

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM REDE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Valdenici Firmo de Aguiar

**PREVENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

São Luís
2019

Valdenici Firmo de Aguiar

**PREVENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão.

Orientadora: Prof. Dra. Nair Portela Silva Coutinho
Coorientadora: Prof. Dra. Maísa Paulino Rodrigues

Área de concentração: Saúde da Família
Linha de pesquisa: Promoção da Saúde

São Luís
2019

Aguiar, Valdenici Firmo de.

Prevenção à Doença Renal Crônica na Estratégia de Saúde da Família / Valdenici Firmo de Aguiar. - 2019.

61 p.

Coorientador(a): Maísa Paulino Rodrigues.

Orientador(a): Nair Portela Silva Coutinho.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Doença Renal Crônica. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Prevenção. I. Coutinho, Nair Portela Silva. II. Rodrigues, Maísa Paulino. III. Título.

Valdenici Firmo de Aguiar

**PREVENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão.

Banca Examinadora:

Nair Portela Silva Coutinho
Presidente/Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

José Márcio Soares Leite
Membro externo
Universidade Ceuma

Ana Hélia de Lima Sardinha
Membro interno
Universidade Federal do Maranhão

Maria de Fátima Lires Paiva
Suplente
Universidade Federal do Maranhão

Aprovado em: 27 de Dezembro de 2019

São Luís

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amor e cuidado incomensuráveis que vão além das petições e contemplam cada detalhe da minha vida.

Ao Programa de Pós-Graduação em Rede, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, e às nucleadoras Universidade Federal do Maranhão - UFMA e Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, pela oportunidade de adquirir novos conhecimentos que serão empregados na minha prática profissional.

Ao corpo docente da RENASF/UFMA e RENASF/UFRN pelo profissionalismo e competência. É uma honra tê-los em minha história.

À minha orientadora, professora Nair Portela Silva Coutinho. Sua contribuição foi fundamental. Agradeço pelo ser humano que ela é e pela oportunidade de tê-la como mentora.

À coorientadora, professora Máisa Paulino Rodrigues. Agradeço pelo acolhimento, empenho e paciência dispensados.

À Secretaria de Saúde de Presidente Juscelino, em especial aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e à secretária Cyrleidiane Lopes, por viabilizarem o campo de estudo.

À Secretaria de Saúde de Barreirinhas, na pessoa da enfermeira Maria do Socorro Araújo Pereira Itapary, pela sensibilidade em cooperar com esse projeto.

Aos colegas da turma do mestrado pelos momentos de apoio mútuo.

Ao meu esposo Norman Lopes e ao meu filho Manassés, imprescindíveis para esta conquista.

Ao meu pai Waldir Firmo de Aguiar (*in memoriam*) e minha mãe Vicencia Tereza de Aguiar, responsáveis pelo o início de minha jornada educativa.

“O mais importante da vida não é a situação em que estamos, mas a direção para a qual nos movemos.”

(Oliver Wendell Holmes)

RESUMO

A Doença Renal Crônica é compreendida como uma síndrome clínica que traz impactos negativos à saúde pública mundial. O estudo teve por objetivo analisar as ações de prevenção à Doença Renal Crônica realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu de junho a agosto de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas, seguindo um roteiro previamente testado, cujas falas foram gravadas e transcritas na íntegra. A amostra foi composta por 15 profissionais. Das entrevistas emergiram duas categorias: Concepções sobre prevenção à Doença Renal Crônica e O fazer das equipes. Os discursos revelaram a concepção de que a prevenção da doença está relacionada ao repasse de orientações sobre hábitos saudáveis e ao acompanhamento clínico medicamentoso. Quanto às práticas, verificou-se ausência de coordenação do cuidado e processo de trabalho fragmentado, percebendo-se a necessidade de definir fluxos, promover a integração intersetorial e a interprofissionalidade. Ao mesmo tempo, os profissionais enfatizaram a visita domiciliar e sua importância para conhecer a realidade de vida das famílias. No entanto, demonstraram que as ações educativas praticadas durante a visita domiciliar, são realizadas de forma vertical. Tais resultados apontam para a educação em saúde e controle das doenças de base, porém se sobressai a visão biomédica, prescritiva, em detrimento da valorização do diálogo e do empoderamento dos sujeitos. Acredita-se que estes resultados possam promover reflexões sobre a prevenção à Doença Renal Crônica e subsidiar intervenções para a qualificação profissional, fixação dos profissionais nas equipes e organização dos processos de trabalho, aperfeiçoando as ações preventivas e refletindo em melhorias na qualidade da atenção aos usuários e suas famílias.

Palavras chave: Doença Renal Crônica. Prevenção. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease is understood as a clinical syndrome that has negative impacts on public health worldwide. The objective of the study was to analyze the actions for prevention of Chronic Kidney Disease performed by professionals of the Family Health Strategy. This is a descriptive research with a qualitative approach. Data collection took place from June to August 2019, through semi-structured interviews, following a previously tested script, whose speeches were recorded and transcribed in full. The sample consisted of 15 professionals. From the interviews, two categories emerged: Conceptions of Chronic Kidney Disease prevention and Team Doing. The speeches revealed the conception that the prevention of the disease is related to the transfer of orientations about healthy habits and the clinical medical monitoring. As for the practices, there was lack of coordination of care and fragmented work process, realizing the need to define flows, promote intersectoral integration and interprofessionality. At the same time, the professionals emphasized the home visit and its importance to know the life reality of the families. However, they demonstrated that the educational actions practiced during the home visit are performed vertically. These results point to health education and control of underlying diseases, but the prescriptive biomedical view stands out, to the detriment of valuing dialogue and empowering subjects. It is believed that these results may promote reflections on Chronic Kidney Disease prevention and support interventions for professional qualification, fixation of professionals in teams and organization of work processes, improving preventive actions and reflecting on improvements in the quality of care provided to users and their families.

Keywords: Chronic Kidney Disease. Prevention. Family Health Strategy.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

AVD – Atividades da Vida Diária

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DM - Diabetes Mellitus

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DRC - Doença Renal Crônica

DRCT - Doença Renal Crônica Terminal

ESB - Equipes de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EPS – Educação Permanente em Saúde

EqSF – Equipe de Saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HU-UFMA - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

pmp – por milhão de pessoas

QV - Qualidade de Vida

RAC - Relação Albuminúria Creatininúria

SLANH - Sociedade Latino-Americana de Nefrologia e Hipertensão

SUS - Sistema Único de Saúde

TGF - Taxa de Filtração Glomerular

TRS - Terapia Renal Substitutiva

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1	Conceituando a Doença Renal Crônica.....	13
2.2	Situação Epidemiológica da DRC.....	14
2.3	Estratégias de Prevenção à DRC.....	15
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	17
3.1	Tipo de estudo.....	17
3.2	Campo de estudo.....	17
3.3	População e amostra.....	18
3.4	Coleta e análise de dados.....	18
3.5	Considerações éticas.....	20
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
4.1	Artigo.....	21
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
	REFERÊNCIAS.....	44
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	48
	APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	50
	APÊNDICE C - CARTA DE ANUÊNCIA.....	51
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO.....	53

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) geralmente apresentam fatores de risco comuns, trazem prejuízo ao paciente, a família, a comunidade e geram repercussões tanto biológicas, quanto econômicas e sociais.

Esse grupo de doenças configura um problema mundial, principalmente para os países em desenvolvimento (RODRÍGUEZ, *et al.*, 2018), relacionando-se a diversos fatores como o aumento da expectativa de vida, tabagismo, consumo de alimentos considerados não saudáveis e sedentarismo (THEME FILHA, *et al.*, 2015).

Entre as DCNT, cita-se a Doença Renal Crônica (DRC), que se apresenta como problema de grande relevância para a saúde pública, sendo reconhecido que exige múltiplas abordagens no seu tratamento, bem como diagnóstico precoce, para instituição de medidas capazes de reduzir sua progressão (SANTOS, *et al.*, 2017).

Segundo Delfino (2014) as pessoas com DRC tem a capacidade física alterada, apresentam limitações para se locomover e realizar atividades, seja no trabalho, no estudo ou no lar. Essas limitações levam à necessidade de parar de trabalhar e repercutem negativamente na autoestima. O autor destaca também que os prejuízos decorrentes da DRC interferem negativamente no estilo de vida das pessoas acometidas e interrompem ou dificultam a inserção no processo produtivo, reduzindo as possibilidades de acesso aos bens de consumo.

Os números relacionados aos casos de DRC estão em elevado crescimento e trazem consideráveis repercussões econômicas, requerendo medidas que reflitam na redução da incidência e dos custos com o tratamento (SILVA JUNIOR, *et al.*, 2018).

No Brasil, de 2004 a 2011 a Doença Renal Crônica Terminal (DRCT) consumiu 46,5% dos recursos destinados ao bloco da média e alta complexidade (PESCUMA JUNIOR; MENDES, 2013). Em 2012, obteve-se a estimativa de 97.586 pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS), demonstrando um crescimento aproximado de 2,3 vezes, no período de 12 anos (SESSO, *et al.*, 2014).

Em 2016 verificou-se aumento de 31,5 mil pacientes a partir 2012 (SESSO, *et al.*, 2017). Nesse mesmo período a prevalência da DRC passou para 596 pessoas por milhão de pessoas (pmp) e a incidência foi de 193 pacientes pmp. Desses, 19% eram da região nordeste, sendo esta a segunda colocada no ranking de incidência (SESSO, *et al.*, 2017).

Para 2017, o número total de pessoas em diálise no Brasil foi estimado, em 126.583. O crescimento foi de 159,4% de 2002 a 2017. Ressalte-se: dos 48.596 pacientes que recebiam tratamento nos 291 centros participantes do inquérito Brasileiro de Diálise Crônica, 82% tiveram suas despesas pagas pelo SUS (THOMÉ, *et al.*, 2019).

Diante dessa preocupante dimensão que a DRC tem alcançado elevam-se as discussões sobre possíveis meios de redução de custos, principalmente no Brasil, onde crises políticas e econômicas são constantes, uma vez que o forte impacto financeiro e social dessa doença atinge os sistemas de saúde e alcança também os pacientes, sua família e a sociedade em geral (SILVA JUNIOR, *et al.*, 2018).

Essas discussões perpassam sobre a complexidade dos tratamentos direcionados à DRC, que dão maior visibilidade aos cuidados em níveis secundários e terciários. Portanto, verifica-se a urgência em subsidiar a atenção primária, uma vez que o acompanhamento dos usuários nesse nível de atenção pode elevar as chances de prevenção, diagnóstico precoce e retardo da progressão da DRC, evitando a terapia renal substitutiva (TRS), o que se constitui como estratégia eficaz para a redução de custos (SILVA JUNIOR, *et al.*, 2018).

Corroborando essa afirmativa, um estudo realizado por Pereira *et al.* (2016) sobre a prevalência e fatores associados à DRC entre adultos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), identificou que idade ≥ 60 anos, sexo masculino, Diabetes Mellitus (DM) e consumo de álcool são fatores associados à DRC, sugerindo a necessidade de rastreamento e monitoramento para a doença em adultos. Essa avaliação inicial, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), encontra-se no escopo da ESF, que se constitui na principal porta de entrada para a rede assistencial e encaminhamento às especialidades (MACINKO; HARRIS, 2015).

Portanto, considerando os grupos de risco para DRC, importa que os profissionais da ESF estejam atentos ao cuidado a ser prestado na comunidade, cuidado esse que se concretiza, entre outras estratégias, pelas ações educativas, estratificação de grupos de risco, avaliação da função renal, detecção da proteinúria e cálculo da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), favorecendo a prevenção da insuficiência renal (MELO, *et al.*, 2016).

Assim, entende-se que a prevenção da DRC se constitui em um desafio aos profissionais da ESF, havendo necessidade de maior enfoque no que diz respeito

às atividades preventivas e ao aperfeiçoamento das ações de promoção da saúde.

Considera-se importante pesquisar sobre a prevenção da DRC junto às Equipes de Saúde da Família (EqSF), tendo em vista que os resultados desta pesquisa poderão ser utilizados para subsidiar intervenções que favoreçam a qualificação dos profissionais e reflitam na prática assistencial, promovendo melhorias na qualidade da atenção aos usuários.

A motivação para esse estudo decorreu, inicialmente, da participação da pesquisadora no curso de especialização em Nefrologia Multidisciplinar, desenvolvido pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), gerando certa inquietação ao observar a incipiência das ações direcionadas aos pacientes que compõem o grupo de risco para DRC, conduzindo portanto, à percepção da necessidade de uma intervenção mais criteriosa nesse cuidado.

Desta feita, parte-se do pressuposto de que as ações de prevenção à DRC são insuficientes e que o diagnóstico da doença ocorre tardiamente, levando à urgência da TRS e até mesmo ao óbito.

Portanto, este estudo buscou averiguar se os profissionais das equipes de Saúde da Família realizam adequadamente a prevenção à DRC, sendo direcionado pelas seguintes questões norteadoras: como os profissionais da ESF compreendem as ações prevenção à DRC? De que forma essas ações são desenvolvidas?

Desse modo, o objetivo geral foi analisar as ações de prevenção à Doença Renal Crônica realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. E os objetivos específicos: investigar o conhecimento dos profissionais sobre a prevenção à Doença Renal Crônica e conhecer como é realizado o trabalho de prevenção à Doença Renal Crônica.

A presente dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro inicia-se por meio desta introdução que apresenta um panorama geral acerca da problemática da DRC trazendo também os objetivos da pesquisa. O capítulo dois traz a revisão da literatura que serve de suporte e lança luzes sobre as discussões.

O capítulo três detalha o caminho metodológico percorrido durante a pesquisa, trata sobre o instrumento de coleta de dados e técnica de análise. O quarto capítulo apresenta os resultados e discussões, em formato de artigo apresentando a análise acerca das concepções e práticas dos profissionais da ESF sobre a prevenção à DRC e uma reflexão sobre essa prática. E, por fim, no último capítulo, são

apresentadas as considerações finais que estabelecem argumentos a respeito desta pesquisa e recomendações sobre a temática pesquisada.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceituando a Doença Renal Crônica

O Ministério da Saúde nas suas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC sugere que essa doença faça parte do grupo das Doenças Cardiovasculares e a denomina como doença renocardiovascular (BRASIL, 2014). Trata-se de uma afecção na qual ocorre perda progressiva e geralmente irreversível da filtração glomerular, ou seja, da função renal (ALMEIDA, *et al.*, 2013).

Diante de seu caráter progressivo e irreversível, a DRC resulta em uma série de desajustes bioquímicos, clínicos e metabólicos, os quais são responsáveis por altas taxas de hospitalização, morbidade e mortalidade (OLIVEIRA, *et al.*, 2016).

A DRC é classificada em estágios que vão do um ao cinco (QUADRO 1). Essa classificação deve ser considerada no cuidado ao paciente acometido, pois se relacionada aos desfechos da doença, visando controlar os fatores de progressão (BRASIL, 2014).

Quadro 1 – Classificação da DRC

Estágio	TFG (ml/min/1,73m ²)
1	≥ 90
2	60 – 89
3a	45 – 59
3b	30 – 44
4	15 – 29
5	< 15

Fonte: Brasil (2014).

O diagnóstico da DRC se dá a partir do sumário da urina, dosagem da creatinina sérica com TFG estimada e de um exame de imagem, sendo preferencial a ultrassonografia das vias urinárias. Assim, considera-se presença de DRC nos seguintes casos: TFG < 60ml/min/1,73m² por pelo menos três meses consecutivos, ou presença de no mínimo um marcador de dano renal parenquimatoso, ou ainda ocorrência de alteração no exame de imagem (BRASIL, 2014).

Ressalte-se, são considerados marcadores de dano renal: a albuminúria > 30 mg/24h; Relação Albuminúria Creatininúria (RAC) > 30 mg/g; hematúria de origem

glomerular, na qual há presença de cilindros hemáticos ou dismorfismo eritrocitário no sumário de urina; e as alterações eletrolíticas ou outras anormalidades tubulares (BRASIL, 2014).

O tratamento da DRC é classificado em conservador, pré-dialítico e TRS (BRASIL, 2014), e a complexidade do cuidado aos pacientes revela a necessidade de uma abordagem interdisciplinar (PENA, *et al.*, 2012).

O tratamento conservador, destinado aos pacientes nos estágios 1 a 3, abrange o controle dos fatores de risco para a progressão da DRC, para os eventos cardiovasculares e mortalidade, objetivando, como o próprio nome já declara, conservar a TFG pelo maior tempo possível (BRASIL, 2014).

A pré-diálise, indicada aos pacientes com DRC nos estágios 4 a 5 não dialíticos (4 a 5ND), consiste em manter o tratamento conservador e realizar o preparo adequado para a TRS. Esta, por sua vez, compreende a utilização de uma das modalidades de substituição renal aos pacientes que se encontram no estágio 5 dialítico (5D) (BRASIL, 2014).

Segundo Oliveira *et al.* (2016), o diagnóstico e o tratamento da DRC trazem consigo perdas nos âmbitos profissional, social, sexual e psicológico, resultando em impactos fisiológicos e emocionais que acarretam expressivas mudanças de vida e de auto percepção e que impactam negativamente na Qualidade de Vida (QV).

2.2 Situação Epidemiológica da DRC

Os Estados Unidos registraram em 2017 o quantitativo de 123.688 novos pacientes em tratamento dialítico, superando os números brasileiros em mais de três vezes. No entanto, a incidência americana tem se estabilizado no decorrer dos anos, enquanto que no Brasil está crescendo. Segundo estimativas esse crescimento ocorre principalmente na região Norte e Nordeste (THOMÉ, *et al.*, 2019).

O Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica realizado em 2017 estimou a taxa de prevalência de pacientes em TRS em 865/pmp. As principais doenças de base para a DRC continuaram sendo a HAS (34%) e o DM (31%), não apresentando mudanças significativas nas proporções dos diagnósticos primários nos últimos anos (THOMÉ, *et al.*, 2019).

No que diz respeito aos óbitos, para 2016 foram 22.337 correspondendo à taxa de mortalidade bruta de 18,2% (SESSO, *et al.*, 2017). Em 2017 esse número

subiu para 25.187, mostrando uma taxa de mortalidade bruta de 19,9% (THOMÉ, *et al.*, 2019).

No Maranhão, um estudo realizado em dois centros de diálise localizados na cidade de Imperatriz verificou que 83% dos pacientes em tratamento dialítico tinham HAS e 25% apresentavam DM. Em relação aos antecedentes familiares, 57%, 41% e 19% relataram história de HAS, DM e DRC, respectivamente (NUNES, *et al.*, 2014).

Estudo realizado por Coutinho e Tavares (2011) caracterizou os pacientes maranhenses em tratamento hemodialítico, verificando predominância de pessoas do sexo masculino (57,6%), com faixa etária entre 41 a 60 anos (46,9%), casados (59,6%) de cor parda (43,3%), com ensino fundamental (39,4%) e com renda familiar de um a dois salários mínimos (63,9%).

Esse mesmo estudo observou que a doença de base referida por 49,7% dos 330 pacientes entrevistados foi a HAS, seguida pela DM com 15,7%, Hipertensão e Diabetes simultaneamente 18,1%, infecção renal 9,1%, e por último problemas cardíacos e glomerulonefrites com 3,9% e 3%, respectivamente.

2.3 Estratégias de Prevenção à DRC

A prevenção à DRC consiste em tratar e controlar os fatores de risco que podem ser modificados, a saber: HAS, DM, dislipidemias, obesidade, doenças cardiovasculares e tabagismo. Ressalta-se ainda, a necessidade de uso racional de medicações, em especial aquelas que apresentam efeitos nefrotóxicos (BRASIL, 2014).

O sucesso terapêutico da doença primária é de suma importância na prevenção da DRC. Portanto é necessário entender que as intervenções para prevenir, reduzir ou reverter a progressão da perda da função renal devem ser instituídas o mais precoce possível. Dentre essas intervenções, o controle da HAS torna-se imperativo, pois as evidências mostram estreita relação entre HAS e a progressão desfavorável na função renal (NEVES, 2014).

Apesar da prevenção da DRC ser dependente de muitas intervenções predominantemente médicas, há medidas de grande importância, a exemplo do controle da pressão arterial, avaliação das reações à terapia medicamentosa, do débito urinário, avaliação das características da diurese e presença de proteinúria,

acompanhamento da dieta, orientações específicas e individualizadas aos pacientes, etc., que podem ser realizadas pelos demais profissionais (NEVES, 2014), a exemplo dos enfermeiros (as), técnicos (as) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que em conjunto com o médico, compõem a equipe de Saúde da Família.

Assim, essa organização dos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS) privilegia o relacionamento entre o profissional e a comunidade (MELO, *et al.*, 2016). Esse relacionamento privilegiado permite a identificação de diversas situações problemas que levarão a necessidade de intervenções, entre elas demandas educativas, que são de suma importância para a promoção da saúde e conseqüentemente para prevenção e controle de doenças ou agravos relacionados ao desenvolvimento da DRC.

Ressalta-se que ESF favorece a qualidade de vida e caracteriza-se como um centro ativo e dinâmico, imprescindível para a promoção da saúde e prevenção de DCNT, entre elas a DRC, sendo considerada como referência para facilitar o acesso a todos os níveis de atenção, uma vez que seus atributos tornam possível o rastreamento de doenças, apresentando relevante papel no trabalho de prevenção à DRC (MELO, *et al.*, 2016).

Portanto, há necessidade de se desenvolver estratégias que visem a educação popular, bem como a adoção de medidas para a promoção da saúde e acompanhamento adequado das pessoas com HAS e DM, inclusive atentando para a necessidade de realizar testes de função renal periodicamente (DALLACOSTA; DALLACOSTA; MITRUS, 2017).

Porém, prevenir de forma eficaz as doenças e agravos às populações requer organização, empenho e preparo das equipes de saúde. Assim, recursos como protocolos, capacitações e Educação Permanente em Saúde (EPS) são meios que podem tornar as ações profissionais mais efetivas e facilitar o enfrentamento da DRC (MELO, *et al.*, 2016).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa determina a aproximação entre o sujeito e o objeto, possibilitando resgate dos motivos e intenções, a partir dos quais as ações e relações ganham significado.

A abordagem qualitativa também permite compreender o ser humano, sua complexidade e profundidade, proporciona aproximação à prática e promove o desenvolvimento da assistência à saúde por meio de vivências e relações sociais (KERR; KENDALL, 2013), pois permite compreender, descrever e analisar a realidade por meio da dinâmica das relações, abordando significados, aspirações, crenças, valores, atitudes, percepções, opiniões e interpretações (MINAYO, 2014).

Para tanto, a pesquisa qualitativa exige a imersão do pesquisador no campo de estudo, além da necessidade de lidar com a subjetividade dos participantes. Independente da técnica de coleta de dados utilizada, requer atenção ao contexto da pesquisa, bem como utilização do rigor metodológico (MEDEIROS, 2012).

Por sua vez, o estudo descritivo é utilizado para obter informações sobre as características de determinado problema ou questão, indo além da pesquisa exploratória, pois além examinar o problema, busca também avaliar e descrever as características das questões que lhe forem pertinentes (COLLIS; HUSSEY, 2005).

3.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Presidente Juscelino, MA, localizado a 85 km da capital São Luís, cuja população estimada para 2019, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), alcança 12.734 habitantes.

A rede de saúde do município é composta por um Hospital Municipal com atendimento clínico geral e obstétrico, um polo da Academia de Saúde e 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde atuam 5 Equipes da ESF e 5 Equipes de Saúde Bucal (ESB).

A pesquisa ocorreu nas quatro UBS que sediam as cinco equipes de Saúde

da Família, cujos territórios adscritos compreendem 100% de cobertura no município. Essas UBS dispõem dos seguintes profissionais de saúde: cinco médicos, cinco enfermeiras, cinco técnicas de enfermagem, cinco odontólogos, cinco auxiliares de saúde bucal, uma fisioterapeuta e 42 ACS.

Três dessas unidades estão localizadas na zona rural do município e uma na zona urbana. A UBS localizada na zona urbana sedia duas equipes de Saúde da Família. Os atendimentos à população ocorrem nos turnos matutino e vespertino.

3.3 População e amostra

A população deste estudo constituiu-se pelos médicos, enfermeiras, técnicos em enfermagem e ACS que atuavam nas equipes no período da coleta de dados. A amostra ocorreu por acessibilidade, foram excluídos os profissionais que não aceitaram participar da pesquisa e os que participaram do teste piloto para verificação e adequação do instrumento de coleta de dados.

Dessa forma fizeram parte da amostra os profissionais que se encontravam nas UBS no momento da visita da pesquisadora, a saber: um médico, quatro enfermeiras, três técnicas de enfermagem e sete ACS, totalizando 15 profissionais.

3.4 Coleta e análise de dados

A coleta de dados ocorreu no período de junho a agosto de 2019. Foi realizada pela pesquisadora, com auxílio de uma profissional enfermeira vinculada à Universidade Federal do Maranhão (UFMA), após treinamento sobre pesquisa qualitativa e técnicas de entrevista. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que duraram em média 20 minutos e ocorreram conforme disponibilidade dos participantes, cujas falas foram gravadas e transcritas na íntegra.

A entrevista é essencialmente uma conversa entre dois ou mais interlocutores, realizada por um entrevistador, que se destina a construir informações a respeito do objeto de pesquisa (MINAYO, 2014). Segundo Trivinõs (2012), a entrevista semiestruturada é um dos principais meios de coleta de dados em pesquisas qualitativas, pois ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece ao entrevistado a liberdade e espontaneidade que enriquecem a investigação.

Foi utilizado um roteiro testado previamente para nortear a entrevista. A primeira parte desse roteiro serviu para a caracterização sociodemográfica dos profissionais e a segunda parte, com três questões, abordou acerca da prevenção à DRC (Apêndice B).

Visando preservar a identidade dos participantes e manter o anonimato foi utilizado para cada entrevistado a primeira letra referente a cada categoria profissional seguida de números arábicos sequenciais de acordo com a ordem das transcrições.

Para melhor elucidação do desenho do estudo, na sua primeira fase foi caracterizado o perfil dos profissionais; na segunda fase, interpretou-se as falas dos participantes submetendo-as à Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2016) e sistematizada por Minayo (2014).

Esse tipo de análise é organizada em etapas, sendo a que melhor se adéqua à investigação qualitativa, pois permite descobrir os núcleos de sentido na comunicação que tenham significado para o objeto de pesquisa (MINAYO, 2014). Desse modo a organização da análise de conteúdo perpassou pelas seguintes etapas:

- A) Pré-análise - quando foram escolhidos e analisados os documentos para elaboração dos indicadores que orientaram a interpretação final dos resultados.
- B) Exploração do material – quando os dados foram codificados, classificados e agregados em categorias que especificaram os temas.
- C) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – quando foram interpretados os dados categorizados, relacionando-os com as dimensões teóricas que ocorreram durante a leitura do material coletado.

Portanto, primeiramente realizou-se uma leitura flutuante de acordo com a orientação da literatura em foco. A partir dessa leitura emergiram as unidades de sentido, que foram submetidas a análise de frequência.

Em seguida as unidades de sentido foram agregadas e classificadas em unidades temáticas, das quais surgiram as categorias e subcategorias que permitiram verificar, com base nos aportes teóricos, como se dá a prevenção à DRC na ESF.

Desta feita, elucidou-se duas categorias temáticas, a saber: *Concepção dos profissionais sobre as ações de prevenção à DRC* e *O fazer das equipes*. A primeira com duas subcategorias: orientar hábitos saudáveis e acompanhamento clínico/medicamentoso e a segunda com três subcategorias: ausência de coordenação do cuidado, processo de trabalho fragmentado e ênfase na visita domiciliar.

3.5 Considerações éticas

Após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), sob parecer nº 3.209.875 (Anexo A), e autorização da secretária de saúde do município de Presidente Juscelino, MA, por meio de carta de anuência (Apêndice C), os profissionais foram convidados a participar mediante explicação detalhada e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), que foi redigido em linguagem clara e trouxe informações sobre liberdade de recusar-se a participar ou desistir da pesquisa a qualquer momento.

A pesquisa aconteceu obedecendo aos princípios éticos dispostos na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando a defesa dos direitos humanos, respeito aos valores socioculturais, religiosos e morais, a confidencialidade das informações e a privacidade aos participantes (BRASIL, 2016).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e as discussões estão apresentados em forma de artigo intitulado: Concepções e Práticas dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre Prevenção à Doença Renal Crônica, que foi submetido à revista Interface (Botucatu).

4.1 Artigo

Concepções e práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre prevenção à Doença Renal Crônica

Conceptions and practices of Family health strategy professionals on prevention to Chronic Renal Disease

Concepciones y prácticas de profesionales de la estrategia de salud familiar sobre prevención de Enfermedades Renales Crónicas.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar as ações de prevenção à Doença Renal Crônica na Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu de junho a agosto de 2019. Das entrevistas emergiram duas categorias: Concepções sobre prevenção à Doença Renal Crônica e O fazer das equipes. Os resultados apontam para a educação em saúde e controle das doenças de base, porém se sobressai a visão biomédica, prescritiva, em detrimento da valorização do diálogo e do empoderamento dos sujeitos. Acredita-se que estes resultados possam promover reflexões sobre a prevenção à Doença Renal Crônica, subsidiar intervenções para a qualificação profissional e organização dos processos de trabalho, refletindo em melhorias na qualidade da atenção aos usuários que compõem o grupo de risco para a doença.

Palavras chave: Doença Renal Crônica, Prevenção, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the actions to prevent Chronic Kidney Disease in the Family Health Strategy. This is a descriptive research with a qualitative approach. Data collection took place from June to August 2019. From the interviews, two categories emerged: Conceptions on Chronic Kidney Disease prevention and Team

Doing. The results point to health education and control of basic diseases, but the prescriptive biomedical view stands out, to the detriment of valuing dialogue and empowering the subjects. It is believed that these results may promote reflections on the prevention of chronic kidney disease, subsidize interventions for professional qualification and organization of work processes, reflecting improvements in the quality of care provided to users who make up the risk group for the disease.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Prevention, Family Health Strategy.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar las acciones para prevenir la enfermedad renal crónica en la estrategia de salud familiar. Esta es una investigación descriptiva con un enfoque cualitativo. La recopilación de datos tuvo lugar de junio a agosto de 2019. De las entrevistas surgieron dos categorías: Concepciones sobre prevención de la enfermedad renal crónica y Team Doing. Los resultados apuntan a la educación sanitaria y al control de enfermedades básicas, pero se destaca la visión biomédica prescriptiva, en detrimento de valorar el diálogo y empoderar a los sujetos. Se cree que estos resultados pueden promover reflexiones sobre la prevención de la enfermedad renal crónica, subsidiar intervenciones para la calificación profesional y la organización de procesos de trabajo, lo que refleja mejoras en la calidad de la atención brindada a los usuarios que conforman el grupo de riesgo de la enfermedad.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica, Prevención, Estrategia de salud familiar.

Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) apresentam fatores de risco comuns, trazem prejuízo ao paciente, à família, à comunidade e geram repercussões tanto biológicas, quanto econômicas e sociais.

Neste grupo, cita-se a Doença Renal Crônica (DRC), que se apresenta como problema de grande relevância para a saúde pública, exigindo múltiplas abordagens no seu tratamento, bem como diagnóstico precoce para instituição de medidas capazes de reduzir sua progressão¹.

Segundo Delfino², as pessoas com DRC tem a capacidade física alterada, apresentam limitações para se locomover e realizar atividades, seja no trabalho, no estudo ou no lar. O autor destaca ainda que os prejuízos decorrentes da DRC interferem negativamente no estilo de vida, na autoestima e interrompem ou dificultam a inserção no processo produtivo, reduzindo as possibilidades de acesso aos bens de consumo.

No Brasil, em 2016 verificou-se aumento de 31,5 mil pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS) a partir de 2012 e nesse ano a incidência foi de 193 pacientes

pmp (por milhão de pessoas)³. A incidência continua crescendo e estimativas mostram que esse crescimento ocorre principalmente na região Norte e Nordeste⁴.

No que diz respeito aos óbitos, em 2016 ocorreram 22.337, correspondendo à taxa de mortalidade bruta de 18,2% (SESSO, *et al.*, 2017). Em 2017 esse número subiu para 25.187, mostrando uma taxa de mortalidade bruta de 19,9%⁴.

O número total de pessoas em diálise no ano de 2017 foi estimado em 126.583. Chamou a atenção que dos 48.596 pacientes que recebiam tratamento nos 291 centros participantes do inquérito Brasileiro de Diálise Crônica, 82% tiveram suas despesas pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

Diante dessa preocupante dimensão que a DRC tem alcançado elevam-se as discussões sobre possíveis meios de redução de custos, principalmente nos países como o Brasil, onde crises políticas e econômicas são constantes, uma vez que o forte impacto financeiro e social desta doença atinge os sistemas de saúde e alcança também os pacientes, sua família e a sociedade em geral⁵.

Assim, verifica-se a necessidade de subsidiar a Atenção Primária em Saúde (APS), uma vez que o acompanhamento dos usuários nesse nível de atenção pode elevar as chances de prevenção, diagnóstico precoce e retardo da progressão da DRC, evitando a TRS⁵.

Desta feita, considerando os grupos de risco para DRC, a exemplo dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM), acredita-se que o trabalho da Equipe de Saúde da Família (EqSF) e seu cuidado à comunidade favorecem a prevenção da insuficiência renal. Cuidado este que se concretiza, entre outras estratégias, pelas ações educativas, estratificação de grupos de risco, avaliação da função renal, detecção da proteinúria, entre outros⁶. Assim, torna-se necessário enfoque no que diz respeito às atividades preventivas e ao aperfeiçoamento das ações de promoção da saúde.

Diante do exposto, o objetivo da estudo foi analisar as ações de prevenção à DRC na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo direcionado pelas seguintes questões norteadoras: como os profissionais da ESF compreendem as ações prevenção à DRC? De que forma essas ações são desenvolvidas?

Percurso metodológico

Trata-se uma investigação de caráter descritivo com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município de

pequeno porte no Nordeste brasileiro, cuja rede de saúde é composta por um Hospital Municipal com atendimento clínico geral e obstétrico, um polo da Academia de Saúde e 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde atuam 5 Equipes da ESF e 5 Equipes de Saúde Bucal (ESB).

A amostra ocorreu por acessibilidade e foi composta por 15 profissionais tanto de nível médio, quanto de nível superior, a saber: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A coleta de dados ocorreu no período de junho a agosto de 2019. Foi feita pela pesquisadora, com auxílio de uma profissional enfermeira vinculada à Universidade Federal do Maranhão (UFMA), após treinamento sobre pesquisa qualitativa e técnicas de entrevista.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, seguindo um roteiro previamente testado, que abordou a caracterização sociodemográfica dos participantes e questões relacionadas à prevenção da DRC na ESF. Tais entrevistas duraram em média 20 minutos e ocorreram conforme disponibilidade dos profissionais, cujas falas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Os dados foram analisados de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin⁷ e sistematizada por Minayo⁸, perpassando três etapas: pré-análise, exploração e tratamento do material e interpretação dos dados obtidos. A exploração do material elucidou duas categorias temáticas, a saber: “Concepções sobre prevenção à DRC” e “O fazer das equipes”. A primeira com duas e a segunda com três subcategorias (Quadro 1).

Quadro 1 - Distribuição das categorias e subcategorias temáticas.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
Concepções sobre prevenção à DRC	Orientar hábitos saudáveis	42
	Acompanhamento clínico/medicamentoso	07
O fazer das equipes	Ausência de coordenação do cuidado	27
	Processo de trabalho fragmentado	23
	Ênfase na visita domiciliar	13

Fonte: Pesquisa de campo

Visando preservar a identidade dos participantes e manter o anonimato, foi utilizado para cada entrevistado a primeira letra do nome da categoria profissional e números arábicos sequenciais que corresponderam à ordem das transcrições.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), sob parecer consubstanciado nº 3.209.875.

Resultados e Discussão

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A maioria dos entrevistados foi do sexo feminino, a faixa etária variou entre 24 e 58 anos e houve predominância de profissionais com tempo de atuação na ESF de 1 a 3 anos.

No que diz respeito à escolaridade observou-se que cinco ACS concluíram o ensino médio, duas técnicas de enfermagem cursaram ensino superior, um médico e uma enfermeira afirmaram ter pós-graduação em Saúde da Família.

CATEGORIA 1: Concepções sobre Prevenção à DRC

Esta primeira categoria diz respeito às concepções dos profissionais sobre prevenção à DRC, sendo composta por duas subcategorias: “orientar hábitos saudáveis” e “acompanhamento clínico/medicamentoso”, que somaram 49 unidades de sentido.

Orientar hábitos saudáveis

Alguns discursos demonstraram o entendimento de que os hábitos saudáveis são essenciais à prevenção da DRC, citando que orientar, informar, ou repassar informações sobre alimentação adequada e prática de atividade física, se constituem em algumas formas de promover a adoção de um estilo de vida saudável. Senão, vejamos:

“No meu entender aqui na Estratégia de Saúde da Família é a prevenção... se mudar os hábitos das pessoas no início, elas não vão desenvolver uma doença crônica [...] mudando os hábitos alimentares, sedentarismo, se previne uma doença futura”. (T2)

“A prevenção da Doença Renal Crônica se dá na Estratégia de Saúde da Família [...] orientando melhorias nos hábitos de vida, alimentação [...] essas medidas fazem muita diferença”. (E3)

Diversos estudos mostram que a adesão ao estilo de vida baseado em hábitos saudáveis, como dieta adequada, prática regular de atividade física e controle do peso, melhora a função renal, previne, reduz a incidência e retarda a progressão da DRC⁹⁻¹¹.

Corroborando esses resultados, em estudo retrospectivo sobre a relação entre mudanças no estilo de vida e incidência de DRC, Mischishita et al¹² observaram que a intervenção precoce, com foco na pressão sanguínea e nos controles glicêmicos, é essencial para impedir o desenvolvimento da doença.

Assim, é primordial que os profissionais de saúde incentivem os usuários a avaliarem seus hábitos e a encontrar recursos para modificá-los quando necessário¹³, pois a EqSF tem como papel fundamental promover a adesão a um estilo de vida saudável¹⁴.

No entanto, para que o incentivo seja eficaz é necessário pôr em prática a educação libertadora apregoada pelo filósofo e educador Paulo Freire¹⁵, a qual se baseia no diálogo que promove o encontro entre o refletir e o agir, levando à transformação dos sujeitos e do mundo onde estes se inserem.

Porém, mesmo verificando que alguns discursos relacionaram a prevenção da DRC às práticas educativas, as quais se constituem em ferramenta eficaz para tomada de consciência do usuário, esses discursos apontam uma educação verticalizada, pouco participativa, que não valoriza o conhecimento e a realidade do paciente, baseada apenas no repasse de informações, indicando a necessidade de promoção da autonomia e do empoderamento dos sujeitos no processo de saúde:

“O que eu entendo é isso [...] falar sobre alimentação, pressão arterial, diabetes... são os fatores principais que fazem com que a pessoa adoça [...] e a prevenção é a palestra.” (A3)

“Primeiramente eu repasso as informações aos agentes de saúde, pois eles estão mais próximos da comunidade, conhecem melhor que a gente... eles repassam as informações e eu reforço.” (E1)

Tais discursos demonstram uma visão bancária da educação, na qual o educador se põe à frente como aquele que detém o saber, tem o poder de escolha e prescreve sua opção, que deve ser seguida de maneira dócil e disciplinada. Enquanto isso os educandos são aqueles que nada sabem, tidos como depósitos, seres passivos, incapazes e impedidos de desenvolverem a consciência crítica, por meio da qual o sujeito teria poder de transformar o mundo que o rodeia¹⁵.

Assim, verifica-se nos relatos, que as práticas educativas desenvolvidas pelas EqSF, contrastam com o que prega Paulo Freire¹⁵ em sua obra *Pedagogia do Oprimido*, onde discorre sobre a educação problematizadora, dialógica, como prática para a liberdade, em que o conteúdo não se resume a imposições ou a um conjunto de informes a ser transmitido, mas no diálogo necessário à tomada de consciência, percepção de si mesmos e de sua realidade.

Portanto, para que as ações de educação em saúde sejam efetivas levando a mudanças positivas nos hábitos de vida é importante que os profissionais envolvidos conheçam e respeitem a objetividade e a subjetividade dos sujeitos, entendendo que educar para a saúde requer a promoção do diálogo, ao lado da produção do conhecimento¹⁴.

Assim, evidencia-se que incentivar a mudança de hábitos é de suma importância para melhoria na qualidade da saúde e para a prevenção da DRC. Entretanto, para que haja adesão a esses hábitos é imprescindível desenvolver, junto aos usuários, um trabalho educativo capaz de promover mudança de comportamentos e atitudes.

Entende-se que para estimular a adoção aos hábitos saudáveis, as EqSF devem ser capazes de compreender e executar atividades educativas que objetivem a prevenção de doenças e a promoção da saúde, por meio do empoderamento do sujeito, ultrapassando a ótica da simples prescrição¹⁶.

Acompanhamento clínico/medicamentoso

Outras narrativas, relacionaram a prevenção da DRC com acompanhamento clínico aos pacientes dos grupos de risco. Os profissionais entendem que a prevenção à doença se dá por meio do uso adequado das medicações para controle da HAS e DM, como destacam os seguintes discursos:

“Para a prevenção da Doença Renal Crônica eu ressalto a importância do uso correto e regular das medicações [...] verifico se eles estão sendo acompanhados mensalmente pela equipe.” (E1)

“Entendo que a prevenção da Doença Renal Crônica na Estratégia de Saúde da família [...] ocorre com o tratamento contínuo dessas doenças, a Hipertensão e o Diabetes... para que essas doenças não evoluam para uma Doença Renal Crônica.” (E2)

As ações dos profissionais de saúde devem ser direcionadas à prevenção dos agravos e das doenças. No que diz respeito à DRC, que se apresenta de forma assintomática ou oligossintomática e se manifesta já nas fases moderada a severa da insuficiência renal¹⁷, tona-se de singular importância a captação precoce, bem como acompanhamento continuado e adequado dos pacientes de risco, entre eles os indivíduos com HAS e DM^{6,17}.

A ESF quando organizada, estruturada e capacitada, apresenta-se como espaço de transformação ativo e dinâmico para promoção da saúde⁶. Desta feita, espera-se que as EqSF realizem ações voltadas para promoção e prevenção da DRC, conforme propõe a Portaria 1675/2018¹⁸ que dispõe sobre a organização, funcionamento e financiamento do cuidado à pessoa com DRC e preconiza a atenção com abordagem integral visando, entre outros quesitos, prevenir a doença renal, identificar os determinantes das doenças que levam à doença renal e desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida.

Apesar da importância dos medicamentos para controle das doenças de base para a DRC, o acompanhamento adequado dos pacientes de risco envolve outras ações que em conjunto com a terapêutica medicamentosa são consideradas indispensáveis para prevenir esse problema de saúde.

Assim, a preocupação do profissional quanto à realização dos exames de rotina, prescrição adequada e fornecimento das medicações, identifica apenas algumas das interfaces do cuidado, pois há necessidade de ampla abordagem, no intuito de colaborar para prevenção da DRC¹⁹.

Portanto, faz-se necessária nos serviços, entre outras intervenções, uma prática educacional que adote estratégias efetivas, capazes de favorecer o autoconhecimento, a aceitação, a mudança de comportamento e o autocuidado, importantes que são para prevenir a DRC²⁰.

Nesse sentido, ressalta-se o valor do diálogo como extensão do cuidado, baseado na escuta qualificada e que disponibilize a oportunidade de expressão, fomentando o estabelecimento de uma terapêutica baseada no respeito, permitindo ao usuário ser protagonista e se empoderar da sua condição de saúde¹⁹.

Diante do exposto, cabe à gestão a implantação e o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde (EPS), para capacitação e aperfeiçoamento dos trabalhadores²¹, apresentando propostas planejadas e desenvolvidas a partir das

necessidades evidentes no processo de trabalho e lançando mão principalmente, da aprendizagem significativa²².

CATEGORIA 2: O Fazer das Equipes

Esta categoria compreende o conjunto de três subcategorias, cujas unidades temáticas referiram-se à prática dos profissionais da ESF quanto a prevenção da DRC. As subcategorias que a compõem são: “Ausência de Coordenação do cuidado”, “Processo de Trabalho Fragmentado” e “Ênfase na Visita Domiciliar”, perfazendo um total de 62 unidades de análise.

Ausência de Coordenação do Cuidado

Os discursos apontaram falhas na coordenação do cuidado e falta de conhecimento e responsabilização sobre a situação de saúde dos usuários adscritos. As falas mostraram ainda que os próprios componentes das equipes percebem a necessidade de maior responsabilização da ESF, quanto ao cuidado para prevenção da DRC:

“Ele vai fazer os exames básicos de rins, mas não faz hemodiálise. Aí o médico do hospital acompanha ele. Nossa equipe não acompanha. Do hospital ele vai para São Luís.” (A3)

“Uma paciente com Doença Renal Crônica grau IV, foi encaminhada para a nefrologia, mas ela procurou o serviço particular... aí eu não tenho o feedback dessa paciente.” (M1)

“Nenhuma ação está sendo feita... acontecia antigamente... se fazia busca ativa de hipertensos, de pessoas com diabetes [...] não estão dando importância aos casos que estão acontecendo.” (A2)

Desde 1960 a APS é considerada a entrada obrigatória do sistema de saúde tendo como intuito filtrar o acesso aos serviços especializados, se constituindo no primeiro nível hierárquico a ser percorrido²³. Porém, apesar de ser considerada a entrada principal na rede, mesmo nos territórios cobertos por EqSF o primeiro acesso geralmente se dá via unidades de emergência, sejam elas hospitalares ou de pronto atendimento²⁴.

Convém ressaltar que a capacidade da APS em promover o equilíbrio entre os atendimentos programados e a demanda espontânea é o que a caracteriza como

local de primeiro contato e de procura continua²⁵. Todavia, estudo realizado por Santos e Giovanella²⁶ observou que as EqSF assumem papel apenas coadjuvante na regulação do acesso e coordenação do cuidado. Dessa forma a rede apresenta-se fragmentada e a APS, devido às restrições que enfrenta, fica à margem quando à prerrogativa de ordenadora do cuidado.

A fragmentação da rede, muitas vezes em decorrência de deficiências no âmbito gerencial, reflete nas práticas dos profissionais. Essas práticas, consoante observado nos discursos, revelaram que as ações de prevenção à DRC não são planejadas, são desenvolvidas indiretamente, de forma inespecífica e ao acaso, resultando em ineficácia e/ou ineficiência quanto à prevenção da doença:

“Ainda não desenvolvi uma campanha ou uma ação que esteja diretamente ligada a este tema: a prevenção da Doença Renal Crônica [...] infelizmente esse trabalho não foi feito.” (E4)

“De uma forma específica, assim voltada pra esse tema, eu creio que não tem. Assim... de uma forma geral tem [...]” (A4)

De acordo com Soranz²⁷, para obtenção de resultados consistentes nas ações de cuidado e maior alcance quanto à solução dos problemas, é necessário que a atenção primária tenha alta cobertura, boa estrutura física, boa formação profissional e processos de trabalhos organizados. Tais condições são capazes de prevenir doenças e evitar que sigam para estágios avançados.

Corroborando esta assertiva, estudo realizado por Pinto e Giovanela²³ sobre acesso e redução das internações por condições sensíveis à Atenção Básica, verificou baixo volume de buscas por atendimento nas UBS, mostrando que não são reconhecidas pelos usuários do SUS como serviço regular, o que pode estar relacionado à falta de resolutividade esperada.

Portanto, para que a APS seja capaz de coordenar o cuidado de forma eficaz, faz-se necessário o adequado funcionamento das redes de atenção por meio de fluxos bem definidos e integração entre os diversos setores de saúde²⁸.

Por outro lado, a responsabilização dos profissionais pode ser demonstrada, por exemplo, através de estratégias simples como a busca ativa dos usuários adscritos no território quando se verificarem alterações clínicas, laboratoriais, sociais ou quaisquer outras que demandem maiores cuidados e acompanhamento mais próximo²³.

Tal cuidado e atenção são indispensáveis ao bom andamento da situação de saúde da população adscrita e colaboram para a prevenção de doenças que, à semelhança da DRC, interferem nas atividades da vida diária (AVD), nos processos produtivos e econômicos, bem como nos âmbitos individual, familiar e comunitário.

Processo de Trabalho Fragmentado

Inferiu-se que o processo de trabalho se dá de forma fragmentada a partir de diversos aspectos verificados nos relatos, entre eles: deficiência quanto ao trabalho em equipe, falhas na supervisão aos ACS, médicos atuando nas unidades de saúde, mas não inseridos nas equipes, entre outros:

“Quando eu tinha médico tinha essa interação [...] já estou há muito tempo sem médico [...] depois que minha médica saiu veio outro, mas ficou meio... um pro lado outro pro outro.” (E2)

“Eu e a companheira minha que trabalha aqui, a outra técnica, [...] nós fazemos esse trabalho [...] agente de saúde não. Tá entendendo? Eu acredito que não, porque tem agente de saúde que nem visita o paciente.” (T1)

O trabalho fragmentado tem suas raízes nos modelos de produção taylorista-fordista que estimula a divisão de tarefas e culmina no afastamento dos integrantes da equipe de saúde, prejudicando a atenção integral²⁹. Em contrapartida, as EqSF têm como atribuições prover atenção contínua, organizada e integral à população adscrita, através da interprofissionalidade, de modo a incluir nesse cuidado áreas técnicas e profissionais distintas^{23,30}.

Alonso, Béguin e Duarte³¹ apontam a necessidade de se repensar sobre o trabalho da EqSF, defendendo que a promoção de um espaço de diálogo fortalecido, horizontalizado, com integração entre os membros, reflete positivamente no trabalho, mormente nos que diz respeito às demandas que envolvem os ACS, pois são considerados mediadores entre a população e a equipe, sendo necessário estarem preparados para trabalhar com a comunidade e para isto precisam de atualização constante³².

Dessa forma, a prática interprofissional deve se alicerçar no exercício do diálogo envolvendo a participação de todos os sujeitos nas decisões sobre o cuidado e avançando na simetria da relações³³.

Porém, estudo realizado por Heidemann et al.³⁴, bem como resultados encontrados nesta pesquisa, apontam que no cotidiano das equipes ainda predomina o trabalho fragmentado, pouco articulado e pobre em comunicação. Tal realidade pode ser responsável por comprometer a integralidade da atenção aos usuários e famílias, interferindo negativamente nas ações de promoção da saúde e prevenção dos problemas crônicos³⁵ entre os quais é possível citar a HAS, DM e, conseqüentemente, a DRC.

Também foi possível perceber nos resultados deste estudo, que há grande rotatividade de profissionais nas equipes, principalmente dos médicos e enfermeiros, o que pode ser verificado no seguinte relato:

“Porque a gente está com dificuldade de médico. Agora que ele começou, aí eu não sei como é o trabalho dele, a forma dele fazer essa prevenção.”
(A4)

Provavelmente, este fato resulta da precarização nos vínculos trabalhistas, que impedem a fixação profissional³⁶. Acredita-se que tal aspecto se relaciona diretamente à fragmentação do processo de trabalho, compromete o vínculo, a longitudinalidade e o sucesso terapêutico, necessários à manutenção da saúde e prevenção de doenças como a DRC, que demandam cuidados contínuos desde a gestação do indivíduo até a sua velhice, para o controle dos fatores de risco modificáveis³⁷.

Assim, considerando que a integralidade do cuidado está associada às condições dos serviços e à gestão dos trabalhos das EqSF, verifica-se necessidade de investir na melhoria destes serviços e também na educação permanente às equipes³⁸.

Outro fator possivelmente associado à fragmentação do processo de trabalho é a estrutura curricular dos cursos de graduação, que não promove a interprofissionalidade, segue a abordagem individualista e não favorece a atuação compartilhada^{39,40}. Por essa razão são temas de debates, nas diversas esferas envolvidas no cuidado, os processos de formação e a elaboração de políticas públicas para nortear as ações das equipes⁴¹.

Diante desse contexto, ressalta-se que na atenção à saúde deve-se abrir mão do modelo biomédico, considerar os aspectos socioculturais, psicológicos e comportamentais, sendo fundamental que haja troca de informações e vivências, pois

o partilhamento de experiências e saberes relaciona-se à eficácia das ações de promoção de saúde e prevenção das doenças¹⁴.

Compreende-se, portanto, que o enfrentamento à fragmentação do trabalho na ESF é possível à medida que se lance mão de elementos capazes de qualificar o trabalho da equipe, a exemplo da cooperação, comunicação, respeito mútuo, troca de conhecimentos e articulação das ações^{40,42}. Estes elementos, por sua vez, são de fundamental importância para o planejamento e implementação das atividades voltadas à prevenção da DCR.

Ênfase na Visita Domiciliar

Os relatos mostraram ainda que entre as atividades da equipe, a Visita Domiciliar (VD) é enfatizada como oportunidade de trabalhar a educação para a prevenção da DRC, bem como para acompanhar os pacientes que compõem o grupo de risco a partir da realidade verificada no domicílio. Os discursos indicaram também que essa estratégia de trabalho traz bons resultados para mudanças no estilo de vida dos usuários.

“Quando a gente visita [...], a gente pergunta se tem uma horta em casa, se tá comendo mais saudável, fritura [...] na casa dos nossos acamados já tem até horta... é ótimo a gente ver que eles estão mudando aos poucos.” (T2)

“A gente faz a visita na casa das famílias [...] olhamos os remédios [...] quando volto eu olho a quantidade [...] se não tiver menos comprimidos sei que ele não está tomando.” (A3)

“Quando a gente vai visitar a gente não vai só lá no idoso, só no hipertenso... a gente visita toda a família [...] é mais para prevenir, pra gente orientar... principalmente esses pacientes que já apresentam fatores de risco.” (A4)

A VD configura-se como significativa estratégia de qualificação da atenção e acompanhamento das condições de saúde, pois permite o diálogo, a troca, a obtenção das respostas às condutas, bem como a reavaliação das intervenções implementadas⁴³, podendo ser entendida como espaço de construção de novos conceitos e produções sobre o cuidar, uma vez que possibilita conhecer o contexto no qual o usuário e sua família estão inseridos⁴⁴⁻⁴⁶, ampliando a compreensão sobre o processo saúde/doença/cuidado⁴⁶.

Trata-se de uma atividade que deve ser desempenhada multidisciplinarmente, porém é realizada em maior frequência pelo ACS, permitindo a esse profissional identificar aspectos socioepidemiológicos, vulnerabilidades e potenciais riscos de agravos à saúde⁴⁷.

Em estudo sobre saberes e ações dos agentes de saúde, verificou-se que dentre as práticas desses profissionais na VD, relacionadas às doenças crônicas, é frequente o repasse de orientações sobre HAS e DM, a exemplo de abordagens dos temas exercício físico e alimentação³².

Isto mostra que as ações do ACS na VD podem estar diretamente relacionadas à prevenção da DRC. Porém, constata-se a necessidade de capacitação para educação popular em saúde, uma vez que apenas o repasse de informações não é suficiente para mudanças de hábitos e atitudes. Leite et al.³² corroboram essa afirmação enfatizando que para melhoria na qualidade da VD é importante ofertar capacitações, visando o aumento da credibilidade e adesão às medidas preventivas por parte dos usuários.

Portanto, a EPS constitui-se em um espaço pedagógico, permite uma aprendizagem conectada à realidade do território⁴⁷ e se apresenta como recurso eficaz para auxiliar a equipe de saúde a qualificar suas práticas, entre elas a prevenção da DRC por meio da VD.

A partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco, a VD facilita a interação, fortalece o vínculo^{43,44}, colabora com a prevenção, promoção da saúde, tratamento e reabilitação de doenças e agravos⁴⁴. Auxilia os pacientes com doenças crônicas na adesão ao tratamento, pois facilita o acesso àqueles que encontram dificuldade para se deslocar⁴⁵.

Estudo realizado por Silva et al.⁴⁵ verificou que a VD, além de facilitar o acesso, proporciona também melhorias na qualidade de vida e saúde, funciona como ferramenta para garantia de direitos e propicia aos profissionais fundamentar suas ações em práticas humanizadas, considerando princípios como a territorialidade, longitudinalidade, formação do vínculo e coordenação do cuidado para a promoção da saúde.

Assim, entende-se que a VD constitui-se em significativa estratégia de aproximação entre profissionais e pacientes em risco de desenvolver a DRC⁴⁸, considerando-se como uma conduta acertada sua inserção nas atividades voltadas à prevenção desta doença, por se tratar de importante instrumento para qualificar a

atenção ao usuários com doenças crônicas, possibilitar conhecer o ambiente em que vivem e promover o autocuidado a partir da troca de experiências⁴³.

Considerações Finais

Este estudo mostrou que a efetiva prevenção da DRC exige dos profissionais que formam as EqSF, compreensão e capacitação para desenvolver ações de educação em saúde, promoção da corresponsabilidade no cuidado e o acompanhamento adequado aos pacientes do grupo risco para a doença, entre eles as pessoas com HAS e DM.

No âmbito das concepções, constatou-se que o repasse de informações sobre hábitos saudáveis e o acompanhamento clínico medicamentoso, são entendidos como suficientes para a prevenção da DRC. Tal concepção é limitada, pois retoma a ideia da educação bancária, que não promove mudança de comportamento desejada. E o acompanhamento clínico medicamentoso, apesar de importante para o controle das doenças primárias, não é suficiente para caracterizar uma abordagem integral do cuidado, que deve ser desenvolvida promovendo o empoderamento dos sujeitos.

Quanto às práticas profissionais para a prevenção da DRC, os discursos mostraram que são restritas, caracterizadas pela ausência de coordenação do cuidado e fragmentação no processo de trabalho. Sendo necessário definir fluxos, promover a integração intersetorial e ressaltar a interprofissionalidade, no intuito de facilitar o acesso e promover condições para que as EqSF desenvolvam de maneira eficaz o trabalho de prevenção às doenças crônicas, a exemplo da DRC.

Por outro lado, os profissionais enfatizaram a VD e a consideraram com ação imprescindível, por permitir conhecer a realidade de vida das famílias. No entanto, para qualificar os resultados da VD na prevenção da DRC, recomenda-se que a gestão desenvolva atividades de EPS, enfatizando a educação popular para promover a adesão às medidas preventivas, o autocuidado e melhorar a qualidade de vida.

Ressalta-se a dificuldade em discutir os resultados desta pesquisa, pois as publicações abordam com maior frequência questões relativas à doença renal já instalada. Outro fator a considerar foi a alta rotatividade profissional, que restringiu a participação médica, limitando a abordagem sobre aspectos do tratamento às doenças primárias relacionadas à DRC.

Porém, acredita-se que os resultados deste estudo possam promover reflexões sobre as práticas voltadas à prevenção da DRC e subsidiar intervenções favoráveis à qualificação profissional, fixação dos profissionais nas EqSF, valorização da interprofissionalidade e organização dos processos de trabalho, de modo a aperfeiçoar as ações preventivas, refletindo em melhorias quanto a qualidade da atenção aos usuários e suas famílias.

Referências

1. Santos JRFMS, Luz MFS, Silva RRL, Aguiar VF, Moura IH, Silva PS. Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce. *Saúde.com*, 2017 [citado em 02 set 2018]; 13 (2): 863-70. ISSN 1809-0761. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/466>.
2. Delfino MFNS. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Linhas do Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. [citado em 02 set 2018]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/171798>.
3. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian Chronic Dialysis Survey 2016. *J Bras Nefrol*. 2017; 39 (3): 261-66.
4. Thomé FS, Sesso RC, Lopes AA, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. *J. Bras. Nefrol*. 2019;41(2):208-214.
5. Silva Junior GB, Oliveira JGR, Oliveira MRB, Vieira LJES, Dias ER. Global costs attributed to chronic kidney disease: a systematic review. *Rev Assoc Med Bras* 2018; 64(12):1108-16.
6. Melo APR, Mesquita GV, Alves ELM, Valle ARMC, Moura MEB. Ações de Profissionais da Estratégia Saúde da Família na detecção da Doença Renal Crônica. *Rev. Enferm. UFPE (on line)* 2016; 10 (5): 1635-44.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
8. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.

9. Dunkler D, Kohl M, Teo KK, Heinze G, Dehghan M, Clase CM et al. Dietary risk factors for incidence or progression of chronic kidney disease in individuals with type 2 diabetes in the European Union. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2015; 30: 76-85.
10. Michishita R, Matsuda R, Kawakami S, Kiyonaga A, Tanaka H, Morito N et al. The association between unhealthy lifestyle behaviors and the prevalence of chronic kidney disease (CKD) in middle-aged and older men. *J Epidemiol.* 2016; 26: 378-385.
11. Michishita R, Matsuda T, Kawakami S, Kiyonada A, Tanaka H, Morito N et al. The accumulation of healthy lifestyle behaviors prevents the incidence of chronic kidney disease (CKD) in middle-aged and older males. *Environ Health Prev Med.* 2016; 32: 129-137.
12. Michishita R, Matsuda T, Kawakami S, Tanaka S, Kiyonaga A, Tanaka H et al. The association between changes in lifestyle behaviors and the incidence of chronic kidney disease (CKD) in middle-aged and older men. *J Epidemiol.* 2017; 17: 389-97.
13. Paes IMBS, Fontbonne A, Melo SPSC, Rodrigues HM, Cesse EAP. Lifestyle and blood pressure control in the Family Health Strategy Program, Pernambuco, Brazil 2018. *Mundo saúde* 2018; 42 (1): 199-213.
14. Corrêa JB, Bandeira VAC, Soares M, Sfalcin A, Santos AB, Stumm EMF. Percepções De usuárias de uma estratégia saúde da família sobre saúde e condições de vida. *RBSP* 2017; 41 (4): 910-29.
15. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987
16. Lopes AAF. Cuidado e empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. *Saude Soc.* 2015; 24 (2): 486-500.
17. Schaefer JCF, Pereira MS, Jesus CR, Schuelter-Trevisol F, Trevisol DJ. Estimativa da função renal na população de 18 a 59 anos da cidade de Tubarão-SC: um estudo de base populacional. *J. Bras. Nefrol.* 2015; 37 (2): 185-91.
18. Brasil. Portaria nº 1.675 de 07 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [citado em 16 dez 2019]. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21054948/do1-2018-06-08-portaria-n-1-675-de-7-de-junho-de-2018-21054736

19. Duarte GC, Schwartz E, Santos BP, Lecce TM, Moura PMM. Práticas de promoção à saúde e prevenção de agravos no grupo Hipertensão. *Revista Espaço Ciência & Saúde* 2015; 3: 59-69.
20. Fernandes LP, Marins K, Carmo HO, Silva SRS, Farias SMC, Silva CFG. Necessidades de ações educativas-terapêuticas em um serviço de diálise renal no Brasil. *Enferm Nefrol* 2018; 21(1): 53-62.
21. Silva LAA, Soder RM, Petry L, Oliveira IC. Permanent education in primary health care: perception of local health managers *Rev Gaúcha Enferm.* 2017; 38 (1): e58779.
22. Moraes KG, Dytz JLG. Política de educação permanente em saúde: análise de sua implementação. *ABCS Health Sci.* 2015; 40 (3): 263-9.
23. Pinto LF, Giovanella L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *Ciênc Saúde Coletiva (on line)* 2018; 23 (6): 1903-13.
24. Almeida PF, Santos AM, Souza MKB. *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde.* Salvador: Edufba; 2015.
25. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: Unesco, Ministério da Saúde (MS); 2002.
26. Santos AM, Giovanella L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. *Saúde em Debate (on line)* 2016 [citado em 13 nov 2018]; 40 (108): 48-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080004>. ISSN 2358-2898.
27. Soranz D. *Reforma da atenção primária em saúde na cidade do Rio de Janeiro (2009-2016): uma avaliação de estrutura, processo e resultado [tese].* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
28. Silveira MSD, Cazola LHO, Souza AS, Picoli RP. Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. *Saúde em Debate (on line)* 2018 [citado em 13 nov 2018]; 42 (116): 63-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811605>. ISSN 2358-2898.

29. Selleck CS, Fifolt M, Burkart H, Frank JS, Curry WA, Hites LS. Providing primary care using an interprofessional collaborative practice model: what clinicians have learned. *J Prof Nurs* (on line) 2017; 33 (6): 410-6.
30. Kahl C, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Koerich C, Cunha KS. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Rev Esc Enferm USP [Internet]* 2018; 52: e03327.
31. Alonso CMC, Pascal DB, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev. Saúde Pública* 2018; 52: (14): 1-13.
32. Leite MT, Dal Pai S, Quintana JM, Costa MC. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. *J. Res. Fundam. Care* (on line) 2015; 7 (2): 2263-76.
33. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)* 2016; 20 (59): 905-16.
34. Heidemann ITSB, Cypriano CC, Gastaldo D, Jackson S, Rocha CG, Fagundes E. A comparative study of primary care health promotion practices in Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil, and Toronto, Ontario, Canada. *Cad Saúde Pública* 2018 [cited 2018 jul 10]; 34 (4): e00214516.
35. Silva MFF, Silva EM, Oliveira SLSS, Abdala GA, Meira MDD. Integralidade na atenção primária à saúde. *REFACS* (on line) 2018; 6 (Supl. 1): 394-400.
36. Almeida MCS, Baptista PCP. Gestão de pessoas e comportamento organizacional em instituições de saúde. São Paulo: Senac; 2017.
37. Ingelfinger JR, Kalantar-Zadeh K, Schaefer F. In time: averting the legacy of kidney disease: focus on childhood. *Rev. Paul. Pediatr.* 2016; 34 (2): 247.
38. Duncam P, Bertolozzi MR, Cowley S, Egry EY, Chiesa AM, França FOS. "Health for All" in England and Brazil? *Int J Health Serv* 2015; 45 (3): 545-63.
39. Tavares MFL, Rocha RM, Bittar CML, Petersen CB, Andrade M. Health promotion in professional education: challenges in Health and the need to achieve in other sectors. *Ciênc Saúde Coletiva* (on line) 2016 [cited 2018 Jul 10]; 21 (6): 1799-808.

40. Arruda LS, Moreira COF. Interprofessional collaboration: a case study regarding the professionals of the Care Center for Elderly, Rio de Janeiro State University (NAI/UERJ), Brazil. *Interface (Botucatu)* 2018 [cited 2018 Jul 10]; 22 (64): 199-210.
41. Brito GEG, Mendes ACGS, Santos Neto PM. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* 2018 [citado em 30 nov 2019]; 22 (64): 77-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0672>. ISSN 1807-5762.
42. Souza GC, Peduzzi M, Silva JAM, Carvalho BG. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? *Rev Esc Enferm USP (on line)* 2016 [cited 2018 Jul 10]; 50 (4): 640-7.
43. Silva IS, Arboit EL, Silveira MR, Cavalheiro ITF, Krause KMO, Menezes LP. Visita domiciliar: estratégia para a promoção da saúde de pacientes crônicos. *Revista de Enfermagem (FW)* 2016; 12 (12): 88-99.
44. Lima C, Silva D, Almeida C, Rocha Neta A, Moura L, Sousa F. A visita domiciliar como tecnologia do cuidado familiar: análise reflexiva. *R. Interd.* 2015; 8 (2): 205-10.
45. Silva LAA, Soder RM, Leite MT, Hildebrandt LM, Oliveira IC, Petry P. Gestão da atenção à saúde de usuários com doenças crônicas e degenerativas. *Revista Saúde (Santa Maria)* 2016; 42 (1): 67-74.
46. Rocha KB, Conz J, Barcinski M, Paiva D, Pizzinato A. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psic., Saúde Doenças* 2017; 18 (1): 170-85.
47. Barbosa DCM, Mattos ATR, Corrêa MH, Faria M, Ribeiro LC, Santos LL et al. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da ESF. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2016; 49 (4): 360-6.
48. Cunha LP, Silva FVC, Santos FK; Pires AS, Leone DRR, Silva LCS. A visita domiciliar em diálise peritoneal: aspectos relevantes ao cuidado de enfermagem *J. Res. Fundam. Care. (on line)* 2017; 9 (1): 128-36.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crescente incidência de casos de DRC, bem como os prejuízos de ordem biológica, social e econômica relacionados a este problema de saúde, exigem maior enfoque quanto às ações de prevenção. Dessa forma, para a efetiva prevenção da doença é necessário que as EqSF compreendam e estejam aptas a desenvolver atividades de educação em saúde, promoção da corresponsabilidade no cuidado e o acompanhamento adequado aos pacientes do grupo risco, entre eles as pessoas com HAS e DM.

No âmbito das concepções, esta pesquisa evidenciou que os profissionais entendem o repasse de informações sobre hábitos de vida saudável e o acompanhamento clínico medicamentoso, como suficientes para a prevenção da DRC. Tal concepção é considerada limitada, pois retoma a ideia da educação bancária, que não promove a mudança de comportamento esperada, e caracteriza uma visão biomédica no cuidado.

O acompanhamento clínico medicamentoso, apesar de importante para o controle das doenças primárias, constitui-se apenas em parte do cuidado necessário à prevenção da DRC, o qual precisa ser pensado em uma abordagem integral, com destaque para a educação libertadora, baseada no diálogo e na escuta qualificada, capaz de promover o empoderamento dos sujeitos sobre sua situação de saúde.

No que diz respeito às práticas, os discursos mostraram que as ações de prevenção à DRC são desenvolvidas de forma restrita, explicitando a ausência de coordenação do cuidado e fragmentação no processo de trabalho, o que interfere de forma negativa na prevenção das doenças crônicas, a exemplo da DRC. Desta feita, faz-se necessário definir fluxos, promover a integração intersetorial e ressaltar a interprofissionalidade, visando facilitar o acesso e promover condições para que as EqSF exerçam a responsabilização junto à população adscrita.

Por outro lado, os relatos sobre as atividades de prevenção à DRC enfatizaram a VD, que é percebida como uma ação imprescindível, pois permite conhecer o contexto onde as famílias estão inseridas. Tal conhecimento facilita a interação, fortalece o vínculo, promove a adesão ao tratamento de doenças de base e melhora a compreensão sobre a situação de saúde das famílias. Dessa forma, a VD se apresenta como importante recurso para qualificar a atenção aos usuários com doenças crônicas, refletindo positivamente na prevenção da DRC.

Porém, tendo-se verificado neste estudo que as atividades educativas são realizadas de forma vertical, para qualificar os resultados da VD na prevenção da DRC, recomenda-se que a gestão desenvolva atividades de EPS, com ênfase para capacitação em educação popular, visando facilitar a adesão às medidas preventivas, promover o autocuidado e melhorar a QV.

Considera-se como limitação desse estudo a dificuldade em discutir a prevenção da DRC, pois as pesquisas abordam em maior frequência problemas relacionados à doença já instalada. Outra dificuldade foi decorrente da alta rotatividade profissional, que restringiu a participação médica na pesquisa e assim, não foi possível aprofundar a investigação sobre as particularidades do tratamento às doenças que podem levar à DRC.

Espera-se que este estudo promova reflexões sobre as práticas voltadas a prevenção da DRC e que seus resultados subsidiem intervenções favoráveis à qualificação profissional, fixação dos profissionais nas EqSF, valorização da interprofissionalidade e organização dos processos de trabalho, de modo a aperfeiçoar as ações prevenção e refletir em melhorias na qualidade da atenção aos usuários que compõem o grupo de risco para a DRC e suas famílias.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcelle Ingride do Carmo *et al.* Perfil dos pacientes renais crônicos de um hospital público da Bahia. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 157-68, 2013. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/290>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica (DRC) no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática, Brasília, 2014.

BRASIL. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016. Especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e em outras áreas que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2016.

COLLIS, Jill; HUSSEY, Roger. **Pesquisa em Administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

COUTINHO, Nair Portela Silva; TAVARES, Maria Clotilde Henriques. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2. p. 232-9, 2011.

DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti; DALLACOSTA, Hotone; MITRUS, Lilian. Detecção precoce de doença renal crônica em população de risco. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, n. 2, e48714, 2017.

DELFINO, Maria de Fátima do Nascimento Silva. Qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Linhas do Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/171798>>. Acesso em: 2 set. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/presidente-juscelino.html>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

KERR, Ligia Regina Franco Sansigolo; KENDALL, Carl. A pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p.1061-3, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1577>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J. Brazil's family health strategy-unity-based primary care in a universal health system. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 372, p. 20177-81, 2015.

MEDEIROS, Marcelo. Thinking about qualitative research. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 224-5, 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a01-en.htm2>. Acesso: 20 jul. 2018.

MELO, Ana Paula Rodrigues *et al.* Ações de Profissionais da Estratégia Saúde da Família na detecção da Doença Renal Crônica. **Revista de Enfermagem da UFPE (on line)**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1635-44, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NEVES, Keila do Carmo. Compartilhamento de Saberes e Práticas da Equipe de Enfermagem Sobre Cuidados com a Pele na Doença Renal Crônica: Uma Estratégia Educativa. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

NUNES, Marcella Brito *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes renais crônicos em programa dialítico. **Revista de Enfermagem da UFPE (on line)**, Recife, v. 8, n.1, p. 69-76, 2014.

OLIVEIRA, Araiê Prado Berger *et al.* Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 411-20, 2016.

PENA, Paulo Félix de Almeida *et al.* Cuidado ao paciente com doença renal crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3135-44, 2012.

PEREIRA, Edna Regina *et al.* Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 22-30, 2016.

PESCUMA JUNIOR, Antonio; MENDES, Áquilas. O Financiamento do Fundo Nacional de Saúde: Uma análise dos recursos financeiros da Média e Alta Complexidade do SUS. Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, 2. Belo Horizonte, 2013. **Anais...** Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=923>. Acesso em: 20 jul. 2018.

RODRIGUEZ, Orlando Landrove *et al.* Enfermedades no transmisibles: factores de riesgo y acciones para su prevención y control en Cuba. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, 2018.

SANTOS, Jéssika Roberta Firme de Moura *et al.* Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce. **Saúde.com**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 863-70, jun. 2017. ISSN 1809-0761. Disponível em: <<http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/466>>. Acesso em 2 set. 2018.

SILVA JUNIOR, Geraldo Bezerra *et al.* Global costs attributed to chronic kidney disease: a systematic review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 64, n. 12, p. 1108-16, 2018.

SESSO, Ricardo Cintra *et al.* Relatório do censo brasileiro de diálise crônica 2012. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 48-53, 2014.

SESSO, Ricardo Cintra *et al.* Brazilian Chronic Dialysis Survey 2016. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 261-6, 2017.

THEME FILHA, Mariza Miranda *et al.* Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, 2015. Suplemento 2.

THOMÉ, Fernando Saldanha *et al.* Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 208-14, 2019.

TRIVINÕS, Augusto Nivaldo Silva. Pesquisa qualitativa. In_____. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar como voluntário (a) da pesquisa “PREVENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é que os resultados da análise poderão ser utilizados pela gestão de saúde para subsidiar intervenções que favoreçam a qualificação profissional e reflitam na prática assistencial promovendo melhorias na qualidade da assistência aos pacientes que compõem o grupo de risco para Doença Renal Crônica (DRC). Esta pesquisa tem por objetivo analisar as ações de prevenção à DRC realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Caso você concorde em participar será realizada uma entrevista com você no próprio local de trabalho, precedida de agendamento, conforme sua disponibilidade, cujas falas serão gravadas e transcritas na íntegra.

Quanto aos riscos que a pesquisa poderá oferecer ao participante, acredita-se que cause desconforto devido ao tempo dispendido durante a atividade. Dessa forma, será dado ao entrevistado a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento ou interrompê-la e continuar em outra oportunidade que lhe pareça mais oportuna.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você sofrer algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, terá direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você decida participar agora, você pode voltar atrás a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai lhe trazer qualquer penalidade. As pesquisadoras não vão divulgar seu nome.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa. Caso haja alguma dúvida sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com o COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, situado à Rua Barão de Itapary, 227, 4º andar – Centro, São Luís, CEP: 65.020-070. Telefone: (98) 2109 1250.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida a você. Deverá ser rubricado em todas as suas páginas e assinado, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou membro da equipe de pesquisa.

Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos e após esse tempo serão destruídos. As pesquisadoras tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada oportunidade de ler este termo e esclarecer minhas dúvidas.

São Luís, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Pesquisadora responsável: Nair Portela Silva Coutinho
Valdenici Firmo de Aguiar
Campus universitário da Universidade Federal do UFMA
Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA
CEP – 65074-820
Fone – (98) 98431-4234; (98) 99991-9790
E-mail: nairportelaufma@gmail.com; valdeniciaguiar@yahoo.com.br

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Iniciais do entrevistado _____

Data da entrevista __/__/____ Início__h Término__h

Idade _____ Sexo _____

Profissão _____

1 – Caracterização profissional**A) Formação**

ensino fundamental

ensino superior

ensino médio

pós-graduação. Qual? _____

B) Tempo de formação profissional

até três anos

cinco a oito anos

três a cinco anos

> oito anos

C) Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família

um a três anos

três a cinco anos

cinco a oito anos

> que oito anos

Tempo de atuação na equipe atual (em meses) _____

2) Prevenção da Doença Renal Crônica

A) O que você entende sobre prevenção à DRC na ESF?

B) Você tem conhecimento sobre quais profissionais realizam ações de prevenção à DRC nesta unidade? (O quê? Quando? Como? Onde? Com quem?)

C) Ocorre encaminhamento do usuário ao serviço especializado em nefrologia?

APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE JUSCELINO – MA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua do Sol, S/N. Centro

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que autorizo a coleta de dados e realização da pesquisa intitulada "Prevenção à Doença Renal Crônica na Estratégia de Saúde da Família" na Unidade Básica Lidimar Baima Alves, bem como nos demais locais de atuação dos profissionais que compõem as equipes I e V da Saúde da Família.

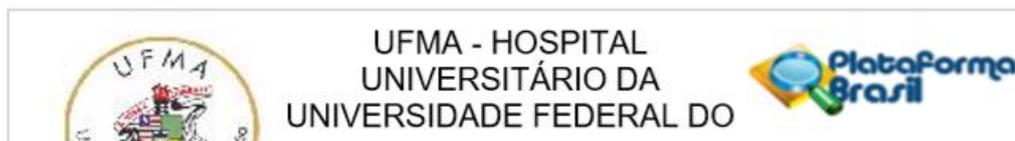
Presidente Juscelino, 18 de Setembro de 2018

Cyrlaidiane Lopes Pereira
Cyrlaidiane Lopes Pereira
Secretária Municipal de Saúde
Presidente Juscelino - MA

Cyrlaidiane Lopes Pereira
CPF: 035.204.283-18
Sec. Mun. de Saúde
Presidente Juscelino-MA

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevenção à Doença Renal Crônica na Estratégia de Saúde da Família

Pesquisador: NAIR PORTELA SILVA COUTINHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04702518.0.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.209.875

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1245874.pdf de 18/03/2019.

Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1245874.pdf de 18/03/2019.

Introdução:

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) geralmente apresentam fatores de risco comuns, trazem prejuízo ao paciente, a família, a comunidade e geram repercussões tanto biológicas, quanto econômicas e sociais.

Esse grupo de doenças relaciona-se ao aumento da mortalidade, redução da expectativa de vida, custos crescentes com tratamentos, complicações e internações, levando a sérias consequências em diversos âmbitos (BRASIL, 2013).

Entre as DCNT, cita-se a Doença Renal Crônica (DRC), compreendida como uma síndrome clínica que se caracteriza pela redução lenta, gradual e significativa da função renal (BARBOSA; SALOMON, 2013) que de modo preocupante, tem impactado a saúde pública mundial acometendo 13% da população adulta nos Estados Unidos da América (EUA), com alarmante taxa de crescimento anual de 7 a 10%, ultrapassando o crescimento populacional geral (ALMEIDA, et al., 2013).

No Brasil, em 2012, obteve-se a estimativa de 97.586 pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS), demonstrando um crescimento aproximado de 2,3 vezes, no período de 12 anos (SESSO, et

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

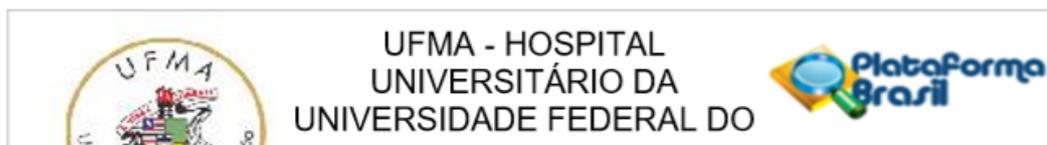
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.209.875

al., 2014), o que representou custo anual superior a 2 bilhões de reais (ESPINDOLA; LEMOS; REIS, 2012). No Inquerito Brasileiro de Dialise Crônica 2016, a estimativa do número total de pacientes com DRC foi de 122.825 pessoas, verificou-se aumento de 31,5 mil pacientes a partir 2012. A prevalência passou para 596 pessoas por milhão de pessoas (pmp) e a incidência foi de 193 pacientes pmp. Destes, 19% era da região nordeste, sendo esta a segunda colocada no ranking de incidência (SESSO, et al., 2017).

No Maranhão, um estudo realizado em dois centros de diálise localizados na cidade de Imperatriz verificou que 83% dos pacientes em tratamento dialítico tinham Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 25% apresentavam Diabetes Mellitus (DM). Em relação aos antecedentes familiares, 57%, 41% e 19% relataram história de HAS, DM e DRC, respectivamente (NUNES, et al., 2014).

Tais aspectos epidemiológicos levam a ampla discussão sobre o impacto financeiro da DRC para o Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que tange ao tratamento da forma mais grave, a Doença Renal Crônica Terminal (DRCT) que de 2004 a 2011, consumiu 46,5% dos recursos destinados ao bloco da média e alta complexidade (PESCUMA JUNIOR; MENDES, 2013).

Diante dessa preocupante dimensão que a DRC tem alcançado e possível perceber a importância de se trabalhar a prevenção, de modo que compete aos profissionais da Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a responsabilidade pelas ações de promoção da saúde e prevenção da doença, incluindo a identificação dos grupos de risco, quais sejam: pacientes com HAS, DM, afecções renais ou que apresentem casos de DRC na família, promoção do vínculo desses pacientes a equipe, assistência

farmacêutica adequada e encaminhamento aos serviços de referência especializada quando necessário (BRASIL, 2007).

Considerando os grupos de risco para DRC, importa que os profissionais da ESF estejam atentos ao cuidado a ser prestado na comunidade, cuidado este que se concretiza, entre outras estratégias, pelas ações educativas, estratificação de grupos de risco, avaliação da função renal, detecção da proteinúria e cálculo da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), favorecendo a prevenção da insuficiência renal (MELO et al., 2016), o que evitaria a TRS, reduziria o uso de recursos tecnológicos de alto custo e refletiria positivamente na Qualidade de Vida (QV) dos pacientes.

Todo esse processo se encontra no escopo da ESF, considerada porta de entrada para a assistência (MACINKO; HARRIS, 2015). Tendo como base para as suas atividades a prevenção, promoção e recuperação da saúde, sendo composta por diferentes profissionais e apresentando como meta, a reorganização da assistência por meio da acessibilidade, humanização, integralidade, vínculo, responsabilização e participação da comunidade (ESPINDOLA; LEMOS; REIS, 2012). Entende-se, no

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

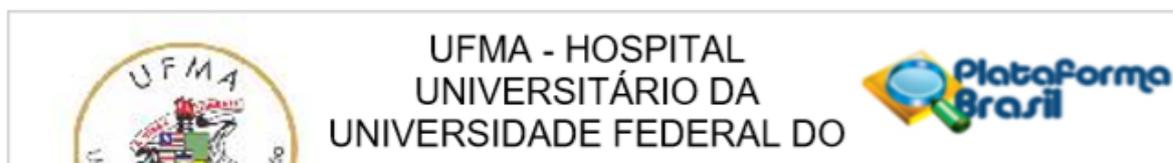
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.209.875

entanto, que o cuidado para a prevenção da DRC e suas complicações mostra-se desafiador a ESF e carece de enfoque no que diz respeito às atividades preventivas e ao aperfeiçoamento das ações de promoção da saúde.

Pesquisas indicam que as pessoas com DRC têm a capacidade física alterada, apresentando limitações para se locomover e realizar atividades no trabalho, estudo e no lar. Mostram ainda que essa interferência leva à necessidade de parar de trabalhar e repercute negativamente na autoestima (DELFINO, 2014).

Também é observado nos estudos que os prejuízos decorrentes da DRC alcançam não apenas a esfera biológica, mas resultam em interferências negativas no estilo de vida das pessoas acometidas, de sua família e de seu grupo social. Ressalta-se que interrompendo ou dificultando a inserção do indivíduo no processo produtivo, a doença promove também a redução das possibilidades de acesso aos bens de consumo (DELFINO, 2014). Diante do exposto, verifica-se a relevância de conhecer as ações de prevenção à DRC realizadas na ESF, uma vez que a Política Nacional de Atenção Integral ao Portador de DRC tem como objetivos prevenir a doença renal, reduzir o número de casos, identificar os determinantes das doenças relacionadas à DRC, bem como desenvolver estratégias para promoção da QV (BRASIL, 2004). A motivação para esse estudo foi decorrente da realização do curso de especialização em Nefrologia Multidisciplinar, desenvolvido pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) o qual permitiu, durante a prática assistencial, verificar a necessidade de um olhar mais criterioso em relação ao cuidado aos

pacientes que compõem o grupo de risco para DRC de forma que a prevenção da doença seja realizada satisfatoriamente. Desta feita, partindo do pressuposto de que as ações de prevenção à DRC são insuficientes, que o diagnóstico da doença ocorre tardiamente levando à urgência da TRS e até mesmo ao óbito, e tendo como objeto de estudo as ações de prevenção à DRC, esta pesquisa traz a seguinte questão norteadora: quais ações de prevenção à DRC são realizadas pela ESF?

Justifica-se esta pesquisa junto a equipes de saúde da família, tendo em vista que seus resultados poderão ser utilizados pela gestão municipal de saúde para subsidiar intervenções que favoreçam a qualificação profissional e reflitam na prática assistencial, promovendo melhorias na qualidade da assistência aos pacientes que compõem o grupo de risco para DRC.

Metodologia Proposta:

Tipo de estudo

Será desenvolvida uma investigação de caráter descritivo e abordagem qualitativa.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

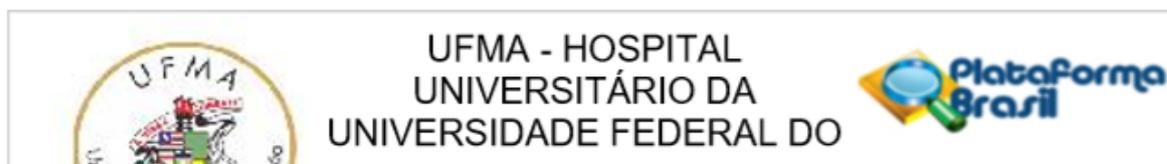
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.209.875

Campo de estudo

O estudo será realizado na UBS Lidimar Baima Alves em Presidente Juscelino – MA, município localizado a 85 Km da capital São Luís, cuja população estimada para 2018 segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, foi de 12.629 habitantes. A UBS Lidimar Baima Alves foi selecionada convencionalmente por apresentar localização central facilitando assim o acesso da pesquisadora e exequibilidade da pesquisa. Esta UBS oferece atendimento fisioterápico e sedia as equipes I e V da ESF, as quais são compostas por dois médicos, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, dois odontólogos, dois auxiliares de saúde bucal e 18 ACS. O espaço interno da unidade contém uma recepção, uma sala de espera, uma copa, dois banheiros e quatro consultórios, sendo um odontológico, um médico, um de fisioterapia e um de enfermagem, de modo que as duas equipes da ESF revezem seus atendimentos a comunidade realizando-os na UBS, escolas e por meio de visitas domiciliares. População

A população deste estudo será constituída pelos profissionais médico(a), enfermeira, técnica em enfermagem e ACS de duas equipes de Saúde da Família, a saber: da equipe I e da equipe V, somando-se 24 profissionais. A escolha destas equipes ocorreu a partir de seleção intencional, por apresentarem características que permitirão maior contato e envolvimento da pesquisadora com os profissionais, o que proporciona ao estudo maior riqueza em termos qualitativos. Segundo levantamento feito na base de dados do e-SUS, as equipes participantes são responsáveis pelo acompanhamento de 1786 pessoas, dentre as

quais 115 com HAS, 41 com DM, cinco pessoas com insuficiência renal e 25 pessoas com outra doença renal não especificada. Vale ressaltar que esses números não refletem a realidade de cobertura das equipes, pois o cadastramento individual e familiar no e-SUS encontra-se em andamento no município.

Metodologia de Análise de Dados:

Coleta e análise de dados

Após a confirmação de aceite dos profissionais em participar da pesquisa, com a assinatura do TCLE, aconteceu a coleta de dados que será realizada por meio de entrevistas semiestruturadas no próprio local de trabalho, precedidas de agendamento, conforme disponibilidade dos participantes, cujas falas serão gravadas e transcritas na íntegra.

Para preservar a identidade dos participantes e manter o anonimato das equipes serão utilizados letras e números arábicos para identificação na transcrição das entrevistas, as quais serão realizadas no mês de maio de 2019, respeitando o agendamento com os profissionais, não

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SÃO LUÍS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.209.875

havendo numero pre estabelecido de encontros, uma vez que estes irao acontecer ate que ocorra saturacao das categorias teoricas (NASCIMENTO, 2018). Convem ressaltar que sera elaborado um roteiro abordando a caracterizacao profissional dos participantes, bem como questoes sobre prevencao da DRC com a finalidade de identificar as acoes desenvolvidas e os aspectos relacionados a prevencao da doenca e assim verificar as potencialidades e limitacoes quanto a prevencao da DRC na ESF. Antes de iniciar a coleta de dados sera realizado teste piloto para verificacao e adequacao do instrumento de coleta de dados.

Apos a aplicacao das entrevistas os dados obtidos serao submetidos a Analise de Conteudo Tematica. Esse tipo de analise e a que melhor se adequa a investigacao qualitativa, pois permite descobrir os nucleos de sentido na comunicacao e e organizada em etapas. Sao elas: A) Pre-analise - quando se fara a escolha de documentos a serem analisados e a elaboracao dos indicadores que orientarao a interpretacao final. B) Exploracao do material – com vistas a codificar, classificar e agregar os dados em categorias que especificarao os temas.

C) Tratamento dos resultados obtidos e interpretacao – quando serao interpretados os dados categorizados, relacionando-os com as dimensoes teoricas que ocorrerao durante a leitura do material coletado (MINAYO, 2013).

Portanto, serao considerados os dados coletados na entrevista que a partir de entao serao agregados e classificados em unidades tematicas

Desfecho Primario:

Nao se aplica

Desfecho Secundario:

Nao se aplica

Tamanho da Amostra no Brasil: 24

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primario:

Conhecer as acoes de prevencao a Doenca Renal Cronica realizadas na pratica assistencial da Estrategia de Saude da Familia, no municipio de Presidente Juscelino – MA.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.209.875

Objetivo Secundario:

Descrever os aspectos sociodemograficos e profissionais das equipes de ESF; Examinar as acoes do cotidiano profissional relacionadas a prevencao da DRC; Verificar limitacoes e potencialidades quanto a prevencao da DRC na ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador refere:

Riscos

A pesquisa podera causar algum desconforto devido ao tempo dispendido durante as atividades. Dessa forma, sera dado ao entrevistado a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento ou interrompe-la e continuar em outra oportunidade que lhe pareca mais oportuna.

Benefícios

Os resultados desta analise poderao ser utilizados pela gestao municipal de saude para subsidiar intervencoes que favorecam a qualificacao profissional e reflitam na pratica assistencial promovendo melhorias na qualidade da assistencia aos pacientes que compoem o grupo de risco para DRC.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Doença Renal Cronica (DRC) e compreendida como uma síndrome clinica, caracteriza-se pela reducao lenta, gradual e significativa da funcao renal, e de modo preocupante, tem impactado a saude publica mundial. Este estudo tem como objetivo geral analisar as acoes de prevencao a DRC realizadas na pratica assistencial da Estrategia de Saude da Familia (ESF), no municipio de Presidente Juscelino – MA. A pesquisa sera do tipo descritiva com abordagem qualitativa. A populacao do estudo sera composta pelos profissionais de duas equipes de Saude da Familia, sediadas na UBS Lidimar Baima Alves, a qual foi selecionada convencionalmente pela sua localizacao central, favorecendo a exequibilidade da pesquisa. A coleta de dados ocorrera por meio da observacao participante, durante encontros com as equipes de saude e de entrevistas semiestruturadas que acontecerao no proprio local de trabalho, precedidas de agendamento, conforme disponibilidade dos profissionais, cujas falas serao gravadas e transcritas na integra. Para tal, sera elaborado um roteiro que abordara a caracterizacao sociodemografica e profissional do participantes e questoes sobre prevencao da DRC. Os dados obtidos serao submetidos a Analise de Conteudo Tematica. O projeto de pesquisa sera encaminhado ao Comite de Etica em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitario da Universidade Federal do Maranhao (HUUFMA) e apos

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

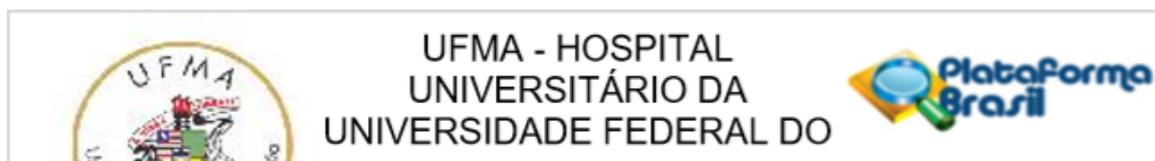
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.209.875

aprovação os profissionais serão convidados a participar, mediante assinatura de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa aconteceu obedecendo aos princípios éticos dispostos na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Acredita-se que os resultados desta análise poderão ser utilizados pela gestão municipal de saúde para subsidiar intervenções que favoreçam a qualificação profissional e reflitam em melhorias na atenção aos pacientes que compõem o grupo de risco para DRC. O estudo é relevante cientificamente visto que permitirá ampliar conhecimentos sobre o tema, subsidiando ações que irão colaborar para o fortalecimento do sistema de saúde, contribuindo para melhoria da atuação profissional da equipe de saúde que presta atendimento a esta clientela.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à RESOLUCAO nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016 Conselho Nacional de Saúde.

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

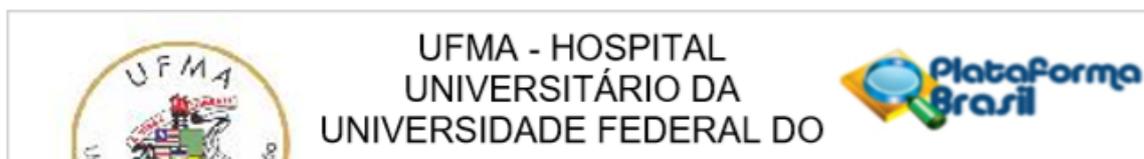
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da RESOLUCAO nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016 Conselho Nacional de Saúde, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na RESOLUCAO nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016 do Conselho Nacional de Saúde, manifesta-se pela

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA Município: SAO LUIS	
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.209.875

APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1245874.pdf	18/03/2019 01:54:50		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	18/03/2019 01:42:36	NAIR PORTELA SILVA COUTINHO	Aceito
Outros	carta.pdf	18/03/2019 01:40:29	NAIR PORTELA SILVA COUTINHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.docx	18/03/2019 01:38:23	NAIR PORTELA SILVA COUTINHO	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	21/02/2019 12:15:39	NAIR PORTELA SILVA COUTINHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	21/02/2019 12:05:29	NAIR PORTELA SILVA COUTINHO	Aceito
Orçamento	orc_financ.docx	05/12/2018 00:34:18	NAIR PORTELA SILVA COUTINHO	Aceito
Outros	TERMO_c.pdf	16/11/2018 05:47:05	NAIR PORTELA SILVA COUTINHO	Aceito
Outros	termo_a.pdf	16/11/2018 05:45:54	NAIR PORTELA SILVA COUTINHO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECL_res_finan.pdf	02/11/2018 11:16:42	NAIR PORTELA SILVA COUTINHO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	02/11/2018 01:15:53	NAIR PORTELA SILVA COUTINHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.209.875

Não

SAO LUIS, 20 de Março de 2019

Assinado por:
Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador(a))