 02 abr. 2020.

SOUSA VIEIRA, Vanete Aparecida et al. Cuidados de enfermagem para pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: mapeamento cruzado. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 4, 2017.

SOUZA BRITO, Tereza Neuma; DE ARAÚJO OLIVEIRA, Arthur Renan; DA SILVA, AdriellyKaringy Chaves. Taxa de filtração glomerular estimada em adultos: características e limitações das equações utilizadas. **RBAC**, Natal, v. 48, n. 1, p. 7-12, 2016.

TRAVAGIM, Darlene Suellen Antero; KUSUMOTA, Luciana. Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, p. 388-393, 2009.

WEBSTER, Angela C. et al. Chronic kidney disease. **The lancet**, London, v. 389, n. 10075, p. 1238-1252, 2017.

ZAYAS, Maylene Formentin. **Enfrentamento da hipertensão arterial e Diabetes mellitus na Equipe Saúde da Família Laranja do município de Bonito de Minas-Minas Gerais**. 2015. TCC (Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais. Montes Claros, 2015.

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SUBMISSÃO

1 - FOLHA DE ROSTO

Modelo disponível em: Modelo de Folha de Rosto

Deve ser enviada separadamente do artigo EM ARQUIVO NO FORMATO MICROSOFT WORD (não usar formato PDF)

E deverá conter:

- Identificação do **Tipo de Artigo** a ser submetido;
- **Título** do manuscrito, conciso e informativo, em caixa alta, com no máximo 15 palavras. Não devem ser utilizadas abreviaturas, siglas ou localização geográfica da pesquisa;
- **Nome completo dos autores**, sem abreviações, numerados em algarismos arábicos sobrescritos. Os autores deverão seguir a forma como seus nomes são indexados nas bases de dados e inserir o número de registro ORCID ao lado do nome de cada autor. O cadastro no ORCID pode ser feito no www.orcid.org;
- **Identificação e Afiliação dos autores**, profissão e ocupação atual considerando até três hierarquias institucionais, deverá vir como nota de rodapé, seguindo a ordem da numeração arábica dos nomes dos autores;
- Indicação do **autor correspondente** (nome, e-mail);
- **Contribuições dos autores**, segundo critérios do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) que recomenda as seguintes contribuições: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada;
- **Fontes de financiamento** se houver;
- **Agradecimentos** se houver;
- Informação se existe **conflitos de interesse** por parte dos autores; e
- Indicação de **manuscrito extraído de dissertação ou tese**, informando título, ano de defesa, programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada, quando pertinente.

2 - DOCUMENTO PRINCIPAL – com o material a ser submetido

Não deverá ter nenhuma identificação dos autores e o arquivo deve ser em word

- **Tipo de artigo** conforme o padronizado pela Revista;

- **Título em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta** com no máximo 15 palavras, sem siglas, sem local e sem tipo de estudo (como revisão integrativa ou relato de experiência), e com no máximo 15 palavras;
 - **Título, Resumo e Descritores** devem ser estruturados, nos três idiomas (português, inglês e espanhol), na sequência.
 - **Resumo** contendo: Resumo, título, objetivos, metodologia, resultados e conclusões, com no máximo 200 palavras. Não deve conter siglas e citações de autores. Ensaios clínicos deverão apresentar o número do registro no final do resumo.
 - **Descritores** devem ser de três a cinco nos três idiomas (português, inglês e espanhol), após cada resumo, separados por ponto e vírgula, com a primeira letra maiúscula e de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (<http://decs.bvs.br>) ou o Medical Subject Heading – MeSH (www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh).
 - **Corpo do manuscrito:** Deve ser estruturado com Introdução, Método, Resultados, Discussão, Limitações do estudo, Contribuições para a prática, Conclusão ou Considerações Finais e Referências. Os artigos de opinião, reflexão e relato de experiência poderão assumir outros formatos.
 - A Introdução deverá abordar brevemente o problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento, com base na literatura nacional e internacional atualizada. O Objetivo, apresentado no final da introdução, deverá estabelecer a questão principal do estudo e ser igual ao apresentado no resumo.
 - O Método deverá ser apresentado em tópicos: Tipo de estudo (especificando a abordagem e desenho); Local do estudo (descrever cenário, se pertinente); Participantes do estudo (população e amostra), com definição dos critérios de seleção (inclusão e exclusão); Coleta de dados – instrumento(s) e procedimentos de coleta (período de coleta e descrição das etapas); Procedimentos de análise e tratamento dos dados quanti e/ou qualitativos; Aspectos éticos (descrição dos aspectos éticos e incluir número do CAAE da Plataforma Brasil).
- *Não há necessidade de referenciar no texto as Resoluções 466/2012 ou 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. No entanto, deve-se mencionar o seu cumprimento.
- Os Resultados deverão apresentar e descrever somente os dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Poderão ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras, destacando o que é mais importante, sem repetição de dados. Em caso de depoimentos (frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa qualitativa), utilizar itálico e apresentá-los em novo parágrafo, com recuo à Direita, parágrafo 1,5 linha e letra 10. A identificação dos sujeitos deve ser codificada e estar entre parênteses, sem itálico, de forma a preservar a identidade dos mesmos.
 - A Discussão deverá ser restrita aos resultados apresentados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com a literatura nacional e internacional.
 - As Limitações do Estudo devem ser apresentadas de maneira sucinta em tópico específico.

- As Contribuições para a Prática devem ser apresentadas após as limitações do estudo, em um novo tópico, também de forma sucinta.
- A Conclusão ou Considerações Finais deverão ser claras e objetivas, respondendo diretamente aos objetivos e/ou hipóteses do estudo, com base nos resultados e na discussão. Não deverão conter referências.
- Referências – utilizando modelo Vancouver. Veja abaixo mais instruções.

3 - DOCUMENTO CONJUNTO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

AUTORAIS E DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE - assinado por todos os autores e em pdf

Disponível em: Modelo de Documento Conjunto de Transferência de Direitos Autorais e Declaração de Responsabilidade

4 – DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Anexar a autorização completa emitida CEP/Plataforma Brasil, onde consta o número do CAAE.

ILUSTRAÇÕES

- As Ilustrações (tabelas, quadros e figuras), limitadas a no máximo cinco, devem estar inseridas no corpo do texto, na ordem de apresentação, numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos. A numeração sequencial é separada por tabelas, quadros e figuras. O título das ilustrações deve ser breve, inserido na parte superior e as notas, quando necessárias, estarem após a identificação da fonte. Em caso do uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados sem apresentar permissão, por escrito (Termo de Autorização de Uso de Imagem), para fins de divulgação científica. As ilustrações precisam ser claras para permitir sua reprodução em 8 cm (largura da coluna do texto) ou 17 cm (largura da página), em alta definição (de 150 a 300 dpi). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas, encaminhando-a na submissão dos manuscritos, como documento suplementar. Não há necessidade de inserir a fonte, quando as tabelas, quadros e figuras tiverem resultados do próprio estudo.

DESENHOS DE PESQUISA:

A Revista Enfermagem em Foco adota como estratégias de qualificação para a publicação de estudos de pesquisa, tais como as da Organização Mundial da Saúde (OMS), International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e Enhancing the Quality and Transparency of Health Research (EQUATOR network). Tais estratégias favorecem o potencial de publicação e sua utilização em referências em pesquisas.

A seguir, apresentam-se alguns protocolos internacionais validados a serem utilizados, conforme o desenho da pesquisa: Ensaio clínico: CONSORT <http://www.consort-statement.org/downloads> e identificação de Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve constar no final do resumo.

Revisões sistemáticas e meta-análises: PRISMA <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/Checklist.aspx>. Estudos observacionais em epidemiologia: STROBE http://strobestatement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf

Estudos qualitativos: COREQ <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

REFERÊNCIAS

As Referências da revista devem seguir o estilo “Vancouver”, disponível no endereço eletrônico (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A lista de referências deve ser enumerada, consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos, de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto, sem a menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen, a exemplo: 1-4. Quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula, ex.: 1-2,4. A numeração das referências deve ser sobrescrita em números sequenciais sem parêntesis e após o ponto final ou vírgula quando aplicável.

As citações textuais devem ser descritas entre aspas, sem itálico e na sequência do texto. É recomendado que, pelo menos, 50% das referências sejam de artigos publicados em periódicos, nos últimos cinco anos, indexados em bases de dados nacionais e internacionais.

Os autores devem evitar a citação de literatura cinzenta (documentos oficiais, livros, manuais etc.) não indexada e de difícil acesso à comunidade científica.

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com: List of Journals Indexed for MEDLINE (<https://www.nlm.nih.gov/bsd/journals/online.html>). Para os periódicos que não se encontram nesse site, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf> e o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da BVS, disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>.

Referências de artigos de periódicos brasileiros bilíngues ou trilingües devem ser citadas no idioma inglês.

Incluir pelo menos duas citações de artigos da Revista Enfermagem em Foco.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

OUTRAS INFORMAÇÕES

- O uso de siglas deve ser evitado e, quando utilizadas, devem ser citadas por extenso na primeira vez que aparecerem no texto. Não utilizar plural em siglas.
- Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras e nomenclaturas relativas classificação científica, taxonomia ou classificação biológica, que designam os grupos ou categorias de espécies de seres vivos.
- Errata: caso os autores identifiquem a necessidade de uma errata após a publicação do artigo, devem enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista por e-mail. O prazo máximo para a solicitação de errata é de 30 dias após a publicação do artigo.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA
NÚCLEO DE ENFERMAGEM



INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nome: _____ Idade: ____ Sexo: M () F ()

Tempo de formação: Menos de 5 anos () Mais de 5 anos ()

Tempo de serviço na Atenção Primária: Menos de 5 anos () Mais de 5 anos ()

Possui pós-graduação: Sim () Não () Qual: _____

- A) Como é feito e quais os procedimentos do atendimento aos pacientes com hipertensão e diabetes?
- B) Quais os recursos e/ou mecanismos disponíveis usados pelos Enfermeiros nas ações de prevenção e controle da Doença Renal Crônica nos pacientes com hipertensão e diabetes?
- C) Quais as motivações dos Enfermeiros para a realização de ações de prevenção e controle da Doença Renal Crônica nos pacientes com hipertensão e diabetes?

APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA



Prefeitura da Vitória de Santo Antão
Secretaria Municipal de Saúde



CARTA DE ANUÊNCIA

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde, sediada na Rua Henrique de Holanda CEP: 55602-00, na cidade da Vitória de Santo Antão, Estado de Pernambuco, aqui representada por **Jailce Carla da Silva**, atualmente exercendo a função de secretária da saúde do Município da Vitória de Santo Antão, declara ter conhecimento das atividades de pesquisa a serem realizadas, com o uso das informações coletadas junto aos Enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde, com o objetivo de compreender a percepção dos Enfermeiros sobre seu papel e os recursos disponíveis na Atenção Primária à Saúde para prevenção e controle da Doença Renal Crônica em usuários com hipertensão e/ou diabetes no município de Vitória de Santo Antão – PE, no período de 2021, intitulado **Enfermeiros da atenção primária na prevenção da doença renal crônica**, que tem por responsável o estudante **Jordy Alisson Barrus dos Santos**, sob orientação da Prof^a **Marcelineide Nóbrega de Andrade Ramalho**.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da resolução 466/2012 e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Ainda, diante da violação de informações sigilosas, ficará o responsável sujeito a sofrer penalidades impostas pelo código penal no seu art. 154 que diz: “Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão da função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”, e a PORTARIA n^o 1.820 de agosto de 2009: art. 5^o no seu inciso II assegura “o sigilo e a confiabilidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo nos casos de risco à saúde pública”.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta instituição o parecer substanciado devidamente aprovado, emitido por comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao sistema CEP/ CONEP

Vitória de Santo Antão – PE, 02 de novembro de 2020.

Jailce Carla da Silva
Secretaria de Saúde
Portaria: 0261/2019

JAILCE CARLA DA SILVA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
Avenida Henrique de Holanda, 727 – Matriz – CEP: 55.602-001
E-mail: saudevitoria.pe@gmail.com CNPJ: 08.916.501/0001-24

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA NÚCLEO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Perspectivas de enfermeiros sobre a prevenção da doença renal crônica na atenção primária**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) e orientador (a) **Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho**, Rua Alto do Reservatório – Alto José Leal, Vitória de Santo Antão – PE, CEP:55608-680. Telefone: (83) 99921-9650 (inclusive ligações a cobrar), e-mail: marclineide.andrade@ufpe.br

A pesquisa também conta com a participação do pesquisador (a) assistente **Jordy Alisson Barros dos Santos**, e-mail: jordy.alissonbarros@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- **Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação:** Tendo em vista que no Brasil a hipertensão e o diabetes são os principais fatores de risco para o desenvolvimento da Doença Renal Crônica e que o número de pacientes que evoluem para a doença têm aumentado nas últimas décadas, é importante compreender a percepção dos Enfermeiros, já que eles têm papel determinante tanto na prevenção como no controle dos fatores de riscos nos usuários da Atenção Primária à Saúde. A fim de avaliar o atendimento e conhecer quais recursos usados por eles no controle e na prevenção dos fatores de riscos, com intuito de evitar a evolução e/ou retardar o

aparecimento da Doença Renal Crônica nos usuários da Atenção Primária à Saúde. A pesquisa tem como objetivo, compreender a percepção dos Enfermeiros sobre seu papel e os recursos disponíveis na Atenção Primária à Saúde para prevenção e controle da Doença Renal Crônica em usuários com hipertensão e/ou diabetes.

A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevistas gravadas no local de trabalho dos participantes (Unidades Básicas de Saúde). As entrevistas serão realizadas em salas privativas, a fim de preservar o sigilo dos entrevistados e das informações. Para auxiliar a entrevista, será utilizado gravador de voz do celular, o que garantirá que as informações não serão perdidas, além de auxiliar no processo de transcrição das informações. Antes de iniciar, a entrevista será explicada e só após a explicação que iniciará a gravação. Além disso, os participantes poderão desistir da pesquisa a qualquer momento. Na entrevista presencial, será respeitado o distanciamento social, será obrigatório o uso de máscaras e álcool em gel, bem como todas as medidas sugeridas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Devido à pandemia da COVID-19, caso não seja possível a coleta dos dados por meio de entrevistas presenciais no local de trabalho dos participantes, a coleta acontecerá através da plataforma do Google Meet. Assim como as entrevistas presenciais, as on-line também serão gravadas. A captação dos Enfermeiros na coleta de dados on-line ocorrerá através de contato telefônico por meio de lista fornecida pela secretaria de saúde do município. O contato será feito para agendar o dia e horário da entrevista. Após a conclusão da coleta de dados, será feito o download dos dados para um dispositivo local (pendrive), será apagado todo e qualquer registro das plataformas virtuais, ambiente compartilhado ou “nuvem”. O mesmo será feito para o TCLE digital.

RISCOS: Risco do sigilo das informações, constrangimento e desconforto dos participantes. Entretanto, para amenizar os riscos as informações ditas serão mantidas em sigilo e para diminuir o constrangimento, as entrevistas serão realizadas em um local privativo e confortável para os entrevistados. Risco relacionado à divulgação da imagem, já que devido a pandemia do COVID-19, a entrevista poderá ocorrer de forma on-line por meio da ferramenta do Google Meet. Para amenizar esse risco, será assegurada a confidencialidade e a privacidade, bem como o armazenamento da entrevista e os direitos dos participantes da pesquisa.

➤ **BENEFÍCIOS diretos/indiretos para os voluntários:** A possibilidade de desenvolver e contribuir para o conhecimento técnico – científico da Enfermagem, contribuir para o

enriquecimento da percepção dos Enfermeiros da APS, com intuito de melhorar o bem estar da população em geral, promovendo ações de promoção e prevenção dos usuários do programa hiperdia.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa serão gravados, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da professora orientadora **Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalhona** Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico da Vitória, na Rua Alto do Reservatório – Alto José Leal, Vitória de Santo Antão – PE pelo período de mínimo cinco anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Enfermeiros da atenção primária na prevenção da doença renal crônica**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Impressão
digital

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Para TCLE digital:

Aceita participar da pesquisa: Sim Não

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

| | |
|-------------|-------------|
| Nome: | Nome: |
| Assinatura: | Assinatura: |