



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC  
CAMPUS SOBRAL – CEARÁ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANA CLAUDIA COSTA DE SAMPAIO

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE  
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HIPERTENSÃO E DIABETES NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CE**

SOBRAL  
2018

ANA CLAUDIA COSTA DE SAMPAIO

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE  
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HIPERTENSÃO E DIABETES NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Estratégias de educação permanente e desenvolvimento profissional em sistemas de saúde.

Orientador: Profº. Dr. Paulo Roberto Santos

SOBRAL  
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

S181a Sampaio, Ana Claudia Costa.

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE  
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HIPERTENSÃO E DIABETES NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CE / Ana  
Claudia Costa Sampaio. – 2019.  
80 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2019.  
Orientação: Profa. Dra. Paulo Roberto Santos.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Hipertensão. 3. Diabetes Mellitus. I. Título.  
CDD 610

---

ANA CLAUDIA COSTA DE SAMPAIO

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE  
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HIPERTENSÃO E DIABETES NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Estratégias de educação permanente e desenvolvimento profissional em sistemas de saúde.

Orientador: Profº. Dr. Paulo Roberto Santos

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Paulo Roberto Santos  
Orientador

---

Prof. Dr. Gerardo Cristino Filho  
Professor da Universidade Federal do Ceará  
Examinador 1

---

Prof. Dr. Luiz Derwal Salles Junior  
Professor da Universidade Federal do Ceará  
Examinador 2

Às minhas filhas Maria Alice e Maria Clara, meu maior incentivo para seguir em frente todos os dias.

Aos meus pais José e Elismar por ser responsável pelo que me tornei e pelo apoio incondicional.

Ao meu esposo Odeon Sampaio, pela lealdade, respeito e dedicação.

## AGRADECIMENTOS

As minhas filhas e esposo pela compreensão nos momentos de ausência, pelo apoio diante das dificuldades e por ser o meu bálsamo nos momentos de dor.

Aos meus pais e irmãos pelo apoio, incentivo e referência a ser seguido,

Ao meu orientador, Dr. Paulo Roberto Santos, pelos ensinamentos, paciência e gentileza durante todo esse percurso.

Aos colegas dos CSF Campo dos Velhos, Centro e Junco, que me apoiaram e compreenderam minhas ausências durante os dois anos e meio de mestrado.

À Secretaria de Saúde de Sobral por acreditar na minha capacidade profissional e me apoiar na busca da minha realização acadêmica

A Bianca Waylla por me ajudar nos momentos decisivos e me ouvir nas horas de preocupação

Aos meus colegas de Mestrado, pela troca de experiência, de saberes e pelos momentos de descontração,

Aos membros da banca, pela generosa atenção e colaboração dispensada em apreciar cada detalhe deste trabalho,

Aos profissionais médicos e enfermeiros que participaram deste estudo, pela receptividade e contribuição sem os quais os resultados não teriam se concretizado,

Aos meus colegas gerentes das Unidades Básicas de Saúde da Família pela gentileza e apoio durante a coleta de dados,

Enfim, agradeço a todos que, direta e indiretamente, contribuíram na realização de mais um sonho.

*“A maior recompensa para o trabalho do  
homem, não é o que ele ganha com isso, mas o  
que ele se torna com isso”  
Jonh Ruskin*

## RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem se configurando como uma estratégia fundamental para o contexto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e dessa forma, o município de Sobral implantou em 2015 o Protocolo Sobralense de Diretriz para Screening, Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) com o objetivo de consolidar as ações de monitoramento e acompanhamento da HAS e DM. A pesquisa tem por objetivo geral, analisar o preenchimento do “Instrumento de estratificação de risco de hipertensão arterial e diabetes mellitus” pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Sobral-CE. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado nos 35 Centros de Saúde da Família (CSF) da sede e distritos de Sobral. Teve como população 139 enfermeiros e médicos responsáveis pelo preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco (IER) de HAS e DM e a amostra foi constituída por 82 profissionais. A coleta de dados foi realizada através de um questionário semiestruturado e para análise utilizamos a estatística descritiva, onde os dados categóricos foram apresentados por números absolutos e respectivas percentagens. Os princípios éticos foram respeitados pela Resolução 466/12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõem sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e a participação dos sujeitos foi confirmada através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Identificamos nos resultados que 66% da amostra foi constituída por profissionais do sexo feminino, com faixa etária entre 30 a 40 anos, sendo a maioria enfermeiros com mais de 10 anos de formação e de experiência na Atenção Básica e com pós-graduação em saúde da família. Sobre o preenchimento do IER, 66% dos profissionais foram capacitados para respondê-lo, sendo que 55% acharam o Instrumento de fácil compreensão, mas parcialmente exequível. Em relação as dificuldades apontadas, 79% relataram a falta de dados no prontuário e 88% a falta de exames necessários para a identificação de fatores de risco e para a identificação de lesão em órgão alvo. Vimos que 87% dos profissionais não realizaram o cálculo da Taxa de filtração glomerular sendo 61% enfermeiros. Observamos que 54% relatou que havia identificado pacientes com riscos renais e que 81% encaminhou diretamente ao especialista. A respeito da identificação de ações de prevenção e identificação precoce para a DRC, 76% utilizaram grupos de educação em saúde como espaço de troca de saberes. Acerca da percepção sobre as mudanças após a implantação do IER, 61% dos profissionais disseram que não perceberam nenhuma mudança no seu CSF e apenas 34% perceberam mudanças significativas. Concluímos que os profissionais têm um papel fundamental nas ações individuais e coletivas de controle da HAS e DM, como ações de educação em Saúde, diagnóstico precoce e conduta terapêutica. Evidenciamos muitas dificuldades apontadas pelos profissionais no preenchimento do IER, portanto, percebemos o potencial transformador que o IER poderá ter na redução das complicações e na diminuição do impacto que a HAS e DM causam para os indicadores do município.

**Palavras – chaves:** Estratégia Saúde da Família. Hipertensão. Diabetes Mellitus.



## ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) has been configured as a fundamental strategy for the context of chronic non-communicable diseases (CNCD) and, in this way, the municipality of Sobral implemented in 2015 the Sobralense Protocol for Screening, Diagnosis and Treatment of Hypertension Arterial (HAS) and Diabetes Mellitus (DM) with the objective of consolidating the monitoring and follow-up actions of SAH and DM. The objective of the research was to analyze the completion of the "Instrument for risk stratification of hypertension and diabetes mellitus" by professionals of the Family Health Strategy of the municipality of Sobral-CE. This is a descriptive, cross-sectional and documentary study, with a quantitative approach, carried out at the 35 Family Health Centers (FHC) at Sobral headquarters and districts. A total of 139 nurses and physicians were responsible for completing the Risk Stratification Instrument (RSI) of SAH and DM, and the sample consisted of 82 professionals. Data collection was done through a semi-structured questionnaire and for analysis we used descriptive statistics, where the categorical data were presented by absolute numbers and respective percentages. The ethical principles were respected by Resolution 466/12 of December 2012 of the National Health Council that dispose on the Guidelines and Norms Regulating of research involving human beings and the participation of the subjects was confirmed through the Term of Free and Informed Consent. We identified in the results that 66% of the sample was made up of female professionals, with ages ranging from 30 to 40 years, most of them nurses with more than 10 years of training and experience in Primary Care and postgraduate in health family. About 66% of the professionals were trained to answer the questionnaire, of which 55% found the instrument easy to understand, but partially feasible. Regarding the difficulties pointed out, 79% reported the lack of data in the medical record and 88% lack of tests necessary for the identification of risk factors and for the identification of lesion in target organ. We saw that 87% of the professionals did not calculate the Glomerular Filtration Rate, 61% of which were nurses. We observed that 54% reported that they had identified patients with renal risk and that 81% referred directly to the specialist. Regarding the identification of prevention and early identification actions for chronic renal disease (CRD), 76% used health education groups as a space for the exchange of knowledge. About perception of changes after RSI implantation, 61% of professionals said they did not notice any changes in their CSF and only 34% realized significant changes. We conclude that the professionals have a fundamental role in the individual and collective actions of control of HAS and DM, such as health education actions, early diagnosis and therapeutic management. We show many difficulties pointed out by the professionals in the RSI fulfillment, so we perceive the transformative potential that the RSI can have in reducing the complications and in reducing the impact that the HAS and DM cause for the indicators of the municipality.

**Keywords:** Family Health Strategy. Hypertension. Diabetes Mellitus.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) .....	25
Gráfico 1 – Relação das dificuldades na identificação de lesões em órgãos alvos durante o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco por categoria profissional, Sobral, CE – 2018 .....	48
Gráfico 2 – Distribuição respeito da realização do cálculo da Taxa de Filtração Glomerular para identificar risco de Doença Renal Crônica durante o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018.....	49
Gráfico 3 – Comparativo entre categoria profissional e a realização do cálculo da Taxa de Filtração Glomerular para identificação do risco de doença renal durante o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018.....	49
Gráfico 4 – Comparativo entre categoria profissional e a realização de condutas a partir da identificação de riscos para Doença Renal Crônica durante o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018.....	50

## LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos resultados das características sociodemográficas da amostra, Sobral, CE – 2018.....	10
Tabela 2 – Distribuição dos resultados acerca do preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco por categoria profissional, Sobral, CE – 2018.....	46
Tabela 3 – Capacitação dos profissionais para o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, Sobral, CE – 2018.....	46
Tabela 4 – Primeira percepção dos profissionais sobre o Instrumento de Estratificação de Risco de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do município de Sobral, CE – 2018.....	46
Tabela 5 – Distribuição em relação a fonte de coleta de dados para o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do município de Sobral, CE – 2018.....	47
Tabela 6 – Distribuição em relação as dificuldades enfrentadas no preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018.....	47
Tabela 7 – Distribuição acerca da identificação dos fatores de riscos para a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus durante o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018.....	47
Tabela 8 – Distribuição acerca das dificuldades na identificação de lesões em órgãos alvos durante o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018.....	48
Tabela 9 – Distribuição acerca da identificação de pacientes com risco e realização de condutas frente aos riscos para a Doença Renal Crônica durante o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018.....	50
Tabela 10 – Distribuição acerca de ações de prevenção e identificação precoce para pacientes com Hipertensão e Diabetes quanto ao risco de Doença Renal Crônica durante o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018.....	51
Tabela 11 – Distribuição acerca da percepção profissional sobre as mudanças na Atenção à saúde após a implantação Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018.....	51

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo em Alta Complexidade
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSF	Centros de Saúde da Família
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCA	Condições Clínicas Associada
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DOU	Diário Oficial da União
DRC	Doença Renal Crônica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FR	Fatores de Risco
HD	Hemodiálise
IDR	Instituto de Doenças Renais
IER	Instrumento de Estratificação de Risco
LOA	Lesões Subclínicas em Órgãos Alvo
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TFG	Taxa de Filtração Glomerular

TRS	Terapia Renal Substitutiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL Telefônico	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>1.1</b>	<b>Contextualizando o Objeto de Estudo</b> .....	15
<b>1.2</b>	<b>Justificativa e Relevância do estudo</b> .....	18
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	21
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	21
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	21
<b>3</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	22
<b>3.1</b>	<b>A Atenção Primária à Saúde e o Modelo de Atenção às Doenças Crônicas</b> .....	22
<b>3.2</b>	<b>Doenças Crônicas não Transmissíveis: dos riscos à prevenção da Doença Renal Crônica</b> .....	28
<b>3.3</b>	<b>A Situação nos Documentos Normativos do Ministério da Saúde para as Doenças Crônicas não Transmissíveis e a Doença Renal Crônica</b> .....	32
<b>3.4</b>	<b>Produção Científica sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Doença Renal Crônica: abordando as políticas públicas e as lacunas do conhecimento</b> .....	36
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	43
<b>4.1</b>	<b>Tipo e local do Estudo</b> .....	43
<b>4.2</b>	<b>Coleta de Dados</b> .....	43
<b>4.3</b>	<b>Análise dos dados</b> .....	44
<b>4.4</b>	<b>Aspectos Éticos</b> .....	44
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	45
<b>5.1</b>	<b>Caracterização da Amostra</b> .....	45
<b>5.2</b>	<b>Distribuição dos resultados sobre o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco</b> .....	46
<b>6</b>	<b>DISCUSSÕES</b> .....	52
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	62
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	64
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> ..	70
	<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO</b> .....	73
	<b>ANEXO A – INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS</b> .....	77

## APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia fundamental para a adoção de Políticas para a reorganização da atenção à saúde, não só por se configurar como principal porta de entrada do usuário na rede de atenção, mas também por possuir como uma de suas prioridades a promoção à saúde na abordagem preventiva das diversas doenças.

Foi nesta perspectiva da APS e da Saúde Pública que caminhei por quinze anos desde minha formação profissional, e nesta caminhada, identifiquei muitas realidades desde meu primeiro emprego em 2003 na zona rural do município de Moraújo/CE até a experiência de enfermeira assistente e agora gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS) em Sobral-CE. Porém, apesar dessas diferenças de realidade, de gestão pública e de oportunidades, alguns fatores igualmente importantes sempre estiveram presentes nesta trajetória e está se tornando a cada dia um grande desafio para a Saúde, que são o envelhecimento da população e a diminuição das taxas de natalidade, trazendo assim uma importante necessidade de se pensar em novas Políticas Públicas de Saúde.

Durante minha experiência, tive a oportunidade de cuidar de pessoas com hipertensão arterial e diabetes, e esse quadro se tornou uma inquietação enquanto profissional da área da saúde, pois observava um programa mais voltado para a medicalização do que para o próprio cuidado em um sistema que deveria atender essas pessoas em todas as suas necessidades e especificidades. Foi nesse contexto que pude vivenciar situações de pacientes hipertensos e diabéticos que se tornaram renais crônicos e que, na maior parte dos casos, não associavam suas condições à hipertensão e à diabetes. E, no desenrolar de minha prática, sempre me perguntava: por que pacientes hipertensos e diabéticos, acompanhados por nós profissionais da atenção primária à saúde, não são avaliados para o risco de uma possível Doença Renal Crônica (DRC)? Qual o papel da atenção primária nesse processo de cuidar?

Foi partindo desse pressuposto, que fui definindo o meu objeto de estudo, pois sempre me inquietou a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no sentido do cuidado, a cada ano, o aumento dos pacientes diagnosticados só aumenta e pouco se vê de implementação de novas Políticas e de novas experiências para mudar essa realidade, fazendo com que o Programa de atendimento ao Hipertenso e Diabético nas unidades de saúde seja transformado apenas na dispensação de receitas e medicamentos.

Outro fator importante que não poderia deixar de relatar foi minha experiência no Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde), que é um programa do Ministério da Saúde que promove a integração ensino-serviço-comunidade e aposta na

compreensão do processo de aprendizagem ativa como eixo central do trabalho nos serviços de saúde (BRASIL, 2010). O Programa me fez compreender e pesquisar muito sobre as DCNT, mergulhei por meses na coleta de dados da pesquisa do PET visitando casa a casa, conversando com muitas pessoas e vivenciado a realidade de vida desses pacientes, o que me despertou bastante para além do diagnóstico, para além da medicação e para além dos sinais vitais, pois identifiquei na prática como é necessário atuar na prevenção e identificação das complicações e sequelas que as DCNT podem ocasionar.

Dessa forma, o grande impulso que definiu meu objeto de estudo aconteceu diante do processo de implantação do novo Protocolo de Hipertensão e Diabetes de Sobral, quando o município teve a iniciativa de realizar a estratificação de risco para os pacientes com DCNT. Diante desse contexto, vivenciei essa experiência a princípio pela ótica de Gerente de Unidade Básica e observei algumas inquietações na implementação dessa estratificação de risco, assim, surgiu o incentivo pessoal de mergulhar na experiência de implantação dessa ficha não só no CSF em que estava inserida, mas no município de Sobral a fim de observar os resultados que ela poderá trazer para o cuidado ao paciente, afinal, na maioria dos casos o aparecimento dos riscos e principalmente o comprometimento da função renal é assintomática, o que requer uma atenção maior para uma possível detecção precoce e intervenções imediatas, para retardar a progressão de uma lesão (KIRSZTAJN, 2011).



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualizando o Objeto de Estudo

Estamos vivenciando um período de transição no perfil demográfico da população brasileira devido ao aumento da expectativa de vida e a redução das taxas de mortalidade. Atualmente, 11% das pessoas no Brasil estão com 60 anos ou mais, e as projeções indicam que em 2050 essa participação aumentará para 23,6%, colocando o país entre os cinco maiores em contingente de idosos no mundo (STOPAL et al., 2014).

Esse aumento da expectativa de vida traz novos desafios para o contexto de saúde da população, como o aumento da prevalência de DCNT, entre elas as cardiovasculares, pulmonares, neoplasias e diabetes (BARRETO, 2007). As DCNT atualmente configuram-se como um importante problema de saúde pública devido ao enfrentamento de um processo de transição epidemiológica e isso implica em desafios para o sistema de saúde do país, ou seja, implica em uma necessidade de adequação aos novos modelos de atenção. Dados nacionais apontam que as DCNT respondem por 66,3% da carga de doenças no Brasil, enquanto as doenças infecciosas respondem por 23,5% (SCHRAMM, 2011).

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

A APS vem configurando-se como uma estratégia fundamental para a adoção de Políticas para a promoção e prevenção da Saúde, nesse contexto, as DCNT se configuram como um importante desafio para a APS a ponto de ser considerada como um problema de saúde pública na atualidade. Duncam et al. (2013) destacam as DCNT como a maior carga de morbimortalidade no Brasil. e afirma que, entre as doenças crônicas não transmissíveis, o diabetes e a hipertensão arterial estão fortemente associados à morbidade e mortalidade, sendo responsáveis por diversas complicações e invalidez

Muitas são as complicações causadas pelas DCNT, e nesse contexto, destacamos a DRC como um dos principais fatores de risco, evidenciamos isso quando observamos o aumento na prevalência das terapias dialíticas e do número de óbitos. Estudos apontam que em 2012 houve um aumento de 19% no número de pacientes em diálise comparado aos anos anteriores (BRASIL, 2013).

Atualmente, os principais fatores que contribuem para o aparecimento da DRC são Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), história familiar de DRC e envelhecimento. No Brasil, HAS e DM destacam-se entre as principais causas da DRC, correspondendo 26% e 18% respectivamente (PEREIRA et al., 2012).

Hipertensos e diabéticos constituem os maiores grupos de risco para aparecimento da DRC. De acordo com o último censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, hipertensão e diabetes são as principais causas de DRC, acometendo, respectivamente, 35% e 30% dos pacientes em TRS no Brasil. A terceira causa mais comum é a glomerulonefrite. Em nossa amostra, a ordem de distribuição das etiologias da DRC é exatamente a mesma demonstrada pelo censo nacional: 48,5% de hipertensos, 22,8% de diabéticos e 8,5% de DRC por glomerulonefrite (SESSO et al., 2014).

A DRC é uma doença que atinge os rins em nível funcional resultante da lesão dos néfrons com perda progressiva e irreversível da função renal, condiciona o paciente a realizar terapias de substituição da função renal pela Terapia Renal Substitutiva (TRS) na forma da diálise peritoneal, hemodiálise ou transplante de rins. Por ser uma doença progressiva e silenciosa, seu diagnóstico, na maioria dos casos, só é feito na fase terminal, requerendo de imediato a TRS (PECOISTS; RIELLA, 2013). As causas principais podem ser: pré-renal (em decorrência da isquemia renal); renal (consequente de doenças como as glomerulopatias, hipertensão arterial, diabetes etc); pós-renal (em virtude da obstrução do fluxo urinário) (FERMI, 2003).

A DRC pode ser classificada em cinco estádios, de acordo com a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) medida em mL/min, com base no valor da creatinina sérica (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002). Os estádios de 1 a 4 são oligossintomáticos, já o estágio 5 é o mais avançado da DRC e se caracteriza pela TFG inferior a 15% da função renal normal, esse estágio é incompatível com a vida e requer imediatamente alguma modalidade de TRS.

O rastreamento da DRC é baseado em dois exames laboratoriais: exame de urina (para detecção de proteinúria) e dosagem sérica da creatinina (para cálculo da TFG). Diante disto, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012) alerta quanto à necessidade do rastreamento da DRC nos pacientes com fatores de risco, o que deve ser feito através de consultas periódicas e realização de exames diagnósticos que avalie a TFG, que deverão ser realizados ao menos uma vez ao ano prevenido assim o subdiagnóstico e a dificuldade de acesso à terapia dialítica (SHIPPATI et al., 2003; KIBERD; CLASE, 2002; STEVENS et al., 2005).

Um estudo desenvolvido em Sobral (CE) no período de julho de 2012 a junho de 2013 mostrou que entre os pacientes com DRC que iniciaram TRS na Santa Casa de Misericórdia,

somente 27,6% deles tiveram creatinina dosada anteriormente ao início da terapia dialítica, apesar de mais da metade desses sujeitos serem hipertensos e diabéticos acompanhados na APS (PAULA, 2015).

Diante disso, podemos evidenciar no dia a dia da Atenção Primária, algumas dificuldades de acompanhamento aos pacientes com HAS e DM, que são: rotatividade dos profissionais, ausência de referência e contra referência a especialistas, cadastros desatualizados ou ausência de cadastros, triagens ineficazes e carência nos fluxos de atendimento. Outro ponto importante a ser considerado é que devido a rotina implantada em algumas Unidades de Saúde pela grande demanda ou pela desorganização da demanda, muitos pacientes crônicos desejam dos Serviços Básicos de Saúde apenas receber a terapia medicamentosa e qualquer outra atividade que os faça demorar no Serviço se torne estratégia de difícil adesão (TITO, 2015).

A partir desse contexto, a APS no município de Sobral, na busca por novos modelos de atenção, implantou no final de 2015 o Protocolo para HAS e DM, com objetivo de consolidar um conjunto de ações sistematizadas para o cadastro, acompanhamento e avaliação das pessoas com HAS e DM.

A implantação desse novo Protocolo de Hipertensão e foi uma das principais iniciativas pensadas e a partir desse protocolo, foi implantado em 2016, o Instrumento de Estratificação de Risco (IER) dos Pacientes com HAS e DM (Anexo A), que consiste em um instrumento para a identificação dos riscos iminentes associados às DCNT como apoio e direcionamento aos profissionais responsáveis pelo preenchimento do instrumento são médicos e enfermeiros atuantes na ESF no cuidado à saúde das condições crônicas.

O IER para HAS e DM, foi embasado no modelo proposto pelo Qualifica APSUS-CE, projeto do governo do estado que veio com o intuito de subsidiar a reorganização do modelo de atenção, a partir da reestruturação da APS nos municípios, proporcionando instrumentos, ferramentas, tecnologias de planejamento e de organização do trabalho para a qualificação da APS (CONSEMS-CE, 2016).

O IER abrange a identificação do CSF, profissional e agente comunitário de saúde que acompanha o usuário, identificação breve do perfil do usuário, sinais vitais no momento da avaliação, fármacos em uso, realiza a classificação da pressão arterial, pesquisa o controle metabólico, bem como sinais e sintomas de hiperglicemia, Fatores de Risco (FR), Lesões Subclínicas em Órgãos Alvo (LOA), Condições Clínicas Associadas (CCA) e a capacidade para o autocuidado. A DRC é contemplada no tópico “lesões subclínicas em órgãos alvo” nos itens: “TFG ou clearance entre 0 e 60 mL/min” e “microalbuminúria ou relação abumina/creatinina

(amostra isolada mg/g) 30-300” (lembrando que clearance e TFG são sinônimos); e também no item “déficit importante de função (clearance <30 mL/min; proteinúria (>300 mg/24 h)” do tópico “condições clínicas associadas”. O referido instrumento consta de 27 itens referentes a morbidades, primeiro (1º) tópico referente à capacidade para o autocuidado, e por fim, o resultado da estratificação de risco em baixo, médio, alto e muito alto. Esse instrumento compõe o Anexo A.

O processo de Implantação do IER leva à identificação e ao registro das pessoas portadoras de necessidades similares, a fim de coloca-las juntas, com os objetivos de padronizar as condutas referentes a cada grupo nas diretrizes clínicas e de assegurar e distribuir os recursos humanos específicos para cada estrato de risco (TITO, 2015)

Segundo Nepomuceno et al. (2016), ao relatar a experiência na implantação de um IER para HAS e DM no município de Fortaleza -CE, enfatiza a necessidade de uma melhor capacitação para os profissionais envolvidos no processo de estratificação de risco, principalmente na sensibilização para a mudança da atenção as condições crônicas, foi percebido que muitos disseram não compreender a importância do processo de estratificação para o cuidado dos usuários, alegando falta de tempo e burocratização do atendimento, não realizando ou dificultando a estratificação de risco.

Outra dificuldade encontrada nessa experiência, foram reclamações dos profissionais sobre o preenchimento das fichas nas Unidades de Saúde que eram feitas manualmente, ou da dificuldade em utilizar o sistema nas Unidades informatizadas, reclamaram da dificuldade de gerenciamento do tempo das consultas, pois o instrumento demandava um maior tempo com o usuário e do controle das fichas e arquivamento dos dados após a conclusão da estratificação. (NEPOMUCENO et al., 2015).

Evidenciado isso, Mendes (2012) enfatiza que a Estratégia Saúde da Família (ESF), encontra na epidemia das condições crônicas um desafio enorme a partir das novas necessidades de atenção à saúde, pois o enfrentamento das DCNT está exigindo mudanças radicais na APS, através de um modelo de atenção adaptado às singularidades de um sistema público universal, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

## **1.2 Justificativa e Relevância do Estudo**

As DCNT têm sido pauta nas políticas de saúde, tendo em vista que os dados de HAS e de DM no Brasil são elevados, possuindo como agravos o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio e o estágio avançado da DRC. Tais doenças modificam as estruturas de

serviços, por gerar aumento da utilização de atendimentos de alta complexidade, levando à invalidez e déficit na realização dos afazeres da vida diária, afetando principalmente a qualidade de vida dos pacientes e familiares (BRASIL, 2006).

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

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

Em face disso, este estudo justifica-se pela necessidade de avaliação da aplicação de um instrumento de estratificação de risco para pacientes portadores de HAS e DM que viabilize precocemente o conhecimento dos fatores de risco dos pacientes portadores de doenças crônicas, e assim, compreender a importância dessa ferramenta para o processo de trabalho na Atenção Primária pois é fundamental também que os serviços e os profissionais de saúde conheçam os fatores que favoreçam o aparecimento das complicações causadas pelas DCNT, de modo a promover o enfrentamento entre os sujeitos envolvidos no processo de adoecimento (MENDES, 2011).

Assim, a implantação de um Instrumento de Estratificação de risco visa dividir os pacientes em grupos de acordo com as comorbidades que auxiliarão na indicação de um manejo de acordo com seus fatores de risco, para isso, o processo de implantação bem como seu preenchimento deverá ser para os profissionais de saúde um processo fácil, ágil e norteador, onde estes consigam visualizar um trabalho para a busca de mudanças de atenção à saúde e não apenas um processo de burocratização do atendimento.

A estratificação da população, ao invés de ter uma atenção única para todas as pessoas usuárias, diferencia-as, por riscos, e define, em diretrizes clínicas baseadas em evidências, os tipos e lugares de atenção e a sua concentração relativa a cada grupo populacional. Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menores riscos têm suas condições centradas em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na APS, enquanto que os portadores de condições de alto e muito alto riscos têm uma presença mais significativa de atenção

profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da APS e da atenção especializada (MENDES, 2015).

Assim, por meio deste estudo, poderemos verificar as facilidades e dificuldades relacionadas à aplicação do instrumento de estratificação de risco, que poderá nos direcionar para a compreensão de sua eficácia e de sua execução. Nessa avaliação teremos a oportunidade de verificar se o seu preenchimento está de forma fidedigna, se haverá ampla realização dos exames necessários e a totalidade de diabéticos e hipertensos efetivamente submetidos ao IER.

Portanto, o instrumento de estratificação de risco poderá contribuir diretamente na melhoria da assistência à saúde na APS, fortalecendo o processo de prevenção, promoção e reabilitação, além da possibilidade de se consolidar como um instrumento exequível e efetivo a ser utilizado pelos profissionais na sistematização de suas ações no âmbito da atenção às condições crônicas.

Esse instrumento, tem muita chance de ser o potencial transformador na prática direcionada ao cuidado aos pacientes com HAS e DM, a partir dele poderá ser melhor organizado a demanda de acordo com os riscos e identificado aqueles pacientes que necessitam de maior atenção e melhor intervenção, direcionado de acordo com suas necessidades priorizando as tecnologias leves como instrumento de cuidado.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar o preenchimento do “Instrumento de estratificação de risco de hipertensão arterial e diabetes mellitus” pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Sobral-CE.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil dos profissionais responsáveis pelo preenchimento do “Instrumento de estratificação de risco de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus”;
- Conhecer as principais dificuldades relacionadas ao preenchimento do “Instrumento de estratificação de risco de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus”;
- Identificar a percepção do profissional sobre as mudanças na atenção à saúde após a implementação do instrumento;
- Identificar se os profissionais realizam o cálculo da Taxa de Filtração Glomerular na Atenção Básica.

### **3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

#### **3.1 A Atenção Primária à Saúde e o Modelo de Atenção às Doenças Crônicas**

A conferência de Alma-Ata definiu a APS como "cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação" (OMS, 1979).

Dessa definição emergiram, elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, aponta para a saúde como expressão de direito humano (MENDES, 2012).

Em meio às diferentes possibilidades experimentadas no âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a ESF vem se consolidando como eixo reestruturante da atenção primária, colaborando para a produção do cuidado perante o estabelecimento do vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde, por meio da escuta e da participação do usuário no planejamento e nas intervenções das ações realizadas, apropriando-se do uso de tecnologias em saúde que contribuam para a autonomia da pessoa (NERY et al., 2011).

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção, prevenção, bem como ao tratamento e reabilitação; e trabalho em equipe. Aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela influencia a resposta das pessoas aos seus problemas de saúde, organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

Para alguns autores a APS é abordada como a atenção aos níveis básicos de saúde e nesta dimensão encontramos o modelo de atenção as condições crônicas, amplamente



discutidas atualmente devido ao novo perfil epidemiológico da população. Dessa forma, Pena et. al (2012) aborda a APS como política relevante no contexto das DCNT pelas diversas características de cuidado em saúde como a intensa atividade preventiva neste nível de atenção. Historicamente, uma das definições de doença crônica mais amplamente aceita é proposta em 1957 pela Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge (Estados Unidos), na qual se incluíam todos os desvios do normal que tinham uma ou mais das seguintes características: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados (CAMPILHEIRA, 2011).

As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo e no ano de 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, essas doenças apresentam forte carga de morbidades e são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e funções neurológicas, envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (OMS, 2003). Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentarão pelo menos uma das DCNT (IBGE, 2010).

Entre essas doenças, as cardiovasculares constituem a grande maioria delas, sendo a HAS a mais prevalente, aumentando progressivamente com a idade (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). A HAS apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade e, em especial, nos mais idosos (ZAITUNE et al., 2006).

O modelo de atenção proposto pela APS não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das doenças crônicas, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde (MENDES, 2011).

O modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado formatadas a priori, não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e de cuidado (MALTA; MERHY, 2010). Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (MALTA; MERHY, 2010).

Avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores enquanto protagonistas do sistema de saúde. Uma das principais iniciativas que direcionaram as ações do Ministério da Saúde foi a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2013).

Diante do exposto, o Ministério da Saúde estruturou a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, que tem por objetivos, fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas, garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas, impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas, contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. A partir do quadro epidemiológico, serão priorizados na organização da rede, eixos temáticos, dentro dos quais serão desenvolvidas as linhas de cuidado para as doenças/fatores de risco mais prevalentes (BRASIL, 2013).

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico fundamental para a estruturação da rede e organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (BRASIL, 2010).

A partir do modelo de atenção à saúde e das experiências internacionais e dos modelos de determinação social da saúde e de pirâmide de riscos, Mendes (2011) propõe o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Esse modelo estrutura-se pela estratificação de cinco níveis de intervenções de saúde sobre seus determinantes e suas populações a partir da qual se definem ações e práticas da equipe de saúde mais adequadas a cada grupo (BRASIL, 2013).

**Figura 1** – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).



Fonte: MENDES, 2011.

No MACC, opera-se em cinco níveis em forma de pirâmide onde identificamos que: no Nível 1 consiste nas **Intervenções de Promoção à Saúde** realizadas por meio de ações intersetoriais e opera-se com a população total com foco nos determinantes sociais intermediários, ou seja, condições de vida e de trabalho, acesso aos serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias.

No nível 2 do MACC, consiste nas **Intervenções de Prevenção das Condições Crônicas**, estratificadas por fatores de risco, com foco nos determinantes proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, por meio de intervenções de prevenção de doenças, voltadas para indivíduos e subpopulações, a prevenção dá-se com a modificação de fatores de risco comportamentais, tais como a alimentação inadequada, o sedentarismo, o tabagismo, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool, nesse sentido, podemos citar os programas “Saúde na Escola” e “Academia da Saúde” para incentivar ações concretas nos determinantes sociais da saúde e na prevenção de doenças crônicas.

A partir do nível 3 do MACC, trabalha-se com subpopulações que já apresentam doença crônica estabelecida, esse nível consiste na **Gestão das Condições Crônicas**, nele as condições são de baixo ou médio risco ou a subpopulação apresenta fatores de risco biopsicológicos. Nesse nível, a atenção à saúde é fortemente ancorada em ações de autocuidado apoiado, mas

existe também a atenção clínica ao indivíduo realizada, de maneira geral, pela atenção básica. No nível 4, opera-se com subpopulações com condição crônica de alto ou muito alto risco, nesse nível é abordado a **Gestão das Condições de Saúde**, além do autocuidado apoiado, observa-se a necessidade mais significativa de cuidados profissionais, incluindo o especializado.

No nível 5, consiste na **Gestão do Caso**, opera-se com subpopulações que apresentam condição de saúde muito complexa e que chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde. Nesse nível, as intervenções em geral, exigem planos de cuidado mais singulares (MENDES, 2011).

No modelo de Atenção às Condições Crônicas, para que seja operacionalizada a Gestão do Cuidado é definido os Pontos de Atenção e suas funções na Rede de Atenção às Doenças Crônicas, esses pontos consistem em: Atenção Básica à Saúde que se caracteriza como a Ordenadora da Rede e Coordenadora do Cuidado e que tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população, os Pontos de Atenção Ambulatorial Especializada e de Atenção Hospitalar (Atenção Complementar) e os Sistemas Logísticos (MENDES, 2011).

Na implantação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, um dos objetivos foi promover mudanças na atenção à saúde em uma série de dimensões, a partir da organização do processo de trabalho, essas dimensões consistem em:

1. Acolhimento, que é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde.
2. Atenção Centrada na Pessoa e na Família.
3. Cuidado Continuado/Atenção Programada, onde a equipe deve organizar a sua agenda de modo a contemplar a diversidade das necessidades de saúde da sua população. Deve ser garantido o acesso em casos de urgência, de demanda espontânea não urgente e de cuidado continuado/programado.
4. Atenção Multiprofissional, onde a equipe deve ser entendida enquanto agrupamento de profissionais que atende uma determinada população e que se reúne periodicamente e discute os problemas de saúde dessa população e dos indivíduos.
5. Projeto Terapêutico Singular (PTS), que consiste em uma ferramenta para qualificar o atendimento à pessoa com doença crônica, favorecendo a discussão de um sujeito singular em situação de maior vulnerabilidade e complexidade (OLIVEIRA, 2008). “O PTS objetiva a realização de uma revisão do diagnóstico, nova avaliação de riscos e uma redefinição das linhas de intervenção terapêutica, redefinindo tarefas e encargos dos

vários profissionais envolvidos no cuidado e das pessoas” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p.853).

6. Regulação da Rede de Atenção, que consiste na regulação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e envolve, necessariamente, a capacidade da APS de ordenar os demais níveis da rede.
7. Apoio Matricial.
8. Acompanhamento não presencial, onde as interações entre as equipes de saúde e os usuários podem se tornar mais produtivas com um equilíbrio entre atendimentos profissionais presenciais e não presenciais por meio de telefone ou de correio eletrônico (MENDES, 2011).
9. Atendimento Coletivo já que os grupos são um dispositivo potente de educação em saúde, trocas entre os usuários e destes com a equipe de saúde. Essa abordagem deve estimular a reflexão sobre o adoecimento e os fatores envolvidos nesse processo para, a partir disso, estimular formas de autocuidado e mudança de atitude.
10. Autocuidado, pois, nas doenças crônicas, o sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu tratamento. O autocuidado apoiado significa uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e os usuários, os quais trabalham em conjunto para definir o problema, estabelecer as metas, monitorá-las, instituir os planos de cuidado e resolver os problemas que apareçam ao longo do processo de manejo (HEALTH DISPARITIES COLLABORATIVES, 2004 *apud* MENDES, 2011).
11. Linhas de Cuidado e Diretrizes Clínica que expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde.
12. Estratificação de risco que deve permitir a definição de uma série de ofertas que serão programadas de acordo com o nível em que se encontra o usuário. Ela serve para avaliar, organizar e garantir o atendimento a cada usuário, conforme a necessidade.
13. Educação permanente que supere os modelos tradicionais de educação dos profissionais e caminhe no sentido de estratégias educacionais que valorizam o trabalhador, seu conhecimento prévio e sua experiência profissional.

Dessa forma, a mudança no paradigma do sistema de saúde por meio da construção de redes vem para buscar o fortalecimento da atenção básica como coordenadora do cuidado. Ao coordenar o cuidado, pretende-se que a atenção básica seja capaz de garantir a atenção à saúde de forma contínua, fortalecendo vínculos entre a população e a APS, o que é fundamental para

o fortalecimento da atenção à saúde integral da pessoa com doença crônica, contribuindo assim para a construção, a organização e o fortalecimento das RAS.

### **3.2 Doenças Crônicas não Transmissíveis:** dos riscos à prevenção da Doença Renal Crônica

É notória a preocupação da comunidade científica com as DCNT que se configuram como problema de saúde pública na atualidade e está como a maior carga de morbimortalidade no Brasil (TOSCANO 2004). Acrescenta-se ainda que, entre as doenças crônicas não transmissíveis, o diabetes e a hipertensão arterial estão fortemente associados à morbidade e mortalidade, sendo responsáveis por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas (DUNCAN, 2016).

Através dessa mesma perspectiva alguns fatores de risco para DCNT como níveis pressóricos alterados, obesidade, consumo excessivo de álcool e tabagismo são responsáveis por uma qualidade de vida ruim associada ao aparecimento de diversas complicações (CAMPOS, 2016). Sobre a influência do aumento da prevalência de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes sabe-se que a idade favorece o aumento do risco para DCNT em idosos justamente pelo acúmulo de fatores de risco (ISER, 2010). Dessa forma, quanto mais o indivíduo possuir fatores que predispõe ao adoecimento, maior é o risco de complicações graves que comprometem seriamente sua qualidade de vida, autonomia e expectativa de vida.

Diante do que vem sendo abordado, deve-se considerar que entre as doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são determinantes para o desenvolvimento da DRC que se destaca como uma das maiores complicações causadas pelas DCNT, especialmente pelo diabetes mellitus (PENA, 2012).

Compreender que a DRC pode estar diretamente associada com as DCNT é uma afirmação bastante discutida na literatura, alguns autores enfatizam que o envelhecimento populacional, juntamente com a crescente incidência de diabetes, hipertensão arterial e outras doenças e agravos não transmissíveis, tem contribuído para o aumento mundial da prevalência da DRC e da DRT, reconhecendo-a há tempos como um problema de saúde pública (MAGALHÃES, 2016). Embora sejam discutíveis algumas outras associações clínicas que levam a DRC, aqui destacamos com relevância que a má alimentação, sedentarismo, álcool, cigarro, obesidade associada às DCNT representam para o indivíduo em uma grande parcela de chance de complicações renais num futuro próximo (PENA et al., 2004).

Diante desse contexto, a DRC vem se afirmando como um dos mais frequentes riscos das DCNT devido ao crescimento anual na prevalência de terapias dialíticas nos pacientes com essas patologias. Em 2008, o número de pacientes em diálise era 70.872, enquanto, em 2010, esse número saltou para 87.044 pacientes. Isso evidencia o comprometimento da qualidade de vida e os altos custos no tratamento. Atualmente, as principais causas da DRC são DM, HAS, história familiar de DRC e envelhecimento. Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus representam as causas da DRC em 26% e 18% dos pacientes em tratamento dialítico, respectivamente (BRASIL, 2013).

A DRC tem como principais complicações o aumento da ureia no sangue (azotemia), a qual desencadeia uma série de sinais e sintomas conhecidos como uremia ou síndrome urêmica. As causas principais podem ser: pré-renal (em decorrência da isquemia renal); renal (consequente de doenças como as glomerulopatias, hipertensão arterial, diabetes, dentre outras); pós-renal (em virtude da obstrução do fluxo urinário) (FERMI, 2003). A IRC, caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função renal, condiciona o paciente a realizar terapias de substituição da função renal na forma da diálise peritoneal, hemodiálise ou transplante. Por ser uma doença progressiva e silenciosa, seu diagnóstico, na maioria dos casos, só é feito na fase terminal, requerendo de imediato TRS (DUNCAN, 2016).

A progressão da DRC pode ser avaliada pela análise da TFG e em todos os estágios pode ser retardada ou prevenida com tratamentos adequados. O tratamento conservador da doença consta de recomendações dietéticas, uso de medicamentos e condutas especiais para que a progressão da DRC seja evitada e postergue o início TRS (BREGMAN, 2007).

Dessa forma, o conhecimento dos fatores de risco das doenças crônicas é de fundamental importância para o enfrentamento das mesmas, uma vez que, por meio desse conhecimento, serão planejadas ações e medidas de saúde, objetivando o controle, a prevenção e a redução dos agravos. Nesse sentido, os fatores de risco classificam-se em: Não Modificáveis - que não se pode intervir (sexo, idade e herança genética) e os Modificáveis - aqueles em que a intervenção é possível, sendo, portanto, os fatores de risco comportamentais (tabagismo, consumo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada) (BRASIL, 2006).

A prevenção da doença renal crônica tem como princípio a identificação dos múltiplos fatores de risco que envolve a doença, sendo necessária uma abordagem integral e interdisciplinar, competência atribuível aos profissionais da APS. É estratégia importante que essa Atenção seja a porta de entrada dos indivíduos que compõem o chamado grupo de risco (diabéticos, hipertensos, idosos, familiares de pacientes em terapia renal substitutiva,

portadores de doença cardiovasculares) no Sistema de Saúde e que sejam inicialmente atendidos pela equipe de ESF, para que estes pacientes sejam direcionados conforme a necessidade.

A hipertensão arterial é a primeira causa de DRC, com 35,1% dos casos, seguidos do DM com 28,4% dos casos. Hipertensos e diabéticos carecem de controle clínico efetivo e a educação em saúde é fundamental para adesão ao tratamento e controle dessas patologias que podem fazer sucumbir à função renal. Devido à relevância da hipertensão e do diabetes como causadoras principais da DRC, a nefroproteção está pautada no comprometimento da APS, ao estabelecer metas individualizadas; do próprio paciente, da família, co-participando no alcance das mesmas, visando conjuntamente minimizar ou a adiar a evolução da doença (FORTES, 2016).

A prevenção da DRC em pacientes com hipertensão e diabetes, pode acontecer em diferentes níveis, mas o nível primário consolida-se como o mais importante para o estabelecimento de estratégias de promoção a saúde, prevenção de complicações e detecção precoce da doença, além de ser importante para a identificação dos grupos de riscos e intervenção no ritmo da progressão como combates ao fumo, ao álcool, à obesidade e ao sedentarismo devem ser adotados no atendimento aos pacientes na atenção primária à saúde (BASTOS, 2007).

Partindo desse pressuposto, Pena et.al (2012) trazem a discussão sobre o cuidado ao paciente renal crônico no nível primário, na perspectiva da integralidade e do matriciamento, onde abordam que a detecção e tratamento precoces reduziriam as altas taxas de morbimortalidade e os custos associados, destacando ainda que, para que isso aconteça, é preciso vencer a lacuna existente entre o nível primário e secundário diante da necessidade de encaminhar, pelo profissional médico, o paciente ao especialista, no caso ao nefrologista, quando a TFG estiver alterada.

O estudo revela que o arranjo dos serviços de saúde ainda não foram modificados no sentido de vencer a barreira de acesso ao usuário e aponta como proposta o Modelo de Referência e Apoio Especializado Matricial como o dispositivo que melhor responderia ao problema observado, tendo em vista que este dispositivo estabelece linhas de cuidado em que projetos terapêuticos, centrados no usuário, viabilizados em uma rede de serviços, otimizando recursos dentro do território da comunidade, articulando ações efetivas, facilitando a estreita colaboração entre os nefrologistas e o nível primário de atenção e entre os demais profissionais envolvidos no cuidado.

Seguindo esse contexto o autor ainda complementa que tais medidas visam à promoção da saúde e o controle rigoroso das doenças crônicas, bem como a investigação da função renal,



em especial nos grupos de risco para DRC. Para tanto são necessários à capacitação de profissionais, estabelecimento de diretrizes clínicas, realização de exames laboratoriais, acesso a medicamentos e a equipamentos para diagnóstico e intervenção de preferência ainda no âmbito da APS.

Assim diante dessas constatações está claro o quanto a Atenção Primária precisa estar mais envolvida com a prevenção e detecção precoce das DCNT e da doença renal, pois para se chegar ao nível terciário da Atenção necessariamente o paciente tem de entrar no Serviço pela APS, e muitas vezes ela não atua em sua atividade plena de atenção deixando lacunas graves que podem causar sérios comprometimentos aos pacientes, além de trazer custos elevados ao Sistema enquanto muito se poderia fazer se a prevenção e promoção fosse efetivamente abordadas.

Um exemplo disso podemos encontrar na pesquisa de Barbosa et. al (2013), quando ele fala que no SUS, cerca de 30% de todo o orçamento é gasto com procedimentos de alta complexidade, atendendo apenas a 3% dos usuários do sistema. Por conseguinte, a alta complexidade é frequentemente responsabilizada pelos custos elevados despendidos em saúde e em 2009, a porcentagem dos pacientes em Hemodiálise (HD) foi 86,9% e o número de sessões pagas passou de 10 milhões, gerando gasto de 1,5 bilhão de reais.

Acreditamos que a educação em saúde consiste em um dos principais elementos da promoção da saúde e, portanto, para melhores condições de vida. Alguns autores abordaram as experiências educativas com usuários portadores de hipertensão e diabetes e perceberam que as ações muitas vezes são incipientes e em pequena medida e não se reportam à perspectiva de formação da “consciência crítica” sobre saúde (TOLEDO, 2016).

Diante das discussões, a prevenção da DRC aos portadores de DCNT só será efetiva quando os próprios profissionais tiverem a consciência que a atenção primária é um campo amplo para que essas ações sejam realizadas com sucesso (BASTOS, 2007). Neste sentido, estes profissionais têm o dever de escutar, orientar, auxiliar os pacientes, sem interferir nos seus valores. Deve-se ressaltar que é por meio da atenção primária que se começa a prevenção de doenças e é através dela que os indivíduos terão o seu primeiro contato com profissionais da saúde, tendo em vista este aspecto, vê-se a importância que os profissionais apresentam frente ao cuidado ético, humanizado, de qualidade, usando com respeito e dignidade o “cuidar. Para isso, a Atenção Primária torna-se cenário importante na construção coletiva de um conceito ampliado sobre Promoção à Saúde.

### **3.3 A Situação nos Documentos Normativos do Ministério da Saúde para as Doenças Crônicas não Transmissíveis e a Doença Renal Crônica**

Existem diversas dimensões discutidas sobre a temática em questão nos documentos normativos do Ministério da Saúde, várias portarias e decretos direcionados às doenças crônicas foram identificados, além de artigos científicos e cadernos da Atenção Básica, porém pouco se tem encontrado nas fontes de pesquisa sugeridas para o estudo quando a abordagem está relacionada à doença renal crônica.

Nesses documentos normativos podemos identificar inicialmente que vários avanços na situação atual das doenças crônicas foram estabelecidos mediante a história de consolidação do SUS, tudo que vivenciamos hoje veio sendo construído no decorrer dos anos para que nos dias atuais seja implementado novas Políticas de Saúde.

Um desses documentos importantes que consolidou o Programa voltado as DCNT foi o Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, implementado pelo Ministério da Saúde, no Brasil, no ano de 2001-2003, com o propósito de estabelecer diretrizes e metas para reorganizar a atenção a estas doenças, por meio da atualização de profissionais da rede básica, garantia do diagnóstico precoce e acompanhamento ao usuário, promovendo a reestruturação e ampliação do atendimento resolutivo. Essa foi à primeira iniciativa mundial de realização de uma campanha populacional massiva para que fosse rastreada doenças crônicas não-transmissíveis (TOSCANO, 2004).

Esse Plano foi oficializado por meio da Portaria/SPS nº 7, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 06/03/2001 e atualizada pela portaria nº20 publicada em 10/8/2001. Foi um grande diferencial para as Políticas voltadas às Doenças Crônicas, pois teve como principais parâmetros: realizar ações de prevenção primária em 100% dos municípios habilitados, identificar, cadastrar e vincular às equipes de atenção básica, os portadores de HAS e DM, implantar, na atenção básica, o protocolo de assistência ao portador de HAS e DM, reorganizar a rede de serviços, em todos os níveis de complexidade, articular as iniciativas existentes no campo da promoção e da educação em saúde para contribuir com a adoção de estilos saudáveis de vida pela população, garantir o acesso aos medicamentos incluídos no elenco mínimo definido pelo Ministério da Saúde e realizar ações de vigilância epidemiológica para o monitoramento sistemático da ocorrência desses agravos na população.

Podemos encontrar a partir de então vários instrumentos de consolidação do programa para as DCNT, um dos documentos de grande relevância está na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS,

essa portaria enfatiza o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando as ações e serviços no desenvolvimento da RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica (CAMPOLINA, 2013).

No que concerne às Doenças Crônicas, identificamos um grande alicerce na organização das RAS, e lança um debate em torno da busca por maior integração a partir do Pacto pela Saúde, que ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de Rede. Em sintonia com o Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder as condições crônicas e as condições agudas e promover ações de vigilância e promoção a saúde, efetivando a APS como eixo estruturante da RAS no SUS.

No campo das políticas públicas, comprometida com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do Sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Nesse processo, o desenvolvimento da RAS é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania.

Também conseguimos encontrar várias normas apontando o acesso aos cuidados qualificados da APS como política de saúde importante para tendências favoráveis de mortalidade por DCNT. Além disso, podemos identificar muitas referências de que o combate ao fumo, se configura como outra importante política de saúde no contexto dessas doenças, já que se trata de uma promoção à saúde bem-sucedida nas últimas décadas (DUNCAN et al., 2013)

Diante disso, foi elaborado pelo Ministério da Saúde com participação de diversas outras instituições de relevância nacional e internacional o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022. Lançado em 2011, o Plano tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implantação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, incluindo o fortalecimento dos serviços de saúde. As estratégias e ações propostas estão estruturadas em três eixos: 1. Vigilância, informação, avaliação e monitoramento, 2.

Promoção da saúde e 3. Cuidado Integral. Podemos identificar que esse plano, contempla diretamente o trabalho de combate ao fumo, obesidade, sedentarismo, entre outras ações de promoção à saúde que são fatores de risco nas DCNT (BRASIL, 2011).

Uma política importante que o Ministério da Saúde vem implementando para as DCNT consiste na PNPS, priorizando ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso de tabaco e álcool. Outros exemplos consistem na implementação do Programa Academia da Saúde e na expansão da Atenção Básica, com equipes atuando em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, prevenção, vigilância em saúde e assistência (MENDES et al., 2014).

Pouco se tem encontrado na literatura sugerida sobre os documentos normativos do Ministério da Saúde para a DRC o primeiro esboço de uma política integral ao portador de DRC foi a Portaria 38 do Ministério da Saúde, publicada em 03 de março de 1994, que estabeleceu as Normas do Sistema Integrado de Atenção ao Renal Crônico. Entretanto, a complexidade da nova regulamentação aliada aos poucos recursos com que o Ministério da Saúde contava para implementá-la, limitou sensivelmente o impacto que a mesma poderia alcançar (CHERCHIGLIA et al., 2006).

Após alguns problemas sobre contaminação e mortes devido ao processo de hemodiálise, é reconhecido por meio da publicação pelo Ministério da saúde da Portaria nº 1168/GM em 05 de junho de 2004, que institui a Política Nacional da Atenção ao Portador de Doença Renal, que define estratégias assistenciais estruturadas na busca por um cuidado equânime e qualificado dos pacientes com DRC incluindo prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, como resultado da articulação entre os vários níveis de atenção à saúde do SUS (PEIXOTO et al., 2013).

Concomitante à criação desta Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica, por meio da Portaria nº168/GM, a vigilância sanitária estabeleceu um novo regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise por meio da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 154 de 15 de Junho de 2004, considerando a necessidade de redefinir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise em pacientes ambulatoriais, portadores de insuficiência renal crônica, bem como os mecanismos de sua monitoração; e a necessidade de redução dos riscos aos quais fica exposto o paciente que se submete à diálise (BRASIL, 2004).

Em agosto de 2013 houve uma consulta pública de nº16, por parte do Ministério da Saúde, para estabelecer as diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC no Sistema Único de Saúde, objetivando oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado

da pessoa sob o risco ou com diagnóstico de DRC, abrangendo a estratificação de risco, estratégias de prevenção, diagnóstico e o seu manejo clínico (BRASIL, 2013).

Um grande motivo de discussões e embates identificado na literatura pesquisada está relacionado à Política Farmacêutica, basicamente no aumento que impulsiona o consumo de medicamentos anti-hipertensivos e anti-diabéticos. O tratamento medicamentoso, quando adequadamente conduzido, possibilita o controle das DCNT, a redução da morbimortalidade e a melhoria da qualidade de vida dos usuários portadores dessas condições (COSTA et al., 2016).

Diante do já citado Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, diferentes estratégias têm sido implementadas pelo Estado brasileiro buscando viabilizar as diretrizes das políticas farmacêuticas no país como: ampliação do financiamento público para maior disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde do SUS, promulgação de instrumentos regulatórios relativos ao acesso aos medicamentos, estruturação da assistência farmacêutica e desenvolvimento de um programa nacional para qualificar a assistência farmacêutica no SUS, entre outras medidas.

Dentre essas iniciativas foi criado o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) em 2004, visando a ampliar ações de universalização do acesso da população aos medicamentos, por meio de atendimento oferecido a pessoas usuárias ou não de serviços públicos de saúde. Desde a sua institucionalização, o programa incorporou modificações sucessivas. Em 2011, passou a garantir a gratuidade de medicamentos para o tratamento da hipertensão, diabetes e asma em todas as farmácias do país credenciadas ao programa e nas suas unidades próprias, como parte de um programa conhecido como Saúde Não tem Preço.

Nesse contexto, reconhece-se que o acesso aos medicamentos envolve uma complexa rede de atores públicos e privados, no contexto econômico, político e social. Os indicadores de acesso aos medicamentos para o tratamento de DCNT consideradas prioritárias permitem aferir em que medida os serviços públicos e privados de saúde, de diferentes países, estão sendo capazes de prover assistência farmacêutica aos pacientes com estas doenças. Por essa razão, em 2011, questões relacionadas ao uso dos medicamentos para hipertensão e diabetes, e às fontes de obtenção destes medicamentos, foram incluídas no inquérito do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (COSTA et al., 2016).

O estudo de Costa et.al. (2016) apontam o acesso ao medicamento como ponto que carece importantes discussões, reflexões são bem colocadas quanto a importância do tratamento, mas ressaltam também o seu uso irracional, além das críticas importantes sobre a falta de continuidade do tratamento pela escassez das medicações nas farmácias básicas.

### 3.4 Produção Científica sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Doença Renal Crônica: abordando as políticas públicas e as lacunas do conhecimento

As DCNT e a DRC vêm sendo alvo de diversos estudos no Brasil, porém, ainda pouco se têm de publicações envolvendo associadamente os dois temas, principalmente no âmbito da Atenção Primária. Como impulso para iniciar a discussão, destacamos de início o quanto é enfatizado pelos autores o impacto que as doenças crônicas não transmissíveis estão causando atualmente na sociedade, é notório que ao passar dos anos o índice de pacientes acometidos só vem aumentando e os riscos de agravamento estão cada vez mais preocupantes.

Historicamente, uma das definições de doença crônica mais amplamente aceita é a proposta em 1957 pela Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge (Estados Unidos), na qual se incluíam todos os desvios do normal que tinham uma ou mais das seguintes características: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados (AZEVEDO et al., 2013).

Para muitos autores, atribui-se ao envelhecimento populacional um dos maiores motivos para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, atribui-se a isso o significativo aumento da população idosa ( $\geq 60$  anos) no Brasil nas últimas décadas: passou de 1,7 milhão em 1940 para 20,5 milhões em 2010 (10,8% da população brasileira), e é claro que como o Brasil passa também por um processo de transição epidemiológica, as doenças crônicas, típicas do envelhecimento, estão em evidência no cenário da saúde pública (STOPAL et al., 2014)

O DM e a HAS são as principais doenças que acometem a população idosa, sua crescente prevalência e altos níveis de morbimortalidade os configuram como uma epidemia mundial e implica desafios para os sistemas de saúde do mundo todo. Assim, o Envelhecimento da população, urbanização acentuada e intensificação da globalização, como também a adoção de estilos de vida pouco saudáveis e uso de dieta industrializada, são os principais responsáveis pelo aumento na incidência e na prevalência dessas doenças. O número de portadores de diabetes, por exemplo, deverá chegar aos 350 milhões em 2025 (STOPAL et al., 2014).

No Brasil, as DCNT são também a principal causa de mortalidade e afetam de forma mais intensa indivíduos pertencentes a grupos vulneráveis, com baixa escolaridade e menor renda. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2008) revelaram crescimento de 37% na prevalência do diabetes e de 15% na de hipertensão no país, no período de 2003 a 2008.

Diante desse contexto, a elaboração do Plano de Reorganização da Atenção à HAS e ao DM, implementado pelo Ministério da Saúde, no Brasil, no ano de 2001-2003, com o propósito de estabelecer diretrizes e metas para reorganizar a atenção a estas doenças, por meio da atualização de profissionais da rede básica, garantia do diagnóstico precoce e acompanhamento ao usuário, promovendo a reestruturação e ampliação do atendimento resolutivo. Esse plano contou com a participação dos distintos setores do governo e sociedade civil (TOSCANO, 2004).

Mendes et al. (2014) também trazem como referência de políticas públicas relevantes o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, os autores enfatizam os objetivos do programa para a redução da taxa de mortalidade prematura (< 70 anos), a redução da prevalência de obesidade, do consumo nocivo de álcool, do aumento da prevalência de atividade física no lazer, da melhora do consumo alimentar com foco em frutas e hortaliças e da redução da prevalência de tabagismo em adultos.

Os autores ainda relatam, que desde a publicação e divulgação do Plano de Ações, foram desenvolvidas definições de saúde cardiovascular associadas à sobrevivência sem incapacidades, essas definições são baseadas em quatro fatores comportamentais: não fumar, praticar atividade física regularmente, ter índice de massa corporal (IMC) < 25kg/m<sup>2</sup> e uma dieta saudável; e a três fatores biológicos: colesterol < 200mg/dl, pressão arterial < 120/80mmHg e glicemia de jejum < 100mg/dl.

A partir de então, programas eficazes de prevenção da hipertensão e do diabetes vêm sendo discutidos, ações de promoção à saúde vem sendo amplamente incentivadas ao nível primário da atenção, principalmente sobre as mudanças no estilo de vida. Modificações na dieta e combate ao sedentarismo, têm sido apontadas como fatores importantes na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, os autores sugerem quatro pontos sobre os quais se poderiam intervir e que traria a oportunidade de reduzir a carga dessas doenças que são: prevenção primária; rastreamento e diagnóstico precoce (prevenção secundária); garantia de acesso e utilização do serviço de saúde e qualidade do cuidado prestado (CAPILHEIRA; SANTOS, 2011)

Considerando que a hipertensão arterial e o diabetes permanecem assintomáticos por um período de tempo antes de seu diagnóstico, a detecção e o diagnóstico precoce permitiriam a instituição de terapia precoce e conseqüentemente a redução das complicações relacionadas à enfermidade. Estudos recentes como ensaios clínicos controlados demonstraram que os benefícios da redução de fatores de risco para doenças cardiovasculares são significativos e outro ensaio prospectivo demonstrou que o nível ótimo de controle da pressão arterial em

pacientes diabéticos com hipertensão é menor do que aquele em pacientes hipertensos sem diabetes. Por todo o exposto acima, a detecção precoce do diabetes mellitus e da hipertensão arterial através de estratégias de rastreamento parece uma medida acertada (COSTA et al., 2016).

Partindo para o contexto da Atenção Básica, prioritariamente aos cuidados qualificados de APS, como política de saúde importante para tendências favoráveis de mortalidade por DCNT, o combate ao fumo se configura como outra importante política de saúde no contexto dessas doenças, já que se trata de uma promoção à saúde bem-sucedida nas últimas décadas (DUNCAN et al., 2012).

Campilheira e Santos (2011) não só sinalizam que a APS é relevante como política de saúde no contexto das DCNT, como desenvolveram um estudo que avaliou o conhecimento e o desempenho dos médicos atuantes na rede de Atenção Primária à Saúde da cidade de Pelotas, quanto à prevenção e manejo de fatores de risco para DCNT em adultos. Vê-se, assim, que é notória a importância que os autores têm atribuído à APS, não só por se configurar como principal porta de entrada do usuário na rede de atenção à saúde, mas também por possuir como uma de suas prioridades a abordagem preventiva das diversas doenças.

Além da abordagem às doenças crônicas não transmissíveis, eles fazem uma relação ao desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil, destacam que a prevenção de DCNT foi ruim, já que os profissionais médicos contemplam mais a prevenção terciária, aconselhando os que já são portadores de DCNT, do que a prevenção primária, prevenindo a incidência de DCNT, sinalizando que os serviços de saúde estão voltados ainda para atender prioritariamente às pessoas com doenças já instaladas, carecendo de uma medicina preventiva voltada para a investigação de hábitos de vida e aspectos sociais de cada paciente. Assim, o médico deve ter uma prática de educação em saúde e estender seus serviços preventivos, sempre dentro das possibilidades, a toda família, já que esta é a unidade social básica (CAMPILHEIRA; SANTOS, 2011).

Diante dessa observação sobre a Atenção Primária, sabemos que mesmo sendo assintomáticas, as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapias adequadas. No entanto, parcela importante da população adulta com hipertensão, por exemplo, não sabe que é hipertensa; e muitos dos que sabem não estão sendo adequadamente tratados. A hipertensão arterial é uma co-morbidade



extremamente comum no diabético, representando um risco adicional a este grupo de pacientes para o desenvolvimento de complicações macrovasculares.

Partido desse pressuposto podemos fazer a mesma associação à DRC, já que atualmente muitos pacientes com doenças crônicas como a hipertensão e diabetes não sabem que são fatores de risco para uma possível doença renal, até porque ela também é silenciosa e assintomática nos primeiros anos. Diante do que vem sendo abordado, deve-se considerar que entre as doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são determinantes para o desenvolvimento da DRC que se destaca como um problema mundial de saúde pública (PEIXOTO, 2013).

Atualmente, a DRC é um dos maiores desafios às políticas de saúde devido às suas implicações econômicas e sociais, potencializadas quando se considera que, na maioria dos casos em que há perda da função renal, esta poderia ser evitada com a correta abordagem clínica da DRC (BASTOS, 2013).

As políticas de saúde para a DRC tem sua história um pouco mais recente, um dos primeiros relatos na literatura sugerida sobre as políticas para essa doença vem do ano de 1976, segundo Bastos (2013), neste ano, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), passa a remunerar o procedimento de hemodiálise e observa-se significativa expansão da terapêutica dialítica, por meio de serviços privados de médio porte que facilmente se credenciavam junto ao INAMPS. Nota-se, que a partir dos anos 1970, o INAMPS foi decisivo para a difusão destas tecnologias, contribuindo para a consolidação de um mercado predominantemente privado de prestação de serviços, articulado a um segmento de fornecedores de máquinas, equipamentos e medicamentos utilizados em terapias renais substitutivas altamente monopolizadas.

O primeiro esboço de uma política integral ao portador de DRC foi a Portaria nº 38 do Ministério da Saúde, publicada em 03 de março de 1994, que estabeleceu as Normas do Sistema Integrado de Atenção ao Renal Crônico. Entretanto, a complexidade da nova regulamentação aliada aos poucos recursos com que o Ministério da Saúde contava para implementá-la, limitou sensivelmente o impacto que a mesma poderia alcançar.

Em decorrência da tragédia de Caruaru em 1996, quando no Instituto de Doenças Renais (IDR) de Caruaru/PE 54 pessoas morreram contaminadas após serem submetidas a hemodiálise, houve a instituição da Autorização de Procedimentos de Alto Custo em Alta Complexidade (APAC) e a substituição das máquinas de tanque pelas de proporção, agravando a dependência tecnológica nacional (CHERCHIGLIA et al., 2006).

A relevância do problema para o SUS é reconhecida por meio da publicação pelo Ministério da saúde da Portaria nº 1168/GM em 05 de junho de 2004, que institui a Política Nacional da Atenção ao Portador de Doença Renal, e define estratégias assistenciais estruturadas na busca por um cuidado equânime e qualificado dos pacientes com DRC incluindo prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, como resultado da articulação entre os vários níveis de atenção à saúde do SUS (PEIXOTO et al., 2013).

Em seus aspectos mais importantes, a política instituída em 2004 passou a prever a integralidade no cuidado das doenças crônicas não transmissíveis, com a introdução das linhas de cuidado integral, incluindo prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. A proposta da linha de cuidado supõe que o usuário do sistema tenha um acompanhamento contínuo, como resultado da articulação dos vários níveis de atenção à saúde ocorrendo à definição e implementação de protocolos e diretrizes clínicas das DCNT favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção (BARBOSA et al., 2013).

Concomitante à criação desta Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica, por meio da Portaria nº168/GM, a vigilância sanitária estabeleceu um novo regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise por meio da RDC nº 154 de 15 de Junho de 2004, considerando a necessidade de redefinir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise em pacientes ambulatoriais, portadores de insuficiência renal crônica, bem como os mecanismos de sua monitoração; e a necessidade de redução dos riscos aos quais fica exposto o paciente que se submete à diálise (CHERCHIGLIA et al., 2006).

Cabe ressaltar que as políticas anteriores tratavam a DRC sob o prisma da fragmentação assistencial, centrando suas ações às ofertas de procedimentos pelo sistema previdenciário (BARBOSA et al., 2013).

Em 2011, segundo o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, havia um total de 91.314 pacientes em tratamento dialítico no Brasil, sendo o diabetes mellitus a segunda causa de doença renal crônica terminal para 28,4% dos pacientes em diálise. Em face da crescente incidência da doença renal crônica terminal causado pelo diabetes mellitus, o enfoque preventivo e terapêutico no tratamento do diabetes é necessário com o objetivo de garantir melhores resultados na prevenção da doença renal crônica.

É importante considerar os custos dessa terapêutica e o seu impacto no sistema de saúde, uma vez que o crescimento da população com DRC tem implicações nas políticas públicas de saúde (CENTENARO, 2010). Além disso, os custos diretos das DCNT para o sistema de saúde

representam impacto crescente. No Brasil, essas doenças estão entre as principais causas de internações hospitalares.

O país vem organizando, nos últimos anos, ações no sentido de estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para as doenças e agravos não transmissíveis e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde. Como parte do processo, o Brasil delineou um sistema baseado em informações de fatores de risco e morbimortalidade. Em 2006, foi implantada a VIGITEL, que investiga a frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida em adultos ( $\geq 18$  anos) residentes em domicílios com linha fixa de telefone nas capitais do Brasil (SZUSTER et al., 2012).

No caso específico da DRC causada por HAS e DM as ações relacionadas à prevenção e intervenção precoce são de grande relevância devido ao ônus gerado por tais doenças ao nosso sistema de saúde e sociedade. O nível primário de atenção em saúde tem importante papel na captação e vinculação da população sob o risco de desenvolver estas doenças, contando para isso com arcabouço legal e protocolos normatizados em âmbito nacional (BRASIL, 2006). Infelizmente ainda temos que lidar com a falta de coordenação entre os níveis de atenção da rede pública e o despreparo dos profissionais, tendo como consequência a desarticulação das ações de promoção da saúde, cuidados preventivos, curativos e reabilitadores, rompendo com o conceito de integralidade (PEIXOTO et al., 2013).

Identificamos no estudo de Pena et.al. (2012), que aborda o cuidado ao paciente com DRC na perspectiva da integralidade e apoio matricial, foi destacado a política da APS como organizadora das redes assistenciais articuladas, sendo que o nível primário da atenção se configura como porta de entrada preferencial do usuário no sistema, permitindo ao médico generalista ou de família realizar a coordenação de cuidados, controlando as referências para os diferentes níveis de atenção a médicos especialistas. Enfatizaram que, mesmo diante da importância desta política, a atenção primária não é capaz isoladamente de responder às demandas da população com DRC ou com risco de desenvolvê-la, suscitando que seja implementado o apoio especializado matricial como dispositivo, com a inserção do especialista em nefrologia para subsidiar nos cuidados imediatos da população em destaque, respondendo de imediato às necessidades com vista à integralidade dos usuários, legitimando a APS como resolutive.

A realidade é que, mesmo mediante de tantos esforços, como publicação de portarias, manuais e diretrizes, esses recursos não têm sido suficientes para impedir o aumento da incidência de novos casos de pacientes em TRS com doença de base hipertensão e diabetes.

No Brasil, a APS tem caráter estratégico na realização de ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência e acompanhamento longitudinal dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, sendo responsável pelo encaminhamento precoce dos pacientes com doença renal crônica para a atenção especializada de média complexidade, onde será instituída a terapêutica apropriada para retardar a progressão da doença renal crônica, prevenir suas complicações e garantir um preparo adequado para a iniciação às terapias de substituição renal.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo e Local do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo transversal e documental com abordagem quantitativa. Seguindo ensinamentos de Richardson (1989) a pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas.

O estudo foi realizado nos Centros de Saúde da Família (CSF) da cidade de Sobral (CE). Sobral é uma cidade localizada na zona norte do estado do Ceará, a uma distância de 238 quilômetros de Fortaleza e possui uma população estimada em aproximadamente 203.682 habitantes (IBGE, 2016). O município tem sua Atenção à Saúde organizada por níveis de atenção, sendo referência para 55 municípios da zona norte do estado do Ceará. Possui um Sistema de Saúde Escola que é referência nacional para a Atenção Primária à Saúde e atualmente conta com 63 Equipes de Saúde da Família (eSF) atuando em 35 CSF, onde 20 estão localizados na sede e 15 na zona rural do município (SOBRAL,2017)

### **4.2 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada nos 35 CSF localizados na sede e nos distritos do município de Sobral. Teve como população de estudo, os 139 profissionais de nível superior, enfermeiros (as) e médicos (as) responsáveis pelo preenchimento da IER (Anexo A).

Nossa amostra foi delimitada a partir dos seguintes critérios de inclusão: a) Profissionais de nível superior, enfermeira (o) e/ou médica (o) que realizem a IRE, já que somente esses profissionais foram treinados e capacitados através de Educação Permanente e possuem o devido conhecimento no preenchimento do IER, além da sua habilidade para a continuidade da assistência ao paciente; b) que estejam cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da unidade; c) Que aceitem participar do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), de acordo com os princípios éticos. Como critério de exclusão: a) CSF onde a IRE é realizada por outro profissional. Dessa forma a amostra foi composta por 82 profissionais que estavam atuando na ESF no município no período de coleta de dados sendo 31 médicos e 51 enfermeiros.

A abordagem se deu durante o horário de trabalho, 7h às 11h e 13h às 17h, com no mínimo de duas visitas a unidade, a primeira com objetivo de descrever os objetivos, benefícios

e riscos da pesquisa, onde convidamos os profissionais para participar voluntariamente do estudo, e a partir do interesse do profissional foi agendado o segundo momento, onde preenchemos um questionário semiestruturado que compõe o Apêndice B que se refere aos aspectos de aplicação e preenchimento do IRE, após assinatura do TCLE.

### **4.3 Análise dos dados**

Para atender aos objetivos do estudo foi utilizada a estatística descritiva. Para caracterização do perfil dos profissionais, os dados categóricos foram apresentados em tabela por números absolutos e respectivas percentagens.

Para caracterização das dificuldades relacionadas ao preenchimento do IER, as variáveis categóricas referentes às dificuldades foram apresentadas em tabela e gráficos por números absolutos e respectivas percentagens.

### **4.4 Aspectos Éticos**

Foram respeitados, os princípios éticos da pesquisa garantindo a veracidade dos resultados e o sigilo das identidades. Desde modo, seguimos os princípios da autonomia onde os participantes tiveram liberdade de abandonar o estudo em qualquer etapa do processo, se assim tomarem como necessário, sem incorrer em nenhum dano para os mesmos; da beneficência na qual houve ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais quanto potenciais, de forma que nos comprometemos com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; da não maleficência que garantimos que danos previsíveis iram ser evitados; e o da justiça e equidade na qual justificamos a realização do estudo em sua relevância social (BRASIL, 2012).

O estudo seguiu os protocolos éticos para pesquisa com seres humanos atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais, definidas pela Resolução 466/12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõem sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e também foi submetido à Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através da plataforma Brasil.

A participação dos sujeitos do estudo foi confirmada através de sua livre aceitação por meio do TCLE, o desejo de cada um de não participar do estudo ou desistir em qualquer fase da pesquisa a qualquer momento sem que isso lhe traga algum prejuízo. Também foi esclarecido

aos participantes sobre os objetivos do estudo, riscos, benefícios, divulgação dos resultados bem como sobre o direito de anonimato, de sigilo das informações pertinentes e da privacidade.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização da Amostra

A caracterização da amostra abrangeu variáveis que nos permitisse conhecer o perfil dos profissionais da pesquisa onde identificamos o sexo, a faixa etária, a categoria profissional, o tempo de atuação e a formação profissional através de pós-graduação *latu sensu* conforme Tabela 1 abaixo:

**Tabela 1** – Distribuição dos resultados das características sociodemográficas da amostra, Sobral, CE – 2018

Variável	Níveis	<i>f</i>	%
<b>Sexo</b>	Feminino	54	66%
	Masculino	27	33%
	não responderam	1	1%
<b>Faixa etária (anos)</b>	20 - 30	18	22%
	30 - 40	34	41%
	40 - 50	15	18%
	> 50	12	15%
	não responderam	3	4%
<b>Categoria profissional</b>	enfermeiro (a)	51	62%
	médico (a)	31	38%
<b>Tempo de Formação</b>	menos de 1 ano	9	11%
	1 a 3 anos	16	20%
	3 a 10 anos	23	28%
	acima de 10 anos	34	41%
<b>Tempo de atuação na ESF</b>	menos de 1 ano	10	12%
	1 a 3 anos	15	18%
	3 a 10 anos	26	32%
	acima de 10 anos	31	38%
<b>Pós-graduação <i>latu sensu</i></b>	Não	27	33%
	Sim	55	67%
<b>Descrição das pós-graduação <i>latu sensu</i></b>	Saúde da Família	24	44%
	Residência em Saúde da Família	12	22%
	Residência em Saúde da Família e Comunidade	4	7%
	Saúde Pública	5	9%
	Outras	20	36%

Fonte: elaborada pela autora.



## 5.2 Distribuição dos resultados sobre o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco

Os resultados a seguir, caracterizam-se pela avaliação das respostas sobre o IER para Hipertensão e Diabetes realizados com os profissionais médicos e enfermeiros da ESF do município de Sobral, que concerne nas questões sobre a capacitação e a percepção do profissional sobre o preenchimento do IER, as dificuldades encontradas em relação a identificação dos fatores de risco e lesão em órgão alvo além da identificação dos riscos para a DRC como veremos nas tabelas e gráficos abaixo:

**Tabela 2** – Distribuição dos resultados acerca do preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco na rotina do Serviço por categoria profissional, Sobral, CE - 2018

Variável	Níveis	<i>f</i>	%
<b>Preenchimento do IER* pela categoria médica</b>	Sim	31	52%
	Não	19	32%
	Não aceitaram participar da pesquisa	10	17%
<b>Preenchimento do IER* pela categoria de enfermagem</b>	Sim	51	62%
	Não	4	5%
	Não aceitaram participar da pesquisa	27	33%

Fonte: elaborada pela autora

\* Instrumento de Estratificação de Risco

**Tabela 3** – Capacitação dos profissionais para o preenchimento do instrumento de Estratificação de Risco para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, Sobral, CE – 2018

Variável	Níveis	<i>f</i>	%
<b>Profissionais capacitados para o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco</b>	Sim	54	66%
	Não	28	34%

Fonte: elaborada pela autora.

**Tabela 4** – Primeira percepção dos profissionais sobre o Instrumento de Estratificação de Risco de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do município de Sobral, CE – 2018

Variável	Níveis	<i>f</i>	%
<b>Primeira impressão sobre o Instrumento</b>	compreensão fácil e totalmente exequível	25	30%
	compreensão fácil, mas parcialmente exequível	45	55%
	compreensão fácil, mas inexecuível	4	5%

<b>de Estratificação de Risco</b>			
	compreensão difícil e inexecutável	3	4%
	não responderam	5	6%

Fonte: elaborada pela autora

**Tabela 5** – Distribuição em relação a fonte de coleta de dados para o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do município de Sobral, CE – 2018

<b>Variável</b>	<b>Níveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Fonte de coleta de dados*</b>	Resgate no prontuário	40	51%
	Entrevista com o paciente	50	64%
	Visita Domiciliar	5	6%
	Grupos	2	3%
	Entrevista com ACS**	2	3%
	Planilha de acompanhamento	1	1%
	Não responderam	4	5%

Fonte: elaborada pela autora

\*Mais de uma opção de resposta

\*\* Agente Comunitário de Saúde

**Tabela 6** – Distribuição em relação as dificuldades enfrentadas no preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018

<b>Variável</b>	<b>Níveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Dificuldade em relação ao preenchimento do IER*</b>	Sim	47	57%
	Não	35	43%
<b>Dificuldades citadas**</b>	Dificuldade na coleta de dados no prontuário	37	79%
	Continuidade da assistência	19	40%
	Falta de tempo	20	43%
	Dificuldade de entendimento das perguntas	9	19%
	Falta de exames e de apoio do médico	3	6%
	Não responderam	4	9%

Fonte: elaborada pela autora

\* Instrumento de Estratificação de Risco

\*\*Mais de uma opção de resposta

**Tabela 7** – Distribuição acerca da identificação dos fatores de riscos para a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus durante o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018

<b>Variável</b>	<b>Níveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Dificuldades na identificação dos fatores de risco</b>	Sim	40	49%
	Não	42	51%

<b>Dificuldades citadas*</b>	Não realização dos exames necessários	35	88%
	Falta de registro no prontuário	21	53%
	Dificuldade do paciente em relatar a história familiar	16	40%
	Continuidade da assistência	12	30%
	Não responderam	4	10%

Fonte: elaborada pela autora

\*Mais de uma opção de resposta

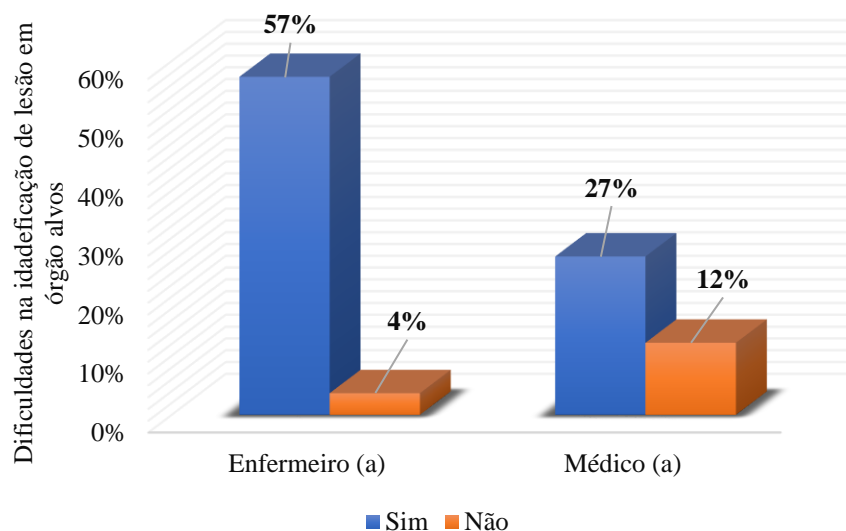
**Tabela 8** – Distribuição acerca das dificuldades na identificação de lesões em órgãos alvos durante o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018

Variável	Níveis	<i>f</i>	%
<b>Dificuldades na identificação de lesões em órgãos alvos</b>	Sim	69	84%
	Não	13	16%
<b>Dificuldades citadas*</b>	Não realização dos exames necessários	46	67%
	Falta de registro no prontuário	21	30%
	Dificuldade no índice do tornozelo braquial	20	29%
	Continuidade da assistência	13	19%
	Avaliação do Pé diabético	5	7%
	Outras dificuldades	1	1%
	Não responderam	1	1%

Fonte: elaborada pela autora

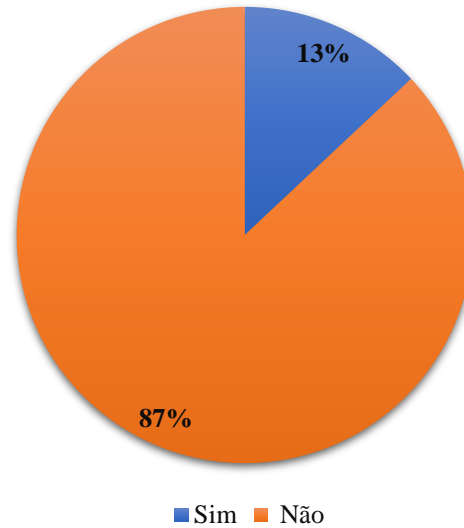
\*Mais de uma opção de resposta

**Gráfico 1** – Relação das dificuldades na identificação de lesões em órgãos alvos durante o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco por categoria profissional, Sobral, CE – 2018



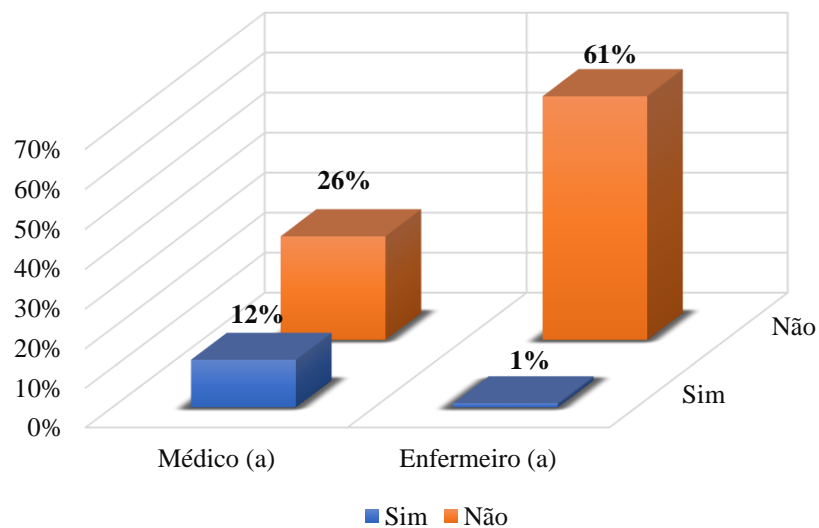
Fonte: elaborada pela autora

**Gráfico 2** – Distribuição respeito da realização do cálculo da Taxa de Filtração Glomerular para identificar risco de Doença Renal Crônica durante o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018



Fonte: elaborada pela autora

**Gráfico 3** – Comparativo entre categoria profissional e a realização do cálculo da Taxa de Filtração Glomerular para identificação do risco de doença renal durante o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018



Fonte: elaborada pela autora

**Tabela 9** – Distribuição acerca da identificação de pacientes com risco e realização de condutas frente aos riscos para a Doença Renal Crônica durante o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018

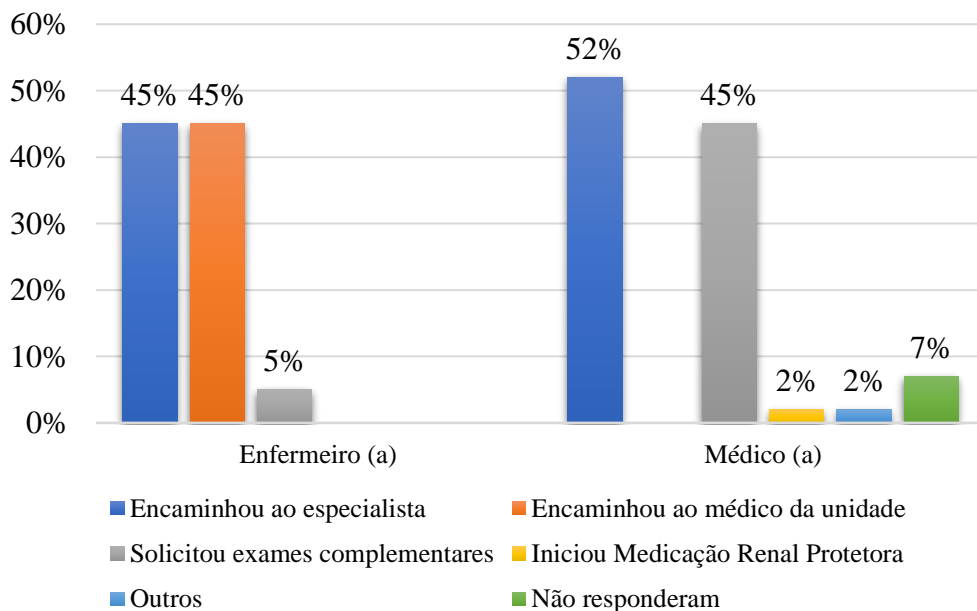
Variável	Níveis	f	%
<b>Identificação de pacientes com risco para DRC</b>	Sim	44	54%
	Não	35	43%
	Não responderam	3	4%
<b>Realização de condutas frente a identificação de risco para DRC*</b>	Sim	42	95%
	Não	2	5%
<b>Condutas Realizadas**</b>	Encaminhou ao especialista	34	81%
	Encaminhou ao médico da Unidade	19	45%
	Solicitou exames complementares	21	50%
	Iniciou Medicação Renal Protetora	1	2%
	Outros	1	2%
	Não responderam	3	7%

Fonte: elaborada pela autora

\* Doença Renal Crônica

\*\*Mais de uma opção de resposta

**Gráfico 4** – Comparativo entre categoria profissional e a realização de condutas a partir da identificação de riscos para Doença Renal Crônica durante o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018



Fonte: elaborada pela autora

**Tabela 10** – Distribuição acerca de ações de prevenção e identificação precoce para pacientes com Hipertensão e Diabetes quanto ao risco de Doença Renal Crônica durante o preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018

Variável	Níveis	f	%
<b>Ações de Prevenção e Identificação precoce da DRC*</b>	Sim	46	56%
	Não	36	44%
<b>Ações Realizadas**</b>	Grupos de Educação em Saúde	35	76%
	Sala de Espera	32	70%
	Visitas Domiciliares	16	35%
	Orientações e condutas durante as consultas	5	11%
	Trabalho Multiprofissional	1	2%
	Não responderam	4	9%

Fonte: elaborada pela autora

\* Doença Renal Crônica

\*\*Mais de uma opção de resposta

**Tabela 11** – Distribuição acerca da percepção profissional sobre as mudanças na Atenção à saúde após a implantação Instrumento de Estratificação de Risco do município de Sobral, CE – 2018

Variável	Níveis	f	%
<b>Percepção de Mudanças</b>	Sim	28	34%
	Não	50	61%
	Não responderam	4	5%
<b>Mudanças percebidas*</b>	Melhor monitoramento do cuidado	5	18%
	Melhor identificação das complicações a partir do grau de risco do paciente	5	18%
	Melhor adesão aos pacientes quanto ao autocuidado	3	11%
	Formação de Grupos para educação em saúde	3	11%
	Maior número de pacientes com exames em dia	1	4%
	Melhor organização da atenção ao Hipertenso e Diabético na Unidade	1	4%
	Não descreveram	10	36%

Fonte: elaborada pela autora

\*Mais de uma opção de resposta

## 6 DISCUSSÃO

A pesquisa teve como amostra 82 (oitenta e dois) profissionais de saúde entre médicos e enfermeiros que atuam nos CSF de Sobral, tanto na Sede quanto na zona rural do município, como podemos observar na Tabela 1. Identificamos que 66% da amostra foi constituída por profissionais do sexo feminino, com faixa etária predominante entre 30 a 40 anos (41%), sendo 62% enfermeiros e 38% médicos. Desses profissionais, 41% tinham mais de 10 anos de formação e 38% deles tinham mais de 10 anos de experiência na ESF. Sobre a formação profissional, 67% dos participantes possuíam especialização *lattu sensu*, sendo 44% na área de Saúde da Família.

As características pessoais, humanas e interdisciplinares dos profissionais que atuam na área da Saúde são importantes de se considerar. Para se obter uma informação mais ampla e melhor sobre a saúde da comunidade, o conhecimento do perfil profissional no desenvolvimento dos integrantes do corpo de recursos humanos dos serviços é fundamental para o desenvolvimento profissional na ESF (BEINNER; BEINNER, 2014).

A caracterização dos participantes da amostra nos direciona para o perfil profissional encontrado atualmente na ESF, identificamos na Tabela 1, que a grande maioria dos profissionais eram constituídos por mulheres, isso nos remete a pesquisa de Pinto e Villa (2010) onde eles citam a feminização das profissões que vem se revelando uma das tendências dos profissionais das equipes de saúde da família. Fatores como a elevação dos níveis de escolaridade e instrução, acrescidos da redução das taxas de fecundidade, são razões que impulsionaram a mulher para o mercado de trabalho, principalmente no setor saúde. /

Além disso, identificamos também que quase o dobro da amostra era formada por enfermeiros, isso pode ser entendido pelo fato de uma parcela dos médicos não realizarem o preenchimento do IER. Observamos na Tabela 2, que 32% dos médicos não realizam a estratificação de risco dos pacientes hipertensos e diabéticos na sua Unidade de Saúde enquanto apenas 5% dos enfermeiros não realizam, percebemos durante a coleta de dados que muitos médicos não tem o conhecimento do IER e portanto relataram não ter propriedades para responder o questionário da pesquisa. Observamos durante a coleta de dados que em vários CSF's a responsabilidade pelo instrumento estava voltada para o profissional de enfermagem, muitas vezes por opção dos próprios médicos ou por seguir algum fluxo de organização de serviço local.

Além disso, outro fator que nos leva a identificar um número quase dobrado de enfermeiros na amostra, reflete o cotidiano dos serviços de atenção primária do município, onde

a categoria da enfermagem ainda se sobressai em número à categoria médica. Em Sobral, observamos que em alguns CSF's tem mais de um enfermeiro por equipe o que diferencia de outros municípios que seguem a regulamentação de um enfermeiro por equipe, refletindo a importância da enfermagem para a vigilância do cuidado e a preocupação da gestão para com uma melhor atenção aos usuários.

É evidente a importância do protagonismo do enfermeiro na APS. Conforme a Lei nº 7.498 de 1996 que aborda o Exercício Profissional, o enfermeiro assume diferentes modelos assistenciais e atividades indispensáveis. Algumas delas incluem planejamento, execução e avaliação dos serviços, prescrição medicamentosa, consultas e solicitação de exames, entre outras (COFEN, 2008). Desse modo, a presença do enfermeiro na ESF visa também a compreensão das necessidades que um usuário necessita, a fim de priorizar a organização dos serviços e práticas de saúde, com foco na prevenção de agravos e na promoção da saúde.

Ainda na Tabela 1, evidenciamos que mais da metade da amostra havia se qualificado através de pós-graduação, além também de que a maioria deles tinham especialização em Saúde da Família, dessa forma percebemos que a grande prevalência de profissionais que cursaram ou estão cursando uma pós-graduação demonstra uma tendência de busca de melhor qualificação por meio de cursos de especialização na área da saúde. Ademais, o Ministério da Saúde tem adotado a estratégia de favorecer a qualificação profissional no sentido de fortalecer as políticas no setor público de saúde (COSTA et al., 2013).

Segundo a IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, é indispensável para a implementação do SUS uma política que incorpore ações como a qualificação e/ou formação permanente de trabalhadores, cuja as especializações e treinamentos conte com o suporte de escolas de formação nas Secretarias de Saúde, universidades e outras instituições públicas de ensino superior (BRASIL, 2013).

O conhecimento do perfil profissional e uma qualificação direcionada para a Atenção Básica é fundamental para o trabalho na ESF, a elaboração e a adoção de medidas de apoio à qualificação possibilitam, conseqüentemente, melhor desempenho das atividades sanitárias e atenção mais adequada e condizente com as reais necessidades da população.

A importância da qualificação profissional e de Educação Permanente é reforçada ao analisarmos a Tabela 3 que corresponde a capacitação dos profissionais para o preenchimento do IER. Essa variável é de extrema relevância para o resultado do instrumento, já que sem o preenchimento adequado não se obtém uma resposta favorável para a continuidade do cuidado. De acordo com a Tabela 3, 66% dos profissionais foram capacitados para responder o Instrumento, uma parcela considerável que representa a Política Municipal de Educação



Permanente de Sobral, que é o referencial metodológico adotado por este sistema em decorrência de se ter o campo prático como o cenário de construção de conhecimentos e permitir a transformação da dinâmica do trabalho (NOGUEIRA et al., 2010).

Assim, nesse processo constante, a Tabela 4 nos mostra como foi a primeira percepção dos profissionais sobre o IER, identificamos que mais da metade da amostra (55%), acharam o questionário de fácil compreensão mas ao mesmo tempo parcialmente exequível, daí entendemos muitas vezes a dificuldade na adesão por parte dos profissionais e a dificuldade no seguimento de rotinas para o seu preenchimento. Segundo Nepomuceno (2015), os profissionais ao ser deparado com um novo processo de trabalho, enfrentam dificuldades de gerenciamento do tempo bem como de organização da assistência, precisando assumir mais um desafio que é a busca de alternativas para melhorar o gerenciamento do cuidado, e assim identificar mudanças significativas para os usuários.

Embora o IER tenha sido considerado parcialmente exequível, muitos profissionais conseguiram finalizar e dá continuidade na assistência ao paciente, assim, identificamos através da Tabela 5, que 64% dos profissionais optaram pela entrevista com o paciente como melhor forma para obter as respostas necessárias ao preenchimento. Concluímos que a conversa com o paciente foi a forma mais fácil para o profissional obter um melhor resultado para a estratificação de risco, refletindo sobre esse contexto, complementamos esse questionamento com os resultados da Tabela 6 que aborda as dificuldades enfrentadas pelos profissionais ao preencher o IER, observamos que 79% relataram que a maior dificuldade encontrada foi a coleta de dados no prontuário, isso foi fator decisivo para a opção da entrevista com o usuário ser a melhor forma para se obter as respostas necessárias.

É importante citar nos resultados da pesquisa, que 19% da amostra marcou a continuidade da assistência como uma das dificuldades encontradas (Tabela 6), isso também pode estar ligado ao fato do profissional não ter um bom registro no prontuário, não ter um histórico adequado para definir metas de cuidado, além do fato de que a continuidade da assistência está muito ligada ao vínculo com o paciente e esse déficit pode levar a fragilidade no princípio da longitudinalidade, fator decisivo para a satisfação do usuário.

A proximidade do profissional com o usuário nesse contexto é fundamental para a construção e o fortalecimento de vínculos, além disso estar próximo ao usuário é um dos focos da PNAB que direciona a APS para o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre equipes e população, para ela, vínculo consiste na “construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o

aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2017).

Partindo dessa discussão, entendemos que o vínculo é fundamental para a construção do cuidado, no entanto, no contexto da pesquisa, a dificuldade de coleta de dados no prontuário torna-se um fator negativo para o resultado da estratificação de risco, apesar dos profissionais escolherem estar frente a frente com o usuário para um melhor preenchimento, o prontuário nessa situação configura-se no “algo mais”, configura-se no grande aliado na busca pela história de saúde do usuário.

O prontuário familiar dentro da ESF colabora com o trabalho em equipe, facilita a comunicação entre diferentes profissionais que assistem o paciente e vêm ao encontro da proposta de trabalho da Equipe de Saúde da Família, ao nos dar uma visão um pouco mais completa do meio em que se insere o paciente, possibilitando a identificação de fatores e situações de risco, de modo a enfatizar mais uma ou outra forma de prevenção, e a elaboração de planos terapêuticos mais singulares (BOTELHO, 2014).

Diante disso, a falta de registro no prontuário foi citada novamente na Tabela 7 que abordou as dificuldades na identificação dos fatores de riscos para a Hipertensão e Diabetes, essa falta de registro foi mencionada por 53% dos profissionais e reforçou mais ainda a discussão sobre a organização e o preenchimento adequado do prontuário, que nesse caso tornou-se uma dificuldade para que o profissional pudesse identificar riscos iminentes.

No entanto, ainda na Tabela 7, vimos que 88% da amostra citou que a maior dificuldade para a identificação de fatores de risco foi a não realização de exames necessários, vimos isso também, na Tabela 8 que abordou a identificação de lesão em órgão alvo, 84% relataram dificuldades em responder essa parte do IER, e diante disso, percebemos que 67% dos profissionais citaram a falta de exames como principal fator que dificultou o preenchimento do instrumento.

Podemos avaliar diante desse resultado, que grande parte dos profissionais precisaram dos exames de rotina para responder itens importantes do instrumento e assim ter um diagnóstico adequado do paciente para o seu plano de cuidados que é um dos objetivos da estratificação de risco, no entanto a dificuldade na realização desses exames pode ter comprometido a eficácia do instrumento.

Os exames laboratoriais fazem parte do Protocolo Sobralense de Diretriz para *Screening*, Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão e Diabetes em adultos do município de Sobral e dessa forma, solicitar e realizar exames deve estar incorporado na rotina dos Serviços de Saúde do município, a não realização dos exames necessários poderá estar associada a vários

fatores como a não solicitação no período orientado pelo protocolo o que sugere uma falha na organização do processo de trabalho das equipes, ou a carência do entendimento sobre a importância dos exames por parte do paciente, que muitas vezes por comodismo, falta de estímulo para o autocuidado ou pela vida atribulada acabam deixando de realizar seu tratamento adequadamente causando prejuízos para sua própria saúde.

Por conta disso, Bortoletto et al. (2016) explica que os exames laboratoriais por sua vez, tem como principal função a confirmação dos diagnósticos de doenças, tornando possível identificar e reduzir muito os problemas de saúde, atuando de forma decisiva no âmbito da prevenção, assim, os exames de rotina são uma forma de diagnosticar doenças precocemente e quando se realiza no estado inicial da doença pode ser decisivo para que o tratamento seja eficaz.

Dessa forma a realização dos exames de rotina para o resultado do IER é crucial na identificação de fatores de risco que podem trazer comprometimentos graves para os pacientes com hipertensão e diabetes, quando no IER solicita que o profissional avalie as lesões em órgão alvo, é para identificar possíveis riscos ou comprometimentos que o paciente venha a desenvolver e assim estratificar a sua necessidade atual de cuidados. Ora, se existe uma falta na realização dos exames, é evidente que a avaliação em órgão alvo venha a ser incompleta comprometendo ainda a continuidade da assistência.

A dificuldade na identificação de lesão em órgão alvo veio quase como unanimidade entre os profissionais da amostra, e algo que nos chamou a atenção foi a proporção das dificuldades comparando médicos e enfermeiros, percebemos no Gráfico 1 que 57% dos enfermeiros apontaram dificuldades na identificação de lesão em órgão alvo para 27% dos médicos, perceptivamente os enfermeiros possuem mais limitações para identificar essas alterações do que os médicos.

Observando o IER, vimos que essa questão se relaciona muito com a interpretação de resultados de exames, percebemos que o enfermeiro na APS está mais voltado ao cuidado, assim podemos destacar as atribuições e competências do enfermeiro no atendimento aos pacientes por meio da abordagem dos fatores de risco, encaminhamentos em situações importantes, e desenvolvimento de atividades educativas e promoção de saúde (TRAVAGIN; KUSUMOTA, 2009).

Dessa forma, a partir dos resultados do Gráfico 2 sobre a TFG, percebemos com muita preocupação que 87% dos profissionais não realizaram o cálculo, esse dado nos remete a possíveis falhas no potencial diagnóstico de DRC, portanto, é fundamental que os profissionais

fiquem atentos para a importância da sua investigação principalmente nos paciente com DCNT pois a DRC é um dos principais riscos associados a Hipertensão e Diabetes.

Segundo JHA et al. (2013), a primeira causa a DRC é o diabetes, e em segundo lugar a hipertensão arterial, assim, a TFG se apresenta como a melhor medida da função renal, pois se trata de um grande aliado na identificação de doença renal e indica se há necessidade de intervenção imediata (LEVEY, 1990).

Para rastrear os pacientes com chance de desenvolver DRC e diagnosticá-los, é necessário analisar a presença de alterações de sedimento urinário (proteinúria, microalbuminúria) e avaliação da TFG pelo *clearance* de creatinina uma vez ao ano nos pacientes de risco que apresentam função renal normal ( $FG > 90 \text{ ml/min/1,73m}^2$ ), por isso que o cálculo é tão importante como marcador de risco no instrumento, através dele é possível emitir o alerta para a DRC ainda precocemente (PEIXOTO, 2013).

Mas, o que observamos diante dessa pesquisa é que na prática o cálculo da TFG não tem sido realizado frequentemente de forma estruturada, nem por enfermeiros, nem por médicos que são devidamente orientados na graduação para isso e assim identificamos que muitas vezes os pacientes são encaminhados tardiamente, quando os resultados de exames estão muito alterados (TRAVAGIM; KUSUMOTA, 2019).

Diante desse contexto, podemos identificar através da pesquisa de Paula (2015), que é alto o número de consultas no CSF antes do início da terapia renal, porém não há os benefícios esperados, que é o rastreamento da DRC, encaminhamento para nefrologista no tempo certo e diminuição dos casos que iniciam TRS de urgência. Dos pacientes que são acompanhados pela APS, apenas 27,3% tiveram creatinina dosada e menos da metade dos atendidos foi encaminhada ao nefrologista, sendo que todos tinham hipertensão ou diabetes.

Diante dessa discussão, podemos observar no Gráfico 3, somente 1% dos enfermeiros afirmaram realizarem o cálculo, portanto, analisando pela mesma ótica da identificação de lesão em órgão alvo, percebemos que o papel do profissional de enfermagem na APS está mais voltado para a promoção em saúde e gestão do cuidado cumprindo o direcionamento orientado pela PNAB através da Portaria nº 2.436/2017, onde fala que as principais atribuições do enfermeiro na Atenção Básica consiste em realizar o acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, realizar estratificação de risco para as condições crônicas; realizar atividades em grupo, realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas, no entanto, nessa situação, o enfermeiro que não tem especialização em nefrologia não passou por capacitação para calcular a TFG.

Dentro desse contexto, embora a maioria dos enfermeiros não tenham realizado o cálculo da TFG, o seu papel na prevenção da DRC vai muito além, seja na vigilância para os fatores de risco ou seja por meio da educação em saúde, podendo contribuir empregando seus conhecimentos no atendimento aos pacientes, na organização e preparo das equipes de saúde através do estabelecimento de protocolos específicos para a assistência aos pacientes de risco. (TRAVAGIM; KUSUMOTA, 2019).

Como já discutido nos resultados acima, se há uma dificuldade na coleta de dados no prontuário, se existe um empecilho no preenchimento do IER por causa da falta de exames, se os profissionais relataram dificuldades em identificar lesão em órgão alvo e se poucos realizam a taxa de filtração glomerular, as chances de se identificar um paciente com riscos para DRC será pequena e muitos continuarão subdiagnosticados, sem o devido acompanhamento e com grandes chances de uma possível DRC grave com necessidade de TRS, principalmente diabéticos.

Portanto, diante disso investigamos na Tabela 9 se os profissionais identificaram pacientes com riscos para a DRC, apesar das dificuldades encontradas no preenchimento, 54% da amostra relatou que sim, que havia descoberto pacientes com riscos renais.

Ao serem indagados sobre a conduta tomada por eles, observamos ainda na Tabela 9 e no Gráfico 4, que 5% pontuaram que não realizaram condutas frente a identificação do risco, 81% citaram que encaminharam o paciente diretamente ao especialista, sendo que 52% desses encaminhamentos foram feitos pelos médicos, além do encaminhamento ao especialista, 45% da amostra encaminharam para o médico na própria unidade e está claro que 100% dessa conduta foi realizada pelos enfermeiros, 50% solicitaram logo exames complementares, sendo que 45% dessas solicitações foram feitas por médicos e apenas 2% continuou com o paciente na unidade através da prescrição de medicação renal protetora, sendo que 100% dos profissionais que prescreveram a medicação foram médicos.

Vimos acima o quanto é importante prevenir e identificar precocemente os riscos para a DRC, a Atenção Básica de todo o país dispõe de um caderno com as principais orientações para os profissionais quanto aos fatores de risco, classificação e estágio da DRC, intervenções preventivas, entre outras, que vêm somar à TFG para o acompanhamento precoce da DRC. Esse instrumento, elaborado pelo Ministério da Saúde, destaca que a presença de dislipidemia, obesidade e tabagismo aceleram a progressão da doença, sendo que o diagnóstico deve se basear na identificação de grupos de risco, presença de alterações no sedimento urinário e na redução da filtração glomerular avaliado pela TFG (BRASIL, 2013).

Ainda sobre a identificação dos riscos de DRC, foi bem notório o quanto a principal escolha diante dos riscos foi o encaminhamento ao especialista e como essa conduta torna-se uma prática automática para os profissionais, no entanto, de acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS, para o encaminhamento ao nefrologista, é recomendado que o profissional realize na rotina a TFG e que o encaminhamento aconteça no estágio 4 e 5 da DRC, quando segundo a Portaria nº 1.675/2018 a TFG está entre 15 a 29 mL/min./1,73m (Estágio 4) e TFG < 15 mL/min./1,73m<sup>2</sup> (estágio 5), mas antes disso, a APS é responsável pelo cuidado adequado ao usuário e precisa compreender todo esse contexto.

Portanto, o que vem acontecendo atualmente, é que muitos profissionais ao primeiro sinal de alteração renal já encaminha o paciente ao especialista sem avaliar sua situação de saúde a partir da integralidade da assistência como se procurasse encaminhar o problema para que o especialista resolva sozinho sem uma continuidade na atenção básica, a comunicação entre os serviços na maioria das vezes não acontece e o cuidado fica fragmentado.

Diante disso, encontramos na Portaria nº 1.675/2018 as responsabilidades da Atenção Básica direcionada ao paciente com DRC onde identificamos em primeiro lugar a importância de se conhecer os determinantes e condicionantes das principais patologias que podem levar a DRC, também orienta a abordagem multiprofissional e intersetorial na Atenção Básica e a responsabilização pelo cuidado à pessoa em tratamento dialítico e seus familiares, além da utilização de tecnologias e estratégias locais para qualificar o processo de trabalho, através do uso de protocolos de encaminhamento de maneira integrada com a Regulação.

Assim compete ao componente da Atenção Básica a gestão do cuidado à pessoa com DRC e a atenção nos estágios clínicos 1 ao 3, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS, a APS precisa trabalhar com urgência o processo de organização do cuidado a pessoa com DRC, orientando, treinando e sensibilizando seus profissionais para o matriciamento, para a discussão de casos, com momentos de educação permanente, intervenções no território, parceria intersetorial, a fim de compartilhar a responsabilidade pelo cuidado de uma população específica, de ampliar a capacidade de análise e de intervenção, aumentando a resolutividade dos respectivos pontos de atenção envolvidos no processo de cuidado.

Dessa forma, pensando na importância da APS para o paciente com riscos para a DRC analisamos na Tabela 10 acerca da identificação de ações de prevenção e identificação precoce para pacientes com HAS e DM quanto ao risco de DRC e observamos que 56% da amostra referiu que realizam ações de promoção a saúde e 76% deles utilizam os grupos de educação

em saúde como espaço de troca de saberes, além dos grupos, identificamos que 70% orientam os pacientes em sala de espera e 35% trabalham a prevenção através de visitas domiciliares.

Logo através dessas ações de prevenção e promoção a saúde, o profissional precisa focar na identificação dos fatores de risco e diferenciá-los para a prevenção direcionada aos grupos específicos, é importante sempre estar atento aos fatores como à idade avançada, história familiar, DM, HAS, doenças autoimunes, infecções sistêmicas e do trato urinário e toxicidade de drogas.

A atividade educativa pode ser realizada desde a atenção primária até o nível terciário de saúde. As ações de educação em saúde de forma conjunta e construtiva com a população são imprescindíveis para que ocorram ações efetivas na prevenção e detecção precoce da doença. O profissional na APS possui importante papel de cuidador e educador, além do compromisso ético e profissional, que o tornam responsáveis por sistematizar e incentivar o autocuidado, desenvolver atividades educativas de promoção de saúde, reduzir a incidência da DRC, bem como buscar a melhoria da qualidade de vida para os pacientes (PACHECO, 2016).

Diante disso, finalizamos a análise dos resultados com a Tabela 11 que aborda acerca da percepção profissional sobre as mudanças na Atenção à saúde após a implantação do IER, pois é de extrema importância a avaliação da contribuição do IER para a gestão do cuidado, no entanto, 61% dos profissionais disseram que não perceberam ainda nenhuma mudança com a implantação do instrumento no seu CSF.

O que podemos avaliar nessa situação diante da coleta de dados, é que em muitos CSF's visitados ficaram só no preenchimento do questionário, não houve ainda o levantamento e diagnóstico final dos instrumentos, pois ele é apenas uma ferramenta que veio a facilitar a identificação de necessidades através dos riscos de sua doença, a fim padronizar as condutas referentes a cada grupo. Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menores riscos têm suas condições centradas em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na APS, enquanto que os portadores de condições de alto e muito alto risco têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da APS e da atenção especializada (MENDES, 2015).

Diante disso, 34% dos profissionais perceberam mudanças significativas depois da implantação do IER (Tabela 11), as maiores mudanças percebidas consistem no melhor monitoramento do cuidado (18%), melhor identificação das complicações a partir do grau de risco do paciente (18%) e uma melhor adesão do paciente ao autocuidado (11%), formação de grupos para educação em saúde (11%), maior número de pacientes com exames em dia (4%) e melhor organização da atenção ao hipertenso e diabético na unidade (4%).

Conseguimos identificar resultados positivos com a implantação do IER, podemos ver que os profissionais que reconheceram e identificaram essas mudanças está relacionado com as Unidades que mudaram os processos, pois não se obtém resultados sem uma organização de processo de trabalho, além de que o objetivo do instrumento diante as DCNT é lançar o alerta para os riscos, trazer inquietações quanto a necessidade de novas condutas e promover uma padronização de qualidade para o atendimento.

No entanto, é importante uma melhor organização e uniformização dos processos de trabalho nos CSF's, é urgente a retomada da estratificação de risco através de ações de educação permanente para o empoderamento e a sensibilização dos profissionais quanto ao conhecimento do valor que o IER tem na APS, do quanto ele pode sim mudar a realidade e a organização dos serviços e trazer para o usuário valores positivos tanto para sua autoestima quanto para a sua saúde.



## 7 CONCLUSÃO

O modelo de Atenção às Condições Crônicas adotado pelo município de Sobral é uma estratégia de organização dos processos e de cuidado aos pacientes de forma integral, assim, a implantação do IER possibilitou a integração de mais uma ferramenta para os programas de qualidade da Atenção à Saúde do município.

Percebemos através da pesquisa que os profissionais têm um papel fundamental nas ações individuais e coletivas de controle da hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, como identificação de grupos de risco, diagnóstico precoce, conduta terapêutica e educação em Saúde. A implantação do Protocolo Sobralense de Diretriz para *Screening*, Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão e Diabetes em Sobral trouxe a estratificação de risco como um passo importante para o manejo adequado dessas condições crônicas e veio a ser um diferencial importante para ESF.

Diante do resultado, identificamos uma amostra com maioria feminina, composta por mais enfermeiros do que médicos, com experiência consolidada na APS já que a maioria dos profissionais têm mais de 10 anos de formado e mais de 10 anos de experiência na ESF e uma parcela considerável com especialização também na área de Saúde da Família, o que nos direciona para a importância do Sistema Saúde Escola para a Atenção à Saúde do município.

Evidenciamos ao analisar os dados, muitas dificuldades apontadas pelos profissionais no preenchimento do IER, essas dificuldades podem ser a causa da não consolidação do instrumento em alguns CSF's, percebemos a não uniformização dos processos de trabalho nas equipes aonde algumas se mostraram mais organizadas para a Atenção as condições crônicas do que outras, percebemos também que muitos profissionais principalmente médicos não realizam o preenchimento do instrumento ficando esse papel na maioria das vezes na responsabilidade do enfermeiro.

Diante disso, observamos que as maiores dificuldades relatadas para o preenchimento do instrumento foram a falta de registro nos prontuários, a ausência de exames de rotina, a dificuldade na realização do cálculo da TFG e na identificação dos fatores de risco e das lesões em órgão alvo, nesse caso, os enfermeiros apresentaram mais dificuldades do que os médicos, porém ao mesmo tempo percebemos que são os profissionais de enfermagem que mais estão voltados a ações de prevenção e promoção à saúde.

Em relação a dificuldade no cálculo da TFG, vimos que existe uma lacuna a ser preenchida pela ESF do município quanto a identificação dos riscos para a DRC, pois sabe-se que a hipertensão e diabetes é uma das maiores causas de doenças renais e quando não há uma

boa prevenção e investimento no diagnóstico precoce, as chances de uma TRG, é bem maior. Outro fator preocupante é o encaminhamento sem critérios ao especialista, esses encaminhamentos automáticos é uma das causas do aumento das filas de espera onde muitos desses pacientes poderiam estar sendo acompanhados pela APS enquanto pacientes graves ficam esperando e correndo riscos de desenvolver quadros mais complicados de resolução.

Portanto, percebemos que a APS precisa trabalhar com urgência o processo de organização do cuidado a pessoa com DRC, orientando e treinando seus profissionais com momentos de educação permanente, intervenções no território, parceria intersetorial, a fim de compartilhar a responsabilidade pelo cuidado de uma população específica, de ampliar a capacidade de análise e de intervenção, aumentando a resolutividade dos respectivos pontos de atenção envolvidos no processo de cuidado

Por fim, conseguimos identificar resultados positivos com a implantação do IER, podemos ver que os profissionais reconheceram e identificaram mudanças em potencial como um melhor monitoramento do cuidado, melhor identificação das complicações a partir do grau de risco do paciente e uma melhor adesão do paciente ao autocuidado, formação de grupos para educação em saúde, maior número de pacientes com exames em dia e melhor organização da atenção ao hipertenso e diabético nas unidades.

Esperamos que o IER seja mais valorizado pelas equipes e melhor aplicado aos usuários, pois ele tem um grande potencial transformador na condução do cuidado aos pacientes com hipertensão e diabetes, esse instrumento é capaz de resultados positivos diretamente na redução das complicações, gerando uma melhor qualidade de vida e atenuando o grande impacto que esses agravos causam atualmente para os indicadores do município.

## REFERÊNCIAS

- AKBARI, A. et al. Detection of Chronic Kidney Disease with Laboratory Reporting of Estimated Glomerular Filtration Rate and an Educational Program. **Arch. Inter. Med.**, v. 164, p.1788-1792, 2004.
- AZEVEDO, A. L. S. et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.9, p.1774-1782, set. 2013.
- BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** v.12, p.1779-1790, 2007. Suplemento.
- BASTOS, R. M. R.; BASTOS, M. G.; TEIXEIRA, M, T, B. A doença renal crônica e os desafios da atenção primária à saúde na sua detecção precoce. **Revista APS**. v.10, n.1, p. 46-55, 2007. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Drenal>>. Acesso em: 15 ago. 2017.
- BEINNER, M. A.; BEINNER, R. P. C. Perfil de profissionais nas áreas de saúde e educação atuando em suas comunidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, p.77-83, 2014.
- BOING, A. F. et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, ago. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000044>>. Acesso em: 06 jun. 2017.
- BORTOLETTO, M. S. S. et al. Síndrome metabólica, componentes e fatores associados em adultos de 40 anos ou mais de um município da Região Sul do Brasil. **Cad. saúde colet.** v.24, n.1, p.32-40, abr. 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600010123>>. Acesso em: 06 jun. 2017. ISSN 1414-462X.
- BOTELHO, F. R. **Organização e conscientização da importância do prontuário como ferramenta na assistência ao paciente na unidade de saúde palmital em lagoa santa, minas gerais**. 2014. 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, Minas Gerais 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília: MS, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010, Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Coordenação Geral de Alta Complexidade, Secretaria de Assistência à Saúde Brasil. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção ao portador de doença renal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BREGMAN, R. Doença renal crônica. In.: BARROS, E.; GONÇALVES, L.F.; TAVARES, A. (Org.). **Nefrologia**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2007. p. 211-31.

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

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007.

CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I. S. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, n.27, p.1143-53, 2011.

CENTENARO, G. A. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 1881-85, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700102>>. Acesso em: 06 jun. 2016.

CHERCHIGLIA, M. L. et al. Gênese de uma política pública de ações de alto custo e complexidade: as terapias renais substitutivas no Brasil. **Revista da Associação Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 16, p. S83-S89, 2006.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei Nº 7.498 de 25 de junho de 1996**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e outras providências. Brasília. Disponível em <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/print>>. Acesso em 04 ago. 2018.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v.8, n.27, p. 90-6, abr/jun. 2013.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n. 3, jul/set. 2016.

DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Públ**, v. 46, p.126-34 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>>. Acesso em: 06 nov. 2016.  
Suplemento

FERMI, M. R. V. **Manual de diálise para enfermagem**. Rio de Janeiro (RJ): Intexto, 2013.  
FORTES, V. L. F. et al. O itinerário da doença renal crônica: do prenúncio à descoberta. **Rev Rene**. v.14, n.3, p.531-40, 2013. Disponível em:  
<<http://www.bireme.br/redalyc.org/pdf/3240/324027991009>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período de 1980-2050**: revisão 2006. Rio de Janeiro, 2010.

ISER, B. P. M. et al. Protection from chronic diseases and the prevalence of risk factors in Brazilian state capitals - main results from VIGITEL 2010. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, Set. 2012. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900015>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

JHA, V. et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. **Lancet**, v.382, p. 260-272, 2013.

KIBERD, B. A.; CLASE, C. M. Cumulative risk for developing end-stage renal disease in the US population. **J Am Soc Nephrol**, v.13, p.1635-44, 2002.

KIRSZTAJN, M. G.; BASTOS, M. G.; BURDMANN, E. A. Strategies of the Brazilian Chronic Kidney Disease Prevention Campaign (2003–2009). **Nephron Clinical Practice**, v.117, n.3, p.259–264, 2011.

LIMA, A. F. B. S.; FLECK, M. P. A. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. **Rev Bras Psiquiatr**, v.33, p.245-51, 2011.

LIMA, S. M. L. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.25, n.9, p. 2001-201, 2009.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface: comunic., saúde, educ.**, Botucatu, SP, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MELO, A. P.; MESQUITA, G. V.; MONTEIRO, C. F. S. Diagnóstico precoce da doença renal crônica pela Estratégia Saúde da Família. **R. Interd.** v.6, n.1, p.124-28, 2013.

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

\_\_\_\_\_. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, M.S.F. et al. Avaliação dos fatores de risco cardiovasculares em uma população rural brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.6, p. 1183-1194, jun. 2014.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K/DOQI: clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. **Am J Kidney Dis**, v.39, p.S1-S266, 2002. Suplemento 2.

NEPOMUCENO, R.C.A. et al. Implantação da Estratificação de Risco em Hipertensão e Diabetes na Regional II no município de Fortaleza: Relato de Experiência. In: SEMINÁRIOS DE SAÚDE COLETIVA, 5, 2015, Fortaleza. **Anais eletrônicos...** Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2015. Disponível em:

<[http://uece.br/eventos/seminariosaudecoletiva/anais/trabalhos\\_completos/263-41002-22072016-121227.docx](http://uece.br/eventos/seminariosaudecoletiva/anais/trabalhos_completos/263-41002-22072016-121227.docx)>. Acesso em: 02 jan. 2018.

NERY, Adriana A. et al. Saúde da família: visão dos usuários. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 397-402, 2011.

NOGUEIRA, D. L. et al. Educação permanente em saúde no município de Sobral/CE: uma revisão integrativa. **S A N A R E**, Sobral, v.9, n.2, p.38-60, jul./dez.2010

NORMAN, G.; STREINER, D. **Biostatistics: the bare essentials**. 3. ed. Hamilton: B.C. Decker; 2014.

OLIVEIRA, G. N. O Projeto terapêutico singular. In: GUERREIRO, A. P.; CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 273- 288.

OLIVEIRA, M. C. et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.18, p.873-82, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003.

OMS. Organização Mundial da Saúde. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Cuidados primários de saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef; 1979.

PACHECO, G. S.; SANTOS, I.; BREGMAN, R. Características de clientes com doença renal crônica: evidências para o ensino do autocuidado. **Rev enferm UERJ**. v.14, p.434-9, 2016.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PAULA, P. H. A. **Assistência à saúde da pessoa com doença renal crônica antes do início de terapia renal substitutiva**. 2015. 67 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2015.

PECOISTS-FILHO R.; RIELLA, M. C. Insuficiência renal crônica. In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2013.

PEIXOTO, E. R. M. et al. Diálise planejada e a utilização regular da atenção primária à saúde entre os pacientes diabéticos do Município de Belo Horizonte, MG. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1241-1250, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a20v29n6.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

PENA, P. F. A. et al. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 17, n.11, p. 3135-442012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100029>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

PEREIRA, A. C. et al. Associação entre fatores de risco clínicos e laboratoriais e progressão da doença renal crônica pré-dialítica. **J. Bras. Nefrol.** v.34, n.1, p. 68-75, 2012.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP.** v.4, n.3, p.657-64, 2010. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300015>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989

SBN. **Sociedade Brasileira de Nefrologia** [online]. São Paulo (SP), 2011. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

SCHIPPATI, A.; PERICO N.; REMUZZI, G. Preventing end-stage renal disease: the potential impact of screening and intervention in developing countries. **Kidney Int**, v. 63, p. 1948-50, 2003.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.897-908, 2011.

SESSO, R. C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013: análise das tendências entre 2011 e 2013. **J Bras Nefrol**, v.36, p.476-481, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

STEVENS, L. A. et al. Low rates of testing and diagnostic codes usage in a commercial clinical laboratory: evidence for lack of physician awareness of chronic kidney disease. **J Am Soc Nephrol**, v.16, p. 2439-48, 2005.

STOPAL, S.R. et al. Diabetes autorreferido em idosos: comparação das prevalências e medidas de controle. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.4, p.554-562, 2014.

SZUSTER, D. A. C. et al. Sobrevida de pacientes em diálise no SUS no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, mar. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300002>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

TITO, P.A.L. **Realização do Cadastro e da Estratificação de Risco de Pacientes portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Melitus e Doença Renal Crônica**. 2015. 27f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2015.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S.C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enferm**, v.16, n.2, p. 233-238, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000200004>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciênc. saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, dez. 2004. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400010>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

TRAVAGIM, D. S. A.; KUSUMOTA, L. Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.388-93, jul/set. 2009.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e prática de controle no município de Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.6, n.2, p. 285-294, 2006.



## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro Sr(a).

Sou Ana Claudia Costa de Sampaio, estudante do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará - UFC sob a orientação do Professor Doutor Paulo Roberto Santos e estou desenvolvendo uma pesquisa para cujo título é: **Análise da implementação de um Instrumento de Estratificação de Risco para Hipertensão e Diabetes na Estratégia Saúde da Família de Sobral-CE**. E seu objetivo geral é: Analisar a aplicação e o preenchimento do “Instrumento de estratificação de risco de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus” pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Sobral-CE. E possui como objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil dos profissionais responsáveis pelo preenchimento do “Instrumento de estratificação de risco de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus”;
- Conhecer as principais dificuldades relacionadas ao preenchimento do “Instrumento de estratificação de risco de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus”;
- Identificar a percepção do profissional sobre as mudanças na atenção à saúde após a implementação do instrumento;
- Identificar se os profissionais realizam o cálculo da Taxa de Filtração Glomerular na Atenção Básica

Dessa forma, solicito sua colaboração na participação da pesquisa no sentido de responder um questionário semi-estruturado composto por 22 questões, que aborda a caracterização do perfil profissional, a cobertura de hipertensos e diabéticos e a caracterização do preenchimento do Instrumento de Estratificação de Risco de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Gostaríamos de ressaltar que sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, retirar sua participação a qualquer momento sem nenhum tipo de sanção ou prejuízo, bem como tem o direito e a garantia de receber esclarecimentos de qualquer dúvida acerca da pesquisa. Serão tomadas medidas para garantir o anonimato das informações, onde todos os nomes dos participantes sejam codificados e somente o pesquisador saberá a quem se enquadra tal resposta.

Essa pesquisa tem como benefícios a intenção de contribuir com a ampliação dos conhecimentos científicos em relação a implementação do Instrumento de Estratificação de Risco de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Assim, podendo auxiliar na reflexão sobre os as dificuldades, facilidades durante à execução da aplicação e preenchimento do instrumento.

Essa pesquisa envolve riscos mínimos como desconforto, constrangimento ou emoção incômoda, pertinentes à aplicação do questionário. Contudo, a pesquisadora garante que em todo o processo da pesquisa, irá respeitar a sua dignidade e autonomia, e realizará esforços para que todos os riscos sejam evitados e/ou minimizados, e você será respeitado (a) e acolhido (a), sendo você quem decidirá se continuará a participar da pesquisa. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Cabe pontuar que serão respeitadas todas às exigências éticas e científicas fundamentais, definidas pela Resolução 466/12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõem sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Para possíveis dúvidas, considerações, esclarecimentos sobre a divulgação de resultados e sua participação na pesquisa, bem como recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a sua participação, qualquer momento poderá entrar em contato através nos seguintes endereços, telefones e/ou e-mails dos responsáveis pela pesquisa:

<b>PESQUISADOR PRINCIPAL</b>
<b>Nome:</b> Ana Claudia Costa de Sampaio
<b>Instituição vinculada:</b> Universidade Federal do Ceará
<b>Telefone para contato:</b> (88) 9.9928- 0604
<b>Endereço:</b> Rua: João Dias de Carvalho, 415. Campo dos Velhos – Sobral/CE
<b>E-mail para contato:</b> claudiaodeon@hotmail.com
<b>ORIENTADOR</b>
<b>Nome:</b> Dr. Paulo Roberto Santos
<b>Instituição:</b> Universidade Federal do Ceará
<b>Telefone para contato:</b> (85) 9.9984 -5941
<b>E-mail para contato:</b> paulonefro@outlook.com

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, situado à Avenida Dr. Guarany, nº 317 - Centro de Ciências da Saúde, Derby – Sobral/Ceará, telefone: (88) 3677-4255

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_anos, RG: \_\_\_\_\_, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Sobral, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_de 2018.

**Nome do participante da pesquisa:**

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Nome do pesquisador:**

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Nome do profissional que aplicou o TCLE:**

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

### **CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

Declaro que tomei conhecimento da pesquisa intitulada “**Avaliação da aplicação de um Instrumento de Estratificação de Risco para Hipertensão e Diabetes na Estratégia Saúde da Família de Sobral-CE**”, e concordo em participar de forma voluntária da mesma. Entendo que as informações serão confidenciais, não haverá identificação nominal e que não sofrerei nenhum tipo de sanção ou prejuízo, caso desista de participar desta pesquisa. Declaro que concordo em oferecer as informações solicitadas pela pesquisadora Ana Claudia Costa de Sampaio e o orientador Dr. Paulo Roberto Santos, sendo assim convidado a participar deste estudo, e o faço voluntariamente.

Sobral, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Ciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do Sujeito

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Principal

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO



### UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA QUESTIONÁRIO

#### A. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS

**1. Idade**

- ( ) 20 – 30 anos  
 ( ) 30 – 40 anos  
 ( ) 40 – 50 anos  
 ( ) 50 anos ou mais

**2. Sexo**

- ( ) Feminino  
 ( ) Masculino

**3. Estado Civil**

- ( ) casado (a)  
 ( ) solteiro (a)  
 ( ) união estável  
 ( ) outras \_\_\_\_\_

**4. Categoria Profissional**

- ( ) enfermeiro  
 ( ) médico  
 ( ) outras categorias \_\_\_\_\_

**5. Tempo de formação**

- ( ) menos de 1 ano  
 ( ) de 1 a 3 anos  
 ( ) de 3 a 10 anos  
 ( ) acima de 10 anos

**6. Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família**

- ( ) menos de 1 ano  
 ( ) de 1 a 3 anos  
 ( ) de 3 a 10 anos  
 ( ) acima de 10 anos

**7. Pós-graduação**

- Não  
 Saúde da Família ( ) Residência?  
 Saúde da Família e Comunidade ( ) Residência?  
 Saúde Pública  
 Saúde Coletiva ( ) Residência?  
 outros \_\_\_\_\_

**B. CARACTERIZAÇÃO DO PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS****8. Você foi capacitado para realizar a estratificação de risco?**

- Sim  
 Não

**9. Você realiza ou já realizou o preenchimento do instrumento de estratificação de risco para Hipertensão e Diabetes no CSF?**

- Sim  
 Não

OBS. Se nunca realizou. Não precisa continuar respondendo o questionário

**10. Ao ser apresentado o Questionário de Estratificação de Risco sua primeira percepção foi?**

- compreensão fácil e totalmente exequível  
 compreensão fácil, mas parcialmente exequível  
 compreensão fácil, mas inexecuível  
 compreensão difícil e inexecuível

**11. Como foi que você realizou o preenchimento inicial do questionário?**

- resgate no prontuário  
 entrevista com o paciente  
 visita domiciliar  
 outras \_\_\_\_\_

**12. Em relação ao Preenchimento do Questionário, você encontrou alguma dificuldade?**

- Não tive dificuldade  
 Sim, se sim, quais?  
 Falta de tempo para preencher  
 Dificuldade na coleta dos dados no prontuário  
 Dificuldade de entendimento das perguntas  
 Falta de organização em relação aos prontuários;  
 Continuidade da Assistência (Dificuldade de acompanhar o paciente)

( ) outros \_\_\_\_\_

**13. Em relação a identificação aos fatores de risco, você encontrou alguma dificuldade?**

- ( ) Não tive dificuldade
- ( ) Sim, se sim, quais?
- ( ) Falta de registro no Prontuário
- ( ) Não realização dos exames necessários
- ( ) Dificuldade do paciente em relatar a história familiar;
- ( ) Continuidade da Assistência (Dificuldade de acompanhar o paciente)
- ( ) outros \_\_\_\_\_

**14. Em relação a investigação das Lesões em órgão Alvo, você encontrou alguma dificuldade?**

- ( ) Não tive dificuldade
- ( ) Sim, se sim, quais?
- ( ) Falta de registro no Prontuário;
- ( ) Não realização dos exames necessários;
- ( ) Dificuldades de realizar o procedimento de índice tornozelo braquial;
- ( ) Dificuldades avaliação do pé diabético;
- ( ) Continuidade da Assistência (Dificuldade de acompanhar o paciente)
- ( ) outros \_\_\_\_\_

**15. Você realizou alguma fórmula para o cálculo da taxa de filtração glomerular?**

- ( ) Não
  - ( ) Sim
- Se sim , Qual?

**16. Você identificou riscos para Doença Renal Crônica (DRC) em algum paciente estratificado?**

- ( ) Não
  - ( ) Sim
- Quantos? \_\_\_\_\_

**17. Diante da identificação de um paciente com risco para Doença Renal Crônica (DRC), você realizou alguma conduta?**

- ( ) Ainda não realizou nenhuma conduta
  - ( ) Sim
- Se sim, quais?
- ( ) Encaminhou ao médico da unidade
  - ( ) Encaminhou ao especialista
  - ( ) Solicitou exames complementares
  - ( ) Outros \_\_\_\_\_
- 

**18. Você realiza alguma estratégia ou ação de prevenção e identificação precoce para a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus quanto ao risco da Doença Renal Crônica?**

- ( ) Ainda não realizou nenhuma estratégia ou ação

Sim

Se sim, quais?

Sala de Espera

Visitas domiciliares

Grupos

Outros \_\_\_\_\_

---

**19. Você percebeu alguma mudança atenção as doenças crônicas no seu CSF após a implementação da estratificação de risco?**

Ainda não percebi

Sim

Se sim, qual (is)? \_\_\_\_\_

**ANEXO A – INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS**

 <b>INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS</b>			
CSF:		Data da Estratificação: ___/___/___	
Enfermeiro:			
ACS:			
Nome:			
Data de Nascimento: ___/___/___		Sexo: (Feminino)(Masculino)	
Endereço:			
CEP: _____ - _____	PA <sup>1</sup> : _____/_____ g mmH	Peso: _____ K g	Altura: _____ m
<b>Diagnóstico:</b> ( ) Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS ( ) Diabetes Mellitus – <b>DM</b>			
Medicação em uso (fármaco, e quantidade mensal):			
<b>Classificação da PA:</b> ( ) Estágio I ( ) Estágio II ( ) Estágio III ( ) HAS com PA controlada			
Controle Metabólico: GJ <sup>2</sup> = _____; GPP <sup>3</sup> = _____; HbA1c <sup>4</sup> = _____;			
<b>Sinais e Sintomas de Hiperglicemia</b> (considerando apenas se DM): ( ) Poliúria ( ) Polidipsia ( ) Perda de peso inexplicada ( ) Visão embaçada ou turva ( ) Fraqueza, fadiga e letargia ( ) Dor e/ou sensação de queimação em membros inferiores ( ) Infecções de repetição de difícil resolução			
<b>Fatores de risco (FR)</b> (considerando apenas se HAS): ( ) Idade: Homem>55 ou Mulher>65 ( ) Tabagismo ( ) <b>DM</b> ( ) Sexo: Masculino ( ) IMC≥30 ( ) CC <sup>5</sup> : Homem>102 ou Mulher>88 ( ) TOTG <sup>7</sup> : anormal ( ) Dislipidemia: TG <sup>6</sup> ≥150 e/ou LDL>100 e/ou HDL – Homem<40 ou Mulher<46 ( ) GJ <sup>2</sup> : 102-125 ( ) História Familiar Prematuro de DCV <sup>8</sup> - Homem<55 e Mulher<65			
<b>Lesões Subclínicas em Órgãos Alvo (LOA)</b> (basta um, mas pode ser mais): ( ) ECG e/ou ECO: Hipertrofia do ventrículo esquerdo ( ) US de Carótidas: Espessura médio-intimal>0,9mm ou presença de placa de ateroma ( ) Índice tornozelo braquial: <0,9 ( ) TFG <sup>9</sup> ou clearance de creatinina: 30-60 ml/min			



Microalbuminúria (mg/24h) ou relação albumina/creatinina (amostra isolada, mg/g): 30-300

Retinopatia diabética não proliferativa; sem edema de mácula

Pé diabético com perda de sensibilidade protetora, sem doença arterial periférica e/ou deformidades dos pés

**Condições Clínicas Associadas (CCA)** (basta um, mas pode ser mais):

Doença Cerebrovascular: AIT<sup>10</sup>, AVEI<sup>11</sup>, AVEH<sup>12</sup>, alteração da função cognitiva

Doença Cardíaca: infarto, angina, revascularização coronária, insuficiência cardíaca

Doença Renal: déficit importante de função (clearance < 30 ml/min); proteinúria (> 300 mg/24h)

Retinopatia diabética proliferativa, edema de mácula ou hemorragias

Pé diabético com perda de sensibilidade protetora + presença de doença arterial periférica e/ou deformidades dos pés; histórico de úlcera ou amputação

**Capacidade para o autocuidado:**  Suficiente  Insuficiente

**Estratificação de Risco (ER):**  Baixo  Médio  Alto  Muito Alto

Responsável pela Estratificação na Secretária:

Data da Devolução: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<sup>1</sup>PA= Pressão Arterial; <sup>2</sup>GJ= Glicemia de jejum; <sup>3</sup>GPP= Glicemia Pós-prandial; <sup>4</sup>HbA1c= Hemoglobina glicada; <sup>5</sup>CC= Circunferência da Cintura; <sup>6</sup>TG= triglicerídeos; <sup>7</sup>TOTG= Teste de Tolerância Oral à Glicose; <sup>8</sup>DCV= Doença Cardiovascular; <sup>9</sup>TFG = Taxa de Filtração Glomerular; <sup>10</sup>AIT= Ataque Isquêmico Transitório; <sup>11</sup>AVEI= Ataque Vascular Encefálico Isquêmico; <sup>12</sup>AVEH=Ataque Vascular Encefálico Hemorrágico.