



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



MARIA DE JESUS RODRIGUES DE FREITAS

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À PESSOA PORTADORA DE DOENÇA RENAL
CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS,
FAMILIARES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

São Luís - MA

2017

MARIA DE JESUS RODRIGUES DE FREITAS

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À PESSOA PORTADORA DE DOENÇA RENAL
CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS,
FAMILIARES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade Federal do
Maranhão como requisito parcial à obtenção do título
de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy

São Luís - MA

2017

Freitas, Maria de Jesus Rodrigues de

Avaliação da atenção à pessoa portadora de doença renal crônica na Atenção Básica à Saúde na perspectiva de usuários, familiares e profissionais de saúde/ Maria de Jesus Rodrigues de Freitas.– São Luís, 2017.

195 f.

Orientadora: Profª. Dra. Zeni Carvalho Lamy.

Tese (Doutorado) – Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, 2017.

1. Atenção Básica à Saúde. II. Doença renal crônica. III. Trajetórias assistenciais. I. Título.

CDU 616-083:616.61

F866a

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À PESSOA PORTADORA DE DOENÇA RENAL
CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS,
FAMILIARES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

MARIA DE JESUS RODRIGUES DE FREITAS

Tese aprovada em 13 de setembro de 2017 pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy - Orientadora
Programa de Pós-Graduação em Saúde coletiva/UFMA

Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco
Universidade UNICEUMA

Profa. Dra. Jacira do Nascimento Serra
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Liberata Campos Coimbra
Universidade Federal do Maranhão

*À minha família querida.
Todo amor para vocês.*

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy, que me orientou neste trabalho, por toda sua dedicação, pelos conhecimentos transmitidos e por me encaminhar à pesquisa qualitativa.

À Profa. Dra. Laura Lamas Martins Gonçalves, que abraçou comigo esse projeto, ensinou-me muito sobre pesquisa qualitativa e a quem considero uma co-orientadora.

À Dra. Milady Cutrim Vieira, pela imensa colaboração em todas as etapas deste trabalho, dando-me grandes ensinamentos.

À Profa. Dra. Liberata Campos Coimbra, que foi incentivadora deste trabalho e me proporcionou muitos ensinamentos esses anos que frequentei a pós-graduação, em especial, as dicas para esta pesquisa.

Ao grupo de pesquisa coordenado pela Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy, em especial aos alunos do PIBIC, representados por Clarice Maria Ribeiro de Paula Gomes e as colegas da pós-graduação representada por Sara Fiterman Lima, que me ajudaram nas etapas de análise e elaboração dos resultados.

À turma de 2014 do Programa de Pós-graduação da UFMA, queridas amigas e queridos amigos, pela acolhida em São Luís, por toda ajuda, inclusive intelectual e pelo carinho que sempre me concederam.

As amigas Rosimeiry Pereira Santos e Karoline Corrêa Trindade, que me acolheram em São Luís e no Departamento de Saúde Pública, deixando-me sempre a vontade para voltar.

Aos acadêmicos do IFMSA (International Federation of Medical Student's Association) da América Latina, discentes da UFPA, representados por Marcello José Ferreira, pela grande colaboração com a coleta de dados em Belém.

A psicóloga e amiga Ketrynne Fernandes Kauffmann Rêgo, pela grande colaboração na coleta de dados.

À amiga Belina Pinto Soares, da Associação dos Renais Crônicos e Transplantados do Pará, por sua amizade e ajuda nesta pesquisa, sempre disponível, com informações preciosas.

À amiga Regina Gonçalves Ferreira, da UEPA, grande incentivadora desta jornada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde coletiva da UFMA, seus professores e funcionários, que durante essa jornada fizeram parte de minha vida.

“Ivan Ilitch saiu devagar. No decorrer de todo o percurso, ele reexaminava tudo que dissera o médico, esforçando-se por traduzir para uma linguagem simples todos aqueles termos científicos confusos e ler neles uma resposta ao seguinte: estou muito mal ou, por enquanto não é grave? Tinha a impressão de que o sentido das palavras do médico era que estava muito doente

...

Ivan Ilitch ordenou a Guerássim (seu criado) que se sentasse, segurando os seus pés sobre os ombros, e conversou com ele. E, fato estranho, teve a impressão de sentir-se melhor enquanto Guerássim segurava-lhe os pés.

...

Guerássim fazia isto com leveza, de bom grado, com simplicidade e uma bondade que deixava Ivan Ilitch comovido”.

...

(Trechos do livro A Morte de Ivan Ilitch de Liev Tolstói, que destaca as maneiras de cuidar)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estadiamento da DRC segundo a medida da TFG	23
Figura 2 – Plano de ação do manejo da DRC, segundo o estadiamento da DRC	27
Figura 3 – Classificação e Estratificação de risco da DRC	36
Figura 4 – Identificação dos participantes da pesquisa	55
Figura 5 – Recrutamento dos participantes da pesquisa	59
Trajectoria Assistencial 1	67
Trajectoria Assistencial 2	71
Trajectoria Assistencial 3	75
Quadro 4 – Fórmulas para a estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (TFG)	127
Tabela Validada para Identificação da TFG através da fórmula MDRD para homens	128
Tabela Validada para Identificação da TFG através da fórmula MDRD para mulheres	129
Tabela Validada para Identificação da TFG através da fórmula CKD-EPI para homens	130
Tabela Validada para Identificação da TFG através da fórmula CKD-EPI para mulheres	131

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABS – Atenção Básica à Saúde
- ARCTPA – Associação dos Renais Crônicos e Transplantados do Pará
- CG – Fórmula de Cockcroft-Gault
- CKD-EPI – *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- DABEN – Distrito Administrativo Benguí
- DAENT – Distrito Administrativo Entroncamento
- DAGUA – Distrito Administrativo Guamá
- DAICO – Distrito Administrativo Icoaraci
- DAOUT – Distrito Administrativo Outeiro
- DAMOS – Distrito Administrativo de Mosqueiro
- DASAC – Distrito Administrativo Sacramenta
- DRC – Doença Renal Crônica
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- MDRD – *Modification of Diet in Renal Disease*
- PPGSC – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
- PPI – Programação Pactuada e Programada
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TFG – Taxa de Filtração Glomerular
- TRS – Terapia Renal Substitutiva
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UPA – Unidade de Pronto Atendimento

FREITAS, Maria de Jesus Rodrigues de. Avaliação da Atenção à Pessoa Portadora de Doença Renal Crônica na Atenção Básica à Saúde na Perspectiva de Usuários, Familiares e Profissionais de Saúde, 2017, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 146p.

RESUMO

Introdução: A Doença Renal Crônica constitui um grave problema de saúde pública. Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, são as principais causas da doença, facilmente diagnosticadas e tratadas por programas utilizados na saúde pública. Atenção Básica à Saúde é o nível de atenção preferencial para promover prevenção e diagnosticar precocemente os casos da doença.

Objetivo: Avaliar a atenção prestada à pessoa portadora de Doença Renal Crônica na Atenção Básica em Saúde, na perspectiva de usuários, familiares e profissionais de saúde. **Metodologia:**

Pesquisa de avaliação qualitativa, realizada em domicílios de portadores de Doença Renal Crônica, unidades de hemodiálise e Unidades Básicas de Saúde de Belém-Pará. Participaram portadores de Doença Renal Crônica, maiores de 19 anos, diabéticos e hipertensos, residentes em Belém e que iniciaram hemodiálise em 2015, pelo Sistema Único de Saúde; familiares indicados pelos usuários e; médicos e enfermeiras da Atenção Básica à Saúde. Na análise, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Temática. **Resultados:** O primeiro artigo avaliou as Trajetórias Assistenciais de portadores de Doença Renal Crônica, buscando identificar as funções da Atenção Básica à Saúde. Foram identificadas três Trajetórias Assistenciais: 1) Não procurou a Unidade Básica de Saúde; 2) Procurou a Unidade Básica de Saúde, mas não recebeu o diagnóstico; 3) Recebeu diagnóstico na Unidade Básica de Saúde e foi encaminhado para a especialidade. O segundo artigo avaliou a atenção prestada pela Atenção Básica à Saúde para pessoas com Doença Renal Crônica, na perspectiva dos entrevistados, cuja análise resultou em duas categorias: 1) Atenção Básica é lugar de pessoas com Doença Crônica? (Desconfiança na Atenção Básica, a Atenção Básica não trata de Doença Renal Crônica, Indiferença da equipe multiprofissional, Ineficácia na comunicação na rede de atenção); 2) A Atenção Básica perde o contato com os usuários em tratamento de hemodiálise. **Conclusão:** As Trajetórias Assistenciais revelaram fluxos irregulares de atendimento na rede de atenção. Usuários e familiares, não perceberam a Atenção Básica à Saúde como lugar de cuidado. Para a maioria dos profissionais, a Atenção Básica à Saúde não fez sua função de coordenadora da atenção, não identificou a Doença Renal Crônica e não garantiu a manutenção do vínculo após o início do tratamento.

Palavras chave: Atenção Básica à Saúde, Doença Renal Crônica, Trajetória Assistencial

FREITAS, Maria de Jesus Rodrigues de. Avaliação da Atenção a pessoa Portadora de Doença Renal Crônica na Atenção Básica em Saúde na Perspectiva de Usuários, Familiares e Profissionais de Saúde, 2017, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 146p.

ABSTRACTS

Introduction: Chronic Kidney Disease is a serious public health problem. Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension are the main causes of the disease, easily diagnosed and treated by programs used in public health. Primary Health Care is the level of preferential attention to promote prevention and early diagnosis of cases of the disease. **Objective:** To evaluate the attention given to the person with Chronic Renal Disease in Basic Health Care from the perspective of patients, family members and health professionals. **Methodology:** Qualitative evaluation research performed in households of patients with Chronic Renal Disease, hemodialysis units and Basic Health Units of Belém-Pará. Participants were patients with chronic kidney disease, older than 19 years old, diabetic and hypertensive, living in Belém and who undertook hemodialysis in 2015, through the Unified Health System; family members indicated by the patients; physicians and nurses of Primary Health Care. In the analysis, the technique of Content Analysis in the Thematic modality was used. Results: The first article evaluated the Trajectories of Care of Chronic Renal Disease patients, seeking to identify the functions of Primary Health Care. Three Trajectories were identified: 1) Did not seek the Basic Health Unit; 2) He sought the Basic Health Unit, but did not receive the diagnosis; 3) Received a diagnosis in the Basic Health Unit and was referred to the specialty. The second article evaluated the attention given by the Basic Health Care to people with Chronic Kidney Disease, from the perspective of the interviewees, whose analysis resulted in two categories: 1) Primary Care is the place of people with Chronic Disease? (Distrust in Primary Care, Primary Care does not deal with Chronic Kidney Disease, Indifference of the multiprofessional team, Ineffectiveness in communication in the care network); 2) Basic Health Care loses contact with users on hemodialysis treatment. **Conclusion:** The care trajectories revealed irregular flows of care in the care network. Patients and their families did not perceive Basic Health Care as a place of care. For most professionals, Basic Health Care did not perform its function as coordinator of care, did not identify Chronic Kidney Disease and did not guarantee the maintenance of the link after starting treatment.

Key words: Primary Health Care, Chronic Kidney Disease, Trajectory Assistance.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo Geral	21
2.2	Objetivos Específicos	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	A Doença Renal Crônica Como Um Problema de Saúde Pública	22
3.1.1	Considerações gerais	22
3.1.2	Definição e classificação	22
3.1.3	Epidemiologia e causas	24
3.1.4	Manejo da Doença Renal Crônica	26
3.2	Atenção Básica à Saúde: Entre Definições e Princípios	29
3.2.1	A universalidade das ações do SUS: Atenção Básica no papel principal	29
3.2.2	Linhas de cuidado e Redes de Atenção à Saúde	33
3.2.3	Clinica ampliada, Equipe de Referência e Apoio Matricial	37
3.3	Cuidando da pessoa com de Doença Renal Crônica	39
3.3.1	A Experiência da descoberta da doença	39
3.3.2	A Produção do cuidado em saúde	40
3.4	A função da Atenção Básica à Saúde no cuidado da Doença Renal Crônica	42
3.4.1	Estratégia Saúde da Família otimizando o manejo da Doença Renal Crônica ...	42
3.4.2	As políticas de atenção à Doença Renal Crônica	44
3.5	Atenção Básica à Saúde e Doença Renal Crônica: o estado da arte da produção científica brasileira	46
3.6	Itinerário Terapêutico e Trajetória Assistencial como ferramenta de avaliação do cuidado na Atenção Básica à Saúde para à Doença Renal Crônica	48
4	METODOLOGIA	50
4.1	Tipo de pesquisa	50
4.2	Local da pesquisa	51
4.3	Participantes da pesquisa	52
4.4	Técnica e instrumentos	55
4.5	Trabalho de campo	57
4.6	Análise de dados	60
4.7	Considerações Éticas	61
5	RESULTADOS	62
5.1	Artigo 1: Trajetórias Assistenciais de Pessoas com Doença Renal Crônica: Desafios para a Atenção Básica à Saúde	62

5.2	Artigo 2: Atenção Básica e Doença Renal Crônica na Percepção de Usuários, Familiares e Profissionais	81
6	CONSIDERAÇÕES GERAIS	98
	REFERÊNCIAS	103
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA COM O USUÁRIO	119
	APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM O USUÁRIO	120
	APÊNDICE C - APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA COM O FAMILIAR	121
	APÊNDICE D - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM O FAMILIAR	122
	APÊNDICE E - ENTREVISTA ESTRUTURADA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE	123
	APÊNDICE F - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE	124
	APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	125
	ANEXO A - FÓRMULAS PARA ESTIMATIVA DA TFG	127
	ANEXO B - TABELAS DE ESTIMATIVA DA TFG	128
	ANEXO C - DISTRITOS ADMINISTRATIVOS DE BELÉM	132
	ANEXO D - AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA	133
	ANEXO E - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO	134
	ANEXO F - NORMAS DE PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA	135

1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é reconhecida como um grave problema de saúde pública mundial, associada a altas taxas de morbidade e mortalidade, que, conseqüentemente, produz grande impacto social e econômico, elevando consideravelmente os custos do tratamento de Terapia Renal Substitutiva (TRS) e que tem resultados clínicos devastadores para a pessoa doente na sua vida pessoal e na sobrevivência (BRADY E O'DONOGHUE, 2010; ELLIOT et al., 2016; GRAMS et al., 2013; LUGON, 2009; RETTIG; NORRIS; NISSENSON, 2008).

Segundo Costa e Victora (2006), não há uma definição única para o que seja um problema de saúde pública, mas vários critérios, isolados ou não, podem ser utilizados para se considerar como tal: natureza, extensão, severidade e significância da doença; o interesse da comunidade, a prevalência, gravidade e possibilidade de controle; a carga de mortalidade, morbidade e sofrimento causado pela condição individualmente e na comunidade, seu potencial epidêmico e impacto econômico. A DRC passou a ser considerada como um problema de saúde pública por sua alta prevalência e números crescentes de incidência, com elevada mortalidade nas fases avançadas e risco aumentado para doença cardiovascular, mas que pode ser detectada através testes laboratoriais simples e que o seu tratamento pode prevenir ou retardar a progressão da doença (LEVEY et al., 2007).

A prevalência mundial da DRC é elevada, aumentando rapidamente nas últimas décadas, muito acima das taxas estimadas, sendo explicado em parte, pelo aumento significativo dos casos de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial e pelo crescente número da população acima de 60 anos, já que a maior frequência da doença ocorre nessas duas patologias e a incidência da DRC é maior em idosos que na população geral (EL NAHAS; BELLO, 2005; JHA et al., 2013; GLASSOCK; WINEARLS, 2008). O grande avanço tecnológico nessa área, que permitiu condições de tratamento mais eficientes, com melhores resultados clínicos também contribuiu para a maior sobrevivência de pessoas com DRC (LUGON, 2009).

Considerando todas as etapas da DRC, estima-se que 10% da população adulta global tenha algum déficit da função renal, mas a prevalência real está provavelmente subestimada, porque nos estágios iniciais esses números são desconhecidos e podem exceder em até 50 vezes aqueles dos estágios mais avançados (ECKARDT et al., 2013; EL NAHAS; BELLO, 2005; LEDERER; OUSEPH, 2007). Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, a taxa de incidência de usuários em hemodiálise em 2014 foi de 180 para um milhão da

população, com tendência ao crescimento médio anual de 5% nos últimos anos (SESSO et al., 2016).

No Brasil, seguindo as tendências mundiais, a taxa de prevalência de pessoas portadoras de DRC, em hemodiálise, vem crescendo anualmente nas últimas décadas, entretanto, os números indicam que o acesso ao tratamento dialítico ainda é insuficiente e mesmo para aqueles que deveriam iniciar o tratamento em momento oportuno, esse período se prolonga, comprometendo a sobrevida e a qualidade de vida daqueles que conseguem chegar a Terapia Renal Substitutiva (TRS) (LUGON, 2009; SESSO et al., 2016).

Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, são as principais causas da DRC, são doenças facilmente diagnosticadas e frequentemente tratadas por programas do Ministério da Saúde, utilizados na saúde pública (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). Na Atenção Básica à Saúde, as pessoas acompanhadas com essas doenças crônicas podem se beneficiar com ações rotineiras para investigar a presença de complicações crônicas cardiovasculares, e para esses casos, a intervenção nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pode ser essencial para controlar a morbidade e a mortalidade (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). A detecção precoce e a prevenção da progressão da DRC nesse grupo de pessoas, pode não apenas aliviar o fardo futuro dos estágios avançados da doença, mas também reduzir esses eventos cardiovasculares (NARVA, 2009; REMUZZI et al., 2013).

O diagnóstico e o encaminhamento precoces para o especialista são etapas essenciais no acompanhamento desses usuários, pois possibilitam a educação e orientação na fase pré-dialítica e a implementação de medidas preventivas que possam retardar ou mesmo interromper a progressão da doença para os estágios mais avançados, interferindo na morbidade e mortalidade ao longo do tratamento dialítico, podendo proporcionar melhor qualidade de vida (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; BOULWARE et al., 2009; NAVANEETHAN; ALOUDAT; SINGH, 2008)

A DRC tem um curso lento, longo e progressivo, que evolui em cinco estágios clínicos, classificados de acordo com a Taxa de Filtração Glomerular (TFG), marcador de função renal e, que diminui com a gravidade da doença (LEVEY et al, 2005; SAID; DESAI; LERMA, 2015). Nos estágios iniciais, de 1 a 3, a maioria das pessoas portadoras da DRC, não está ciente da sua condição de saúde e apenas nos estágios avançados, 4º e 5º estágios, os sintomas da doença são observados mais significativamente, entretanto, nessa fase os usuários já necessitam de terapia dialítica para manter as funções orgânicas internas (LOPEZ-VARGAS et al., 2014; PLANTINGA et al., 2008).

Várias estratégias para identificar precocemente a DRC foram implementadas mundialmente, algumas se concentrando em busca populacional, enquanto outras alvejaram um ou mais grupos específicos dentro da população, que são vulneráveis para a doença, como as pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Essas estratégias enfatizam as ações realizadas pela Atenção Básica à Saúde como forma de conter a evolução da doença, que consiste inicialmente em utilizar medidas para prevenção das complicações, entre as quais a DRC (BELLO; NWANKWO; EL NAHAS, 2005; COLLINS et al., 2010; FOX; BROOKS; ZAYAS et al., 2006; FOX; SWANSON; KAHN et al., 2008; FOX; VEST; KAHN et al., 2013; KIRSZTAJN; BASTOS, 2007; LEVIN et al., 2008).

A Atenção Básica à Saúde é o nível de atenção mais indicado para promover a identificação dos casos de DRC nos estágios iniciais, permitindo que as medidas de controle sejam mais eficientes, possibilitando o encaminhamento precoce ao nefrologista. Esse nível de atenção à saúde pode muito bem coordenar o cuidado de pessoas com DRC, compartilhando a gestão com os outros níveis de atenção, e acompanhando as pessoas em qualquer estágio da doença (BASTOS; BASTOS, 2007; BLAKEMAN et al., 2012; JHA et al., 2013; MURPHREE E THELEN, 2010; VEST et al., 2015).

A atenção secundária para a DRC, caracterizada pela atenção ambulatorial especializada em nefrologia, deve implementar medidas preventivas para retardar ou impedir a progressão da doença, prevenir suas complicações, controlar a gravidade dos sintomas e garantir um preparo adequado para a iniciação às Terapias Renais Substitutivas (PEIXOTO et al., 2013). Este nível de atenção à saúde deve dar suporte técnico adequado para os profissionais da Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2014a).

As pessoas com DRC, frequentemente, podem evoluir com outras condições de comorbidades, o que torna o seu manejo pela Atenção Básica à Saúde, mais desafiador, e devido essa complexidade do cuidado, tem sido sugerido práticas multiprofissionais, para melhorar a gestão e os resultados no cuidado a esses usuários (RONKSLEY; HEMMELGARN, 2012). As evidências mostraram que essas práticas devem ser instituídas nos estágios iniciais da DRC, baseando-se nas necessidades do usuário, incentivando a sua participação ativa, para aumentar o autocuidado e modificar hábitos de estilo de vida negativos associados à progressão do dano renal (MARTÍNEZ-RAMÍREZ et al., 2013).

A abordagem multiprofissional é uma estratégia para melhorar os cuidados de saúde e é muito útil para iniciar e manter comportamentos saudáveis, promover o trabalho em equipe e eliminar barreiras para o alcance de metas, tornando eficiente o processo de

atendimento de cada usuário, que para pessoas portadoras de DRC poderá beneficiar o tratamento para controlar a progressão da doença (MARTÍNEZ-RAMÍREZ et al. 2013).

Os elementos essenciais em qualquer intervenção multiprofissional de cuidados são baseados na identificação apropriada e precoce de pessoas portadoras da condição crônica, em um sistema de suporte para acompanhamento longitudinal e a implementação de intervenções para retardar a progressão da doença. No caso da progressão da DRC, esse tipo de abordagem também ajudará a fornecer uma preparação oportuna para a Terapia Renal Substitutiva (MARTÍNEZ-RAMÍREZ et al. 2013).

Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e trabalho em equipe, são termos que vem sendo bastante utilizados nas práticas de saúde, como uma das maneiras de proporcionar a integridade da atenção nos cuidados dispensados as pessoas e a comunidade (ALVARENGA, 2013; FEUERWERKER; SENA, 2012; GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012). Estes são termos distintos, relacionados ao saber, a produção do conhecimento e a prática produtiva e em conjunto possibilitam uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença. A interdisciplinaridade é a interação entre várias disciplinas, estabelecendo a síntese dos conhecimentos, sendo, portanto, um conceito que se aplica às ciências, à produção do conhecimento e ao ensino (FEUERWERKER; SENA, 2012).

O trabalho multiprofissional consiste na utilização das diferentes disciplinas, sem que haja convergência entre os conceitos e métodos, de modo que no conjunto de cada olhar especializado é construído uma ação comum, existindo uma interação entre os vários conhecimentos técnicos específicos com a produção de uma solução/proposta de intervenção que não seria produzida por nenhum dos profissionais isoladamente (GELBCKE; MATOS e SALLUM, 2012).

No processo de trabalho em saúde, o objeto de trabalho é o ser humano, completo em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais, que nas diretrizes de promoção de uma atenção integradas deve estar apoiado pela interdisciplinaridade através de uma equipe multiprofissional que trabalha desprovida de qualquer disputa de poder, que geram relações conflituosas, no sentido de se respeitar a autonomia de cada profissão, mas também a complementaridade destas. O trabalho em equipe é fundamental e, diferentemente do conceito de equipe multiprofissional, consiste em compartilhar o planejamento, a divisão de tarefas, com sentimento de cooperação e de colaboração (ALVARENGA, 2013; GELBCKE; MATOS e SALLUM, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS), modelo brasileiro de atenção à saúde, tem em seus princípios a universalidade, equidade e integralidade, o que implica em atender a todos,

tanto no âmbito do individual como no coletivo, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2012). A Atenção Básica à Saúde (ABS) é a porta de entrada preferencial do sistema e deve ser responsável pelo acesso, qualidade e resolutividade das necessidades de saúde dos usuários, sempre em articulação com os outros níveis de atenção (BRASIL, 2012; SAITO, 2014a).

A Atenção Básica à Saúde (ABS) tem como atributos ser a atenção ao primeiro contato, proporcionar longitudinalidade, integralidade e ser coordenadora da atenção que implica em realizar a ordenação do cuidado. A atenção ao primeiro contato implica no acesso e uso do serviço de saúde a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam a atenção à saúde, enquanto a longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

A integralidade é um conceito que evoca uma diversidade de sentidos, pode ser entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, mas também ser vista como um conjunto de atributos presente na prática dos profissionais de saúde que se observa pela não redução do usuário a um órgão ou sistema que produziu a doença (GELBCKE; MATOS e SALLUM, 2012). Como atributo da Atenção Básica à Saúde, a integralidade implica em unidade organizada de modo a proporcionar ao usuário todos os tipos de serviços eficientemente, dentro delas ou encaminhado para serviços de atenção secundária ou terciária quando necessário (STARFIELD, 2002).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo de atenção à saúde que consolida e fortalece a ABS e está voltada para uma abordagem integral à família e a comunidade, atuando em áreas com clientela adscrita, portanto, considera-se que os profissionais que atuam nesse nível de atenção devem estar preparados para responder às demandas e necessidades advindas de sua área de abrangência (BRASIL, 2012; SAITO, 2014b).

Na saúde, o território é um espaço limitado politico-administrativamente ou por ação de um determinado grupo de atores sociais, caracterizado por uma população específica, com problemas e necessidades de saúde determinados, que devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde (GONDIM et al, 2008). O território é sinônimo de área de abrangência, entendida como a área que está sobre a responsabilidade de uma equipe de saúde, com clientela adscrita, identificada e acompanhada regularmente, dentro de uma área vinculada a uma Unidade Básica de Saúde (GONDIM et al, 2008).

A Atenção Básica à Saúde, no contexto do SUS, tem a responsabilidade de gerir o cuidado sobre as pessoas com DRC e sua família, realizando ações de prevenção dos fatores de

risco, com medidas de controle de pessoas vulneráveis com doenças crônicas, de acordo com as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC, mantendo o vínculo com todos os usuários, mesmo quando referenciados aos outros níveis de atenção (BRASIL 2014a, 2014b).

Para Ayres, (2005) o cuidado em saúde é um conjunto de procedimentos tecnicamente orientado para o bom êxito de um certo tratamento, porém este não se refere somente a recursos ou medidas terapêuticas, mas as ações de saúde que permitam uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou alcance de um bem-estar. Na gestão em saúde, cuidado significa prover ou disponibilizar tecnologias de saúde de acordo com as necessidades de cada pessoa ao longo da vida, visando ao seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com a vida produtiva (CECILIO, 2009).

A atenção em saúde para DRC no SUS deve constituir uma Linha de cuidado organizada e integrada a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, observando às seguintes diretrizes: foco da atenção nas necessidades de saúde da população coordenado pela Atenção Básica à Saúde; diagnóstico precoce de modo a identificar as pessoas com DRC; e participação de todos os níveis de atenção (BRASIL, 2014a). As linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais seguros, que devem ser garantidos aos usuários, para atender suas necessidades em saúde, definindo as ações e serviços desenvolvidos em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2013b).

Entretanto, tem sido observado que a prestação da atenção em saúde ainda é ineficiente para atender as necessidades dos usuários com doenças crônicas (THAINES et al., 2009). Para os portadores de DRC, a rede de atenção ainda se constitui um sistema fragmentado e desarticulado, onde uma quantidade expressiva de pessoas não realiza acompanhamento na Atenção Básica à Saúde, iniciando hemodiálise de forma não planejada e muitas vezes em situação de urgência (ARAÚJO et al., 2014; SILVA et al., 2012).

No contexto da DRC, o encaminhamento ao especialista tem sido feito tardiamente, não existindo um sistema de referência e contrarreferência que seja eficaz sobre os casos, não havendo retorno do usuário para a Atenção Básica à Saúde dar continuidade à assistência (SALGADO FILHO; BRITO, 2006; SESSO et al., 2016; TUOT; POWE, 2011). O impacto desse encaminhamento tardio tem sido drástico, repercutindo nas taxas de morbidade e mortalidade e no início do tratamento (DIEGOLI et al., 2015; GREER; AMELING; CAVANAUGH et al., 2015; SILVA et al., 2012)

A inserção da Estratégia Saúde da Família para prevenção da DRC está bem definida como forma de aperfeiçoar a prevenção da doença, considerando sua característica de abordagem integral e multiprofissional, por isso, a equipe precisa estar capacitada e preparada

para reconhecer a doença e dar suporte integral em todas as etapas do adoecimento, incluindo o usuário e sua família e favorecendo a comunicação entre os níveis de atenção (BASTOS; BASTOS, 2007; MURPHREE; THELEN, 2010).

Nessa relação entre Atenção Básica à Saúde e DRC, é preciso entender que usuários e profissionais percebem o cuidado diferentemente, embutindo valores distintos as percepções de conceitos e normas de saúde e doença, para quem busca e espera de um cuidado para o seu sofrimento e para o profissional que racionalmente se constitui de abordagens objetivas e quantificáveis, subestimando a dimensão psicossocial e cultural dos sujeitos (FERREIRA et al., 2014).

Perceber é interpretar as informações dando um significado a elas. A forma como alguém percebe está relacionada ao seu mundo interno, particular, subjetivo. Ao mesmo tempo, deve-se ao seu meio externo, à cultura, o conjunto de valores, crenças, instrução, dogmas religiosos, que são apropriados e internalizados por cada sujeito (BLOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2008; GLEITMAN; REISBERG; GROSS, 2009).

A percepção é um processo psicológico superior, primordialmente humano, ligado ao estado de consciência e razão. Porém, por fazer parte da subjetividade, pode ser compreendido a partir da história do sujeito, de sua personalidade, de seu imaginário e de seu inconsciente, que de alguma forma influenciam as percepções da realidade objetiva. A percepção ocorre através da relação figura-fundo, que é a forma pela qual elementos principais são percebidos (figuras) e outras são desprezadas (fundo); e assim, as percepções vão depender da expectativa, dos interesses, das necessidades e dos afetos de quem percebe, envolvendo todas as funções psíquicas (BLOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2008; GLEITMAN; REISBERG; GROSS, 2009).

Dentro da perspectiva fenomenológica, há a valorização da experiência pessoal, como a forma da relação homem-mundo, em que as percepções são decorrentes do estar no mundo, constituindo-se mesmo na essência do humano, que segundo Merleau-Ponty (2011), se refere à percepção tal como o sujeito vive, e não apenas como a descreve, tratando-se da percepção vista do interior, do espaço subjetivo. É uma experiência do sujeito no mundo, sua consciência no mundo, sua maneira de olhar e ver, escutar e ouvir. A percepção dá o tom da experiência ao sujeito, porque a qualidade e significado, repercutindo em sua própria ação motora, em seu comportamento e em suas atitudes. A percepção dá o tom da vivência do sujeito com seu corpo no mundo (MERLEAU-PONTY, 2011).

Uma importante questão a ser discutida neste estudo é a relação vivenciada pela autora na realidade da atenção a pessoa portadora de DRC, especialmente na Atenção Básica à

Saúde, que será explicado nos próximos parágrafos. Como nefrologista, ao longo de uma vida profissional, a autora participou diretamente das mudanças na atenção prestada a esses usuários, mais especificamente na atenção terciária, atendendo pessoas que realizavam hemodiálise, tendo observado uma reviravolta neste tipo de tratamento, resultado de novas tecnologias, que poderiam proporcionar melhor qualidade de vida e maior sobrevida aos usuários com doenças crônicas.

O panorama das condições de saúde de pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial mostravam um aumento do número de casos dessas doenças, influenciando diretamente na crescente prevalência da DRC, com indicação de Terapia Renal Substitutiva. Ao longo de duas décadas houve o que os especialistas chamavam de epidemia da DRC, principalmente detectada pelo crescente número de usuários nas unidades de hemodiálise, o que levou a uma significativa defasagem entre a oferta e a demanda, ao ponto de se esgotarem as vagas e formarem-se “filas de espera”, momentos estes que a autora pode vivenciar.

No entanto, isso para uma doença como a DRC, levou a uma superlotação de pronto socorros e hospitais da especialidade, haja vista portadores de DRC em estágios com indicação de hemodiálise, em determinado momento não poderiam simplesmente esperar uma vaga, mas iniciar imediatamente o tratamento. O empenho das sociedades nacionais ligadas a especialidade (de especialistas e de usuários) junto as instituições governamentais buscaram amenizar a situação, criando mais vagas em hemodiálise e desenvolvendo estratégias para controlar a progressão da doença, melhorando as condições em que esse usuário inicia a Terapia Renal Substitutiva.

Em decorrência, uma discussão se estendeu para ações internacionais e nacionais, tomou forma e entendeu que a principal estratégia para desenvolver ações que pudessem controlar a DRC seria garantir à Atenção Básica à Saúde a coordenação dessa atenção. A autora, por ter participado do momento em que houve a eclosão do número de casos, principalmente de ter presenciado a necessidade de vaga e tratado de usuários enquanto aguardavam internados, de certo modo, que moravam nos hospitais por longos meses, a espera de máquinas em unidades extra hospitalares (porque em hospitais só realizava hemodiálise para pessoas internadas), participou de algumas discussões dentro do território nacional, sentindo a necessidade de implantar programas de atenção para o diagnóstico precoce e início da hemodiálise em tempo oportuno.

Esta pesquisa se justifica pela inquietação presente durante toda essa vivência da autora, cujo contato com as pessoas, levou-a a perceber as inúmeras dificuldades que estes

enfrentaram para compreender, aceitar e vivenciar sua doença e o tratamento indicado e em como poderia promover a atenção precoce para amenizar esse impacto àqueles que se encontravam naquela situação.

Neste estudo, a questão que se levanta é quanto a percepção dos sujeitos envolvidos no processo de atenção aos usuários portadores de DRC na assistência da Atenção Básica e se essa atenção é precoce, efetiva e integral. Considera-se que os pontos de vista dessas pessoas poderiam demonstrar uma realidade que precisa ser discutida, de quem vivencia a oferta de cuidado, de quem dá e de quem recebe essa atenção.

Parte-se do pressuposto que a Atenção Básica à Saúde ainda não assumiu integralmente a responsabilidade de realizar a gestão do cuidado à pessoa portadora de DRC, quanto as funções de primeiro contato, vínculo, integralidade e coordenação do cuidado, conforme as diretrizes do SUS, o estudo pretendeu desenvolver uma discussão a partir dos olhares dos vários sujeitos envolvidos nos processos da atenção à saúde de pessoas com DRC.

Entende-se que este estudo assume importância por poder trazer novos saberes sobre a DRC, voltados para uma visão dos vários sujeitos envolvidos no processo do cuidado, podendo identificar as ações da Atenção Básica à Saúde, para a atenção ao usuário portador de DRC, com possibilidades de contribuir para o planejamento da gestão, para a prevenção, diagnóstico precoce e atendimento integral junto aos gestores que elaboram os planos de ação nos serviços de saúde que atendem essas pessoas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a atenção prestada à pessoa portadora de Doença Renal Crônica na Atenção Básica à Saúde, na perspectiva de usuários, familiares e profissionais de saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar características socioeconômicas dos entrevistados;
- Conhecer as Trajetórias Assistenciais desenvolvidas por usuários portadores de Doença Renal Crônica, na Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde, a partir da percepção dos usuários e familiares;
- Conhecer a percepção da pessoa portadora de Doença Renal Crônica e de seus familiares sobre os cuidados recebidos na Atenção Básica à Saúde;
- Conhecer a percepção de médicos e enfermeiros da Atenção Básica à Saúde sobre os cuidados prestados as pessoas portadoras de Doença Renal Crônica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Doença Renal Crônica Como Um Problema de Saúde Pública

3.1.1 Considerações gerais

A DRC emergiu nas últimas décadas como um grave problema de saúde pública, mundialmente reconhecido pelo crescimento acentuado dos casos da doença, com maior carga no nível de atenção terciária, por necessidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS), principalmente aumentando a demanda nos serviços de hemodiálise (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010; CORESH et al., 2007; LEVEY et al., 2005). Essa doença apresenta elevada morbidade, principalmente cardiovascular, e altas taxas de morte prematura, com grande impacto social e altos gastos na saúde pública (JHA et al., 2013; JHA; WANG; WANG, 2012; NAZAR et al., 2014).

Nos Estados Unidos, as prevalências da DRC, comparadas as décadas de 1988-1994 e 1999-2004, aumentaram drasticamente, como aumentou também o número de pessoas com risco de desenvolver a doença (CORESH et al., 2007; FOX; BROOKS; ZAYAS et al., 2006). No Brasil, de 2008 a 2011, os gastos do SUS com hemodiálise cresceram em 15,3%, enquanto a estimativa para 2017 foi de um aumento de 24,8% (MENEZES et al., 2015). Saiba-se que 85% dos usuários em hemodiálise são atendidos pelo SUS (SESSO et al., 2016).

3. 1.2 Definição e classificação

A DRC se caracteriza pela presença de lesão renal progressiva, com perda lenta e irreversível das funções dos órgãos, de modo que nas fases mais avançadas, os rins não conseguem manter a normalidade do organismo e o indivíduo irá necessitar de Terapia Renal Substitutiva (ROMÃO JUNIOR, 2004). Classifica-se a DRC em 5 estágios, como demonstrado na figura 1. Esses estágios são usados para estratificar os riscos de progressão da lesão renal e planejar as ações de prevenção e tratamento (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2011; SAID; DESAI; LERMA, 2015). Essa classificação considera para efeito de estratificação, a medida da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), que mede a função renal (ECKARDT et al. 2013; LEVEY; ATKINS; CORESH et al., 2007).

A TFG é a medida da função renal mais utilizada e a mais facilmente compreendida pelos médicos e usuários (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). Ela é definida como a capacidade

dos rins de eliminar uma substância do sangue e é expressa como o volume de sangue que é completamente depurado (limpo) em uma unidade de tempo, sendo um importante exame usado para o diagnóstico (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Figura 1. Estadiamento da Doença Renal Crônica, segundo a medida da TFG
(ml/min/1.73m²)

Estágio da DRC	TFG (ml/min/1.73m²)	Significado clínico
1	≥ 90	Normal/alta
2	60-89	Leve
3A	45-59	Leve a moderada
3B	30-44	Moderada a grave
4	15-29	Grave
5	<15	Falência Renal

TFG=Taxa de Filtração Glomerular, DRC=Doença Renal Crônica
Fonte: BASTOS; KIRSZTAJN, 2011.

Na prática clínica, a TFG é avaliada por meio da mensuração de níveis de substâncias que são normalmente produzidas pelo corpo e eliminadas pelos rins e o método mais utilizado para se obter essas informações é a depuração de creatinina, com coleta de urina ao longo de 24 horas, no qual a excreção de creatinina urinária nesse período é dividida pela concentração de creatinina sérica (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). Para contornar algumas das limitações encontradas nessa determinação, como a necessidade de coletar urina por 24 horas, que é inconveniente para as pessoas e, portanto, as coletas poderão ser frequentemente imprecisas, foram desenvolvidas fórmulas destinadas a estimar a TFG (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Essas fórmulas (anexo A) usam variáveis demográficas e clínicas conhecidas como substitutos para os fatores fisiológicos não mensurados que afetam o nível de creatinina sérica. As fórmulas mais comumente utilizadas são as Cockcroft e Gault (CG), *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD) e *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration* (CKD-EPI) e estão disponíveis em programas para computadores, tablets e smartphones e estão amplamente disseminadas na internet (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Baseados na fórmula do estudo MDRD nefrologistas brasileiros desenvolveram duas tabelas (anexos B), uma para mulheres e outra para homens, que permitem que os

profissionais de saúde estimem a TFG imediatamente assim que tiverem em mãos o nível de creatinina sérica e a idade do paciente. Essas tabelas são baseadas na fórmula do estudo MDRD de quatro variáveis, na qual o componente etnia negra (importante para estimar a TFG na população negra dos Estados Unidos (EUA), mas sem impacto na população brasileira, foi excluída. As tabelas mostram os valores de TFG que correspondem a valores específicos de creatinina sérica nos limites 0,5-5,0 mg/dL e nas faixas etárias de 18 a 80 anos. Além disso, os diferentes estágios da DRC são indicados por cores diferentes, facilitando, assim, o estadiamento da DRC. O uso dessas tabelas no atendimento primário à saúde e entre os profissionais não nefrologistas, são importantes ferramentas para facilitar o diagnóstico precoce da DRC (BASTOS; BASTOS, 2005).

Recentemente, outras duas tabelas (anexo B), para homens e mulheres respectivamente, foram construídas utilizando três das quatro variáveis que compõem a equação CKD-EPI: idade (nos limites de 18 a 80 anos), sexo e creatinina sanguínea (nos limites de 0,6 a 5 mg/dL), também não foi incluída a variável raça negra e semelhantemente ao ocorrido com as tabelas que foram desenvolvidas a partir da fórmula do estudo MDRD, estas tabelas facilitam o diagnóstico da DRC por qualquer profissional de saúde, particularmente nos seus estágios pré-clínicos, quando, frequentemente, é assintomática, inclusive a equação, denominada de CKD- EPI, usa as mesmas quatro variáveis que a equação do MDRD, mas, comparativamente, apresenta melhor desempenho e previsão de desfechos adversos (MAGACHO et al., 2012).

3.1.3 Epidemiologia e causas

A prevalência de DRC no mundo é alta e cresceu rapidamente nas últimas décadas, acima da expectativa normal para a doença, explicada pelo aumento de pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial e pela maior expectativa de vida da população (JHA et al., 2013). Observa-se que a maior carga de ocorrência é em portadores da doença classificados nos estágios de 1 a 4, mas a taxa real de prevalência nesses estágios é desconhecida. Estima-se que cerca de 10% da população mundial apresenta algum grau de disfunção renal, afetando principalmente idosos e populações menos favorecidas (GLASSOCK; WINEARLS, 2008; MERCADO-MARTINEZ et al., 2015). O estágio 5 é considerado um estágio terminal e que precisa de Terapia Renal Substitutiva (ROMÃO JÚNIOR, 2004).

Entretanto, a grande maioria dos casos de DRC é assintomática ou com poucos sintomas (JHA et al., 2013). Os sintomas só são evidentes quando a função renal está a menos

de 15%, e é quando as pessoas costumam procurar cuidados (ECKARDT et al., 2013). Apesar da importância da DRC e da natureza modificável da sua progressão, poucas pessoas estão cientes de que são portadoras da doença, observando-se que entre os portadores de DRC no estágio 3, menos de 10% conhecem seu diagnóstico (TUOT; POWE, 2011). Entre portadores com DRC no estágio 4, quase a metade não tem conhecimento dessa condição (KIEFER; RYAN, 2015).

As pessoas mais vulneráveis para desenvolver DRC, que são consideradas dentro dos grupos de risco, são hipertensas, diabéticas, idosas, portadoras de doença cardiovascular, familiares de portadores de DRC e aquelas que usam drogas nefrotóxicas (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial são as principais causas de DRC, sendo encontradas na maioria dos usuários em hemodiálise (BALDWIN, 2014; JHA et al., 2013). Quase metade dos portadores de Diabetes Mellitus podem desenvolver nefropatia durante o curso da doença, podendo evoluir para DRC quando não forem tratados adequadamente (COUSER et al., 2011; MOREIRA et al., 2008; MURPHREE; THELEN, 2010). Estudos de Burmeister et al. (2012), observaram que 37,9% das pessoas em hemodiálise eram diabéticas. No Brasil, entre usuários em programas de hemodiálise, mais da metade são pessoas portadoras de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (SESSO et al., 2016).

No grupo das doenças e agravos crônicos não transmissíveis, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial são consideradas um problema de saúde global e uma ameaça a saúde da população mundial (SCHMIDT; DUNCAN; SILVA et al., 2011). Diabetes Mellitus constitui uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal crônica, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular, considerando que sua prevalência dobrou nos últimos 30 anos (BRASIL, 2006b; COUSER et al, 2011; SCHMIDT; DUNCAN; SILVA et al., 2011). A Hipertensão Arterial acomete quase um terço da população adulta mundial e mais da metade dessas pessoas desconhecem que tem a doença, enquanto aqueles que sabem, apenas um terço tem sua pressão controlada (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Em uma pesquisa autorreferida, 5,3% eram pessoas diabéticas e 21,6% hipertensas (SCHMIDT; DUNCAN; HOFFMANN et al., 2009). Essa prevalência pode ter resultado, entre outras condições, da urbanização acelerada e das mudanças no estilo de vida, que levou as pessoas a desenvolverem hábitos insalubres (GUARIGUATA et al., 2014). Foi observado por Ferreira e Ferreira (2009), que quase 10% de pessoas diabéticas atendidas pelos serviços de Atenção Básica à Saúde, apresentavam algum grau de DRC. Os estudos de Boing e Boing (2007) relataram que 6,4% de pessoas hipertensas tratadas na Atenção Básica à Saúde, apresentavam alterações da função renal em diferentes estágios da doença.

Os idosos são mais susceptíveis a desenvolver DRC porque fisiologicamente apresentam diminuição da função renal e algumas lesões renais secundárias às doenças crônicas são comuns em pessoas de idade avançada (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). Em estudo realizado por Dutra et al. (2015), foi demonstrado que a maioria dos idosos participantes da pesquisa tinha algum grau de dano renal e que 13,6% deles apresentavam lesões de moderada a grave intensidade. González et al. (2015), observaram uma prevalência de 15% de pessoas acima de 60 anos com DRC, atendidos na Atenção Básica à Saúde, aumentando progressivamente o risco com a idade e sendo mais frequente em portadoras de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.

Considerando as altas taxas de prevalência da DRC e o quadro atual dos principais fatores de risco, a detecção precoce e o manejo eficiente dos casos podem ter um impacto significativamente positivo no seu curso clínico, pois a intervenção em tempo oportuno, pode diminuir a perda progressiva da função renal (RONKSLEY; HEMMELGARN, 2012).

3.1.4 Manejo da Doença Renal Crônica

O objetivo do manejo da DRC é reconhecer as pessoas vulneráveis para desenvolver a doença, principalmente diabéticas e hipertensas, identificar e tratar alterações renais potencialmente controladas, investigar a doença nesses grupos de risco, diagnosticar precocemente a DRC, encaminhar imediatamente ao nefrologista e implantar medidas para reduzir o risco de progressão (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010; ECKARDT et al., 2013; JHA; WANG; WANG, 2012; LEVEY; CORESH, 2012). A figura 2 sintetiza as ações recomendadas por National Kidney Foundation (2002).

As recomendações atuais sugerem que pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial se beneficiarão com a triagem periódica para DRC (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). Nesse sentido, as ações da Atenção Básica à Saúde são as que melhor permitem a identificação precoce da DRC, por isso, estão recebendo atenção crescente de estudiosos e planejadores de saúde para o desenvolvimento de protocolos clínicos que possam beneficiar o reconhecimento da doença, em pessoas dos grupos de risco, já que Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial podem ser controladas através de medidas realizadas nos serviços desse nível de atenção (EVANS; TAAL, 2011; LEVEY; CORESH, 2012; STEVENS; LEVIN, 2013).

Devido a complexidade do atendimento para esses usuários, tem sido sugerido uma abordagem multiprofissional padronizada, para melhorar a gestão do cuidado e os resultados

nessa população de portadores de DRC (RONKSLEY; HEMMELGARN, 2012), inclusive porque a quantidade de especialistas existentes é insuficiente para acompanhar permanentemente as pessoas com DRC, sendo recomendado que em locais cujo o número de nefrologistas for pequeno para atender a demanda, os médicos da Atenção Básica à Saúde, sejam treinados para lidar com o diagnóstico e a prevenção da progressão da doença, com apoio especializado (CUETO-MANZANO; CORTÉS-SANABRIA; MARTÍNEZ-RAMÍREZ, 2008).

Figura 2. Plano de ação de manejo da DRC, segundo estadiamento da doença

Estágio da DRC	TFG (ml/min/1.73m²)	Significado clínico	Plano de Ação
0	≥ 90	Grupo de risco (DM e HA)	Rastreamento e redução do risco
1	≥ 90	Normal/alta	Diagnóstico e tratamento; reduzir e estimar progressão; reduzir risco cardiovascular; diagnosticar e tratar comorbidades
2	60-89	Leve	
3(Ae B)	30-59	Moderada	Avaliar e tratar as complicações
4	15-29	Grave	Preparar para TRS (escolha da modalidade, criação de acesso vascular)
5	<15	Falência Renal	TRS

TFG=Taxa de Filtração Glomerular, DRC=Doença Renal Crônica, DM=Diabetes Mellitus, HA=Hipertensão Arterial, TRS=Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal)

Fonte: NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002.

Para muitos usuários do grupo de risco, a Atenção Básica à Saúde representa o primeiro contato com o sistema de saúde; para aqueles que evoluem para DRC ou com alterações leves da função renal, mas que podem progredir para fases mais avançadas, esse nível de atenção é essencial para o seu controle (ALLEN et al., 2011). A implantação de medidas para a prevenção e o diagnóstico precoce nesse nível de atenção pode evitar a instalação da doença (HOMMEL; MADSEN; KAMPER, 2012). Entretanto, os profissionais da Atenção Básica à Saúde estão pouco familiarizados com o acompanhamento de pessoas com DRC (ALLEN et al., 2011; FOX; VEST; KAHN, et al., 2013; GREER; CREWS; BOULWARE, 2012; THOMAS; LOUD, 2012).

A prevenção é uma ação antecipada, baseada no conhecimento do curso clínico da doença, a fim de tornar improvável o seu progresso, orientando-se por ações de detecção, controle e enfraquecimento de fatores de riscos. Uma ação preventiva pode ocorrer em momentos diferentes no curso da doença, antes da instalação dos fatores de risco, antes da instalação da doença, antes do diagnóstico clínico e antes da instalação das complicações, incapacidade ou morte (CZERESNIA, 2009; SCHMIDT; DUNCAN; LOPES, 2013).

A prevenção na DRC é tratar e controlar os fatores de risco modificáveis como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares e tabagismo, cujo controle e tratamento devem estar de acordo com as normatizações e orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b). A prevenção primária na DRC, está voltada para a identificação de pessoas com fatores de risco, como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, para implantar medidas que possam evitar a instalação de lesão renal ou perda da função dos órgãos. Outra medida de controle consiste no diagnóstico precoce, monitorando-se a função renal, e assim que identificar insuficiência renal, proceder encaminhamento precoce ao especialista (BASTOS, 2010; BRASIL, 2014b; DIEGOLI et al., 2015).

A prevenção secundária requer condutas que, uma vez instalada a doença, venha a diminuir ou interromper sua progressão para os estágios mais avançados e dependentes de Terapia Renal Substitutiva, como controlar a pressão arterial, os níveis glicêmicos e evitar danos renais com fatores e drogas nefrotóxicas. Essas medidas podem ser realizadas pela Atenção Básica à Saúde e quando necessário, com apoio matricial e equipes de referência (BRASIL, 2004; BASTOS; BASTOS, 2007; BASTOS, 2010; BRASIL, 2014b).

O diagnóstico da DRC é relativamente fácil e barato e grande parte dos portadores poderia ser detectado pela Atenção Básica à Saúde, nos programas de atividades preventivas em Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial do SUS. A utilização de fórmulas para calcular a TFG e as tabelas que permitem proceder estimativas da função renal de maneira rápida, podem ser muito úteis para os profissionais de saúde estimarem rotineiramente a TFG, sem precisarem lançar mão de exames mais onerosos e complicados (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). A prevenção secundária pode retardar em muitos anos a progressão da doença renal e ajudar a preparar o paciente para a Terapia Renal Substitutiva, considerando que o início do tratamento em urgência dialítica aumenta o risco de morte prematura (PFRETZENREITER et al., 2007; SILVA et al., 2012).

A Atenção Básica Saúde é a porta de entrada preferencial para o portador de DRC (BRASIL, 2014a). A inserção da Estratégia Saúde da Família na prevenção da DRC está bem

definida, como forma de aperfeiçoar a prevenção da doença, considerando sua característica de abordagem integral e multiprofissional. A equipe precisa estar capacitada e preparada para reconhecer a doença e dar suporte integral em todas as etapas do adoecimento, incluindo tanto o usuário como a sua família e favorecendo a comunicação entre os níveis de atenção (BASTOS; BASTOS, 2007).

A natureza assintomática da DRC nos estágios precoces, a falta de consciência pública sobre a doença e a desinformação dos usuários e familiares sobre os fatores que conduzem a progressão podem contribuir para a relutância das pessoas em aceitar o diagnóstico e de sua adesão às terapias recomendadas. Uma efetiva parceria entre usuários e profissionais de saúde é importante para otimizar os cuidados de prevenção (ALLEN et al., 2011; LOPEZ-VARGAS et al., 2014).

3.2 Atenção Básica à Saúde: Entre definições e princípios

3.2.1 A universalidade das ações do SUS: Atenção Básica à Saúde no papel principal

O SUS, modelo brasileiro de atenção à saúde, tem em seus princípios a universalidade, integralidade e equidade, o que implica em atender a todos, tanto do âmbito do individual como no coletivo, em todos os níveis de atenção. A Atenção Básica à Saúde deve ser a sua principal porta de entrada e o contato preferencial dos usuários, dirigida a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012; SAITO, 2014b).

Desse modo, a Atenção Básica à Saúde é definida como um conjunto de ações do SUS, para o indivíduo e a comunidade, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver atenção integral com impacto na situação da saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

A prerrogativa da Atenção Básica à Saúde de ser o contato preferencial está relacionada em poder ser procurada e acolher a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção a saúde e que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde recebam e ouçam todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes, orientada pelos princípios da acessibilidade, do

vínculo, da continuidade do cuidado e da integralidade da atenção (BRASIL, 2012; STARFIELD, 2002).

Esses princípios da Atenção Básica à Saúde precisam ser alcançados para que o cuidado seja efetivamente produzido (STARFIELD, 2002). Donabedian (1980), considera atributos essenciais para a qualidade na prestação de serviços a acessibilidade, a continuidade e a coordenação da atenção. Enquanto Starfield (2002) acrescenta a essa lista a integralidade e a responsabilidade pela comunidade assistida.

Acesso e acessibilidade são dois termos de utilização intercalada na literatura, com conceitos semelhantes ou interligados, podendo ser explicados em diferentes contextos (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; MENDES et al., 2012). Donabedian (1980), usa o termo acessibilidade ao considerar que um serviço é acessível quando é fácil de chegar e ser mantido. Essa acessibilidade depende das propriedades de quem fornece o cuidado, que seja mais ou menos fácil de chegar e usar, e da potencialidade do usuário de superar barreiras geográficas, administrativas, financeiras e psicológicas para o seu uso. Starfield (2002), divide em dois conceitos: o acesso é o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis para a saúde, enquanto a acessibilidade é a possibilidade de chegar aos serviços.

Segundo Assis, Villa e Nascimento (2003), o acesso é explicado por dimensões econômicas e políticas; a dimensão econômica explicita o acesso aos serviços de saúde dos distintos grupos populacionais, onde os usuários delimitam o acesso à sua condição socioeconômica, pois consideram que a oferta dos serviços públicos fica na dependência da capacidade de organização da rede de atendimento, que repercute na expulsão de segmentos sociais de melhor poder aquisitivo, por acreditarem que a atenção pública tem baixa resolutividade.

A dimensão política orienta o acesso como responsabilidade do Estado, que deve ser garantido pela distribuição planejada de recursos da rede de serviços, levando em conta a localização geográfica da unidade, a disponibilidade dos serviços e a articulação entre os serviços que compõem a rede, de acordo com as demandas e necessidades da população (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003). Fatores ligados as condições sócio organizacional, como tempo de espera para a marcação de consulta e para o atendimento, facilidade na realização de exames e aquisição de medicamentos e condições geográfica (distância da casa ao serviço) são considerados à garantia da qualidade na atenção (MENDES et al 2012).

O acesso aos serviços de Atenção Básica à Saúde constitui um elemento do sistema de saúde na linha de cuidados, dentre aqueles ligados à organização dos processos de trabalho; refere-se à entrada nele, recebimento de cuidados subsequentes, que garantam a continuidade

do tratamento. A garantia de acesso resolutivo, em tempo oportuno e com qualidade às ações e serviços é o maior desafio do SUS (TADDEO et al., 2011).

Acesso e acolhimento se completam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado (STARFIELD, 2002). O acolhimento é a condição a qual os profissionais de saúde se propõem a atender todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo acesso universal e responsabilidade da atenção, voltado para um atendimento multiprofissional e humanizado (SOUZA et al., 2008). Uma vez acessado o serviço de saúde, o acolhimento é proporcionado pelo profissional de saúde e pelo serviço, de modo a se estabelecer uma relação de cooperação mútua entre usuário e fonte de atenção (COELHO; JORGE, 2009).

Na perspectiva da Atenção Básica à Saúde, os serviços de saúde devem estabelecer mecanismos organizacionais para assegurar acesso e acolhimento aos usuários que por eles procurem, promovendo vínculo e responsabilizando-se pela atenção às necessidades de saúde, devendo se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e se responsabilizar pelas respostas nos outros níveis de atenção (BRASIL, 2012).

Outro elemento importante na utilização e manutenção do cuidado da Atenção Básica à Saúde é o vínculo interpessoal, estabelecido nesse ambiente, considerado um forte laço entre usuário e profissional ou usuário equipe, que reflete a cooperação mútua entre as pessoas e a fonte de atenção, estabelecendo uma relação de confiança e satisfação (BRASIL, 2012; STARFIELD, 2002). Esse vínculo permite aprofundar o processo de corresponsabilidade pela saúde construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2012).

O desenvolvimento de relações de vínculo entre as equipes e a população adscrita deve garantir continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado na Atenção Básica (BRASIL, 2012). A continuidade consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos e a longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente (BRASIL, 2012).

A continuidade da atenção é outro atributo da Atenção Básica à Saúde. Essa continuidade é geralmente alcançada pela manutenção do mesmo médico ou outro profissional da Atenção Básica à Saúde de uma consulta para outra, embora existam outros meios para alcançá-la, como uma equipe de profissionais que mantenham um canal de comunicação que

permitam trocas de informações, como um prontuário ou outro tipo de registro (STARFIELD, 2002).

A coordenação dos cuidados pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, esses serviços estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, sendo necessária para alcançar a integralidade da atenção (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; ALMEIDA GIOVANELLA; NUNAN, 2012; SILVA; ANDRADE, 2014).

A Atenção Básica à Saúde como coordenadora do cuidado, deve elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, acompanhar, ordenar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral (SAITO, 2014b).

Entre os atributos da Atenção Básica à Saúde está a de ser resolutiva, que nesse âmbito consiste em identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo (BRASIL, 2012). A resolutividade das necessidades de saúde tem como objetivo final a satisfação dos usuários e profissionais, compreendendo a resolução dentro do serviço, quanto a capacidade de atender a demanda e encaminhar os casos que necessitam de atendimento especializado, e dentro do sistema de saúde que se estende da consulta inicial na unidade básica de saúde, até a solução nos outros níveis de atenção a saúde, portanto envolvendo aspectos relacionados a demanda, satisfação dos usuários, tecnologias dos serviços, existência de um sistema de referência e contrarreferência pré-estabelecido, acessibilidade dos serviços, formação dos recursos humanos, entre outros (TURRINI, LEBRÃO e CESAR, 2008).

A Estratégia Saúde da Família consolida e fortalece a Atenção Básica à Saúde, no SUS, com constituição multiprofissional, voltada para uma abordagem integral à família, consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserida, na qual os profissionais devem estar preparados para responder às demandas e necessidades advindas de sua área de atuação (ANDRADE; BARRETO e BEZERRA, 2012; SAITO, 2014c).

A Atenção Básica à Saúde tem responsabilidade sanitária dirigida a populações de territórios definidos, de forma a permitir o planejamento e o desenvolvimento de ações de impacto nas condições de saúde das coletividades, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012; SAITO, 2014b).

Na saúde, o território é um espaço limitado politico-administrativamente ou por ação de um determinado grupo de atores sociais, caracterizado por uma população específica, com problemas e necessidades de saúde determinados, que devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde (GONDIM et al., 2008).

Para as diretrizes da Estratégia Saúde da Família, território é sinônimo de área de abrangência, entendida como a área que está sobre a responsabilidade de uma equipe de saúde, com clientela adscrita, que significa a identificação da população dentro da área vinculada a uma UBS, entendendo-se que isso possibilita a identificação de pessoas que não conseguem, por algum motivo acessar a unidade, mas precisam de cuidados (GONDIM et al., 2008).

3.2.2 Linhas de Cuidado e Rede de Atenção à Saúde

A Portaria nº 2.488/2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reconheceu que essa atenção tem nas Linhas de Cuidado o ponto fundamental para a organização dos processos de trabalho e devem ser definidas com vistas a possibilitar o acesso às ações resolutivas das equipes de saúde (BRASIL, 2011).

Entende-se por Linhas de Cuidado a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais, que se entrelaçam e se completam, em processos extremamente dinâmicos, voltada à assistência ao usuário, centrada em seu campo de necessidades, expressando fluxos assistenciais seguros e garantidos, no sentido de atender as suas necessidades de saúde (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003; MALTA; MERHY, 2010). A adoção das Linhas de cuidado como organizadoras do trabalho em saúde pressupõe a vinculação das equipes de saúde com a população da região de saúde em que se situam e agem (MALTA; MERHY, 2010).

A organização da produção do cuidado pela Atenção Básica à Saúde, requer que também se organize o processo de trabalho em saúde, de modo que leve ao rompimento da dinâmica médica centrada do modelo hegemônico e hospitalocêntrico de organização e com a forma de trabalho da equipe, para que o cuidado prestado esteja baseado na escuta e no uso de tecnologias leves (acolhimento, vínculo e responsabilidade), elevando o nível de autonomia do usuário e das práticas da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2013b; MALTA; MERHY, 2003; FRANCO; MERHY, 2013).

Rede de Atenção à Saúde é definida como uma rede que interliga estabelecimentos e serviços de saúde de um determinado território, organizados nos diferentes níveis de atenção, articulados, com os mesmos objetivos e interdependentes, adequados para dar atendimento integral ao usuário e coordenado pela Atenção Básica à Saúde, prestando serviços de forma humanizada, com responsabilidade sanitária sob a população (BRASIL, 2010; CARVALHO et al., 2013; MENDES, 2010, 2011). Essa orientação de rede na atenção a saúde se opõe a um sistema fragmentado de assistência que se organizou de modo isolado e incomunicável, incapaz de continuidade a assistência e priorizava as condições agudas em detrimento as doenças crônicas (MENDES, 2010).

A Atenção Básica à Saúde, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, deve cumprir três funções essenciais que lhe imprimem a característica de uma estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde: a função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, na rede das equipes de cuidados primários (MENDES, 2012). Só será possível organizar o SUS em Redes de Atenção à Saúde se a Atenção Básica à Saúde estiver capacitada a desempenhar adequadamente essas funções (MENDES, 2012).

Na Rede de Atenção as doenças crônicas, particularmente DRC, a organização do processo de trabalho deve priorizar o acolhimento, a atenção centrada na pessoa e na família, a continuidade do trabalho, a atenção prestada por equipe multiprofissional, a implantação de projeto terapêutico singular, a regulação da rede sob responsabilidade da Atenção Básica à Saúde, o apoio matricial, o autocuidado, Diretrizes Clínicas, Estratificação de risco e educação permanente (BRASIL, 2013b, 2014a).

Na atenção a DRC, considera-se o acolhimento como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todas as pessoas com DRC ou que sejam vulneráveis à doença, que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários, com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso, orientar o usuário e a família para continuidade da assistência em outros serviços, estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos, mantendo o vínculo e o cuidado das pessoas com DRC (BRASIL, 2013b; 2014a).

A atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença, transforma a relação entre os usuários e os profissionais de saúde, porque aqueles deixam de ser pacientes e se tornam os principais produtores sociais de

sua saúde. Baseia-se em dignidade e respeito, compartilhamento de informações entre os envolvidos (usuário, família e profissionais), participação e colaboração de todos nas decisões, implementação e monitoramento sobre a atenção à saúde prestada (JOHNSON et al., 2008).

Para a continuidade da atenção aos usuários com DRC, a equipe da Unidade Básica de Saúde deve organizar a sua agenda de modo a contemplar a diversidade das necessidades de saúde dessa população, acolhendo e garantindo o acesso em casos de urgência, de demanda espontânea não urgente e de cuidado continuado/programado (BRASIL, 2013b, 2014a).

A regulação da Rede de Atenção às Pessoas com Doença Crônica portadoras de DRC envolve, necessariamente, a capacidade da Atenção Básica à Saúde de ordenar os demais níveis da rede, como organização o atendimento de usuários na atenção secundária e terciária, quando necessário. O diálogo entre os serviços de atenção especializada e as equipes deve ser garantido e facilitado, com destaque para o apoio matricial (BRASIL, 2013b; Pena et al, 2012).

Cabe a Atenção Básica à Saúde, na coordenação da atenção, desenvolver medidas que garantam a difusão das ações e cuidado à pessoa com DRC, em todos os pontos de atenção da Linha de Cuidado, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado, devendo definir os fluxos e as condições para encaminhamentos dentro da construção das Linhas de Cuidado e mesmo enquanto persistir o acompanhamento na atenção especializada, deve continuar informada da situação de saúde do usuário, bem como acompanhar o desenvolvimento do plano de cuidado (BRASIL, 2013b; 2014a).

As Linhas de Cuidado para os usuários com DRC devem contemplar ações e serviços desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, utilizando a estratificação para definir medidas em cada estrato de risco, desenhando as trajetórias assistenciais dos usuários na rede. Importante ressaltar, que essa linha não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas reconhece-se que, gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços necessários para o bom atendimento (FRANCO; FRANCO, 2012; MENDES, 2011).

As Diretrizes clínicas são recomendações específicas para cada nível de atenção, elaboradas com o objetivo de orientar o cuidado, a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia (BRASIL, 2010, 2011). As diretrizes clínicas para o cuidado ao portador de DRC no SUS, oferecem 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, 2014b).

Quanto a estratificação de risco, cada doença pode ter uma estratificação de risco diferenciada, fundamentalmente construída de acordo com as especificidades da enfermidade, levando-se em conta não só os aspectos orgânicos, mas valorizando a capacidade de autocuidado, vulnerabilidade social, contexto local (gestão, equipe, apoio diagnóstico), entre outros. A Atenção Básica Saúde deve promover implementação da estratificação de risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da TFG, segundo as diretrizes e protocolos para DRC (BRASIL, 2013b; 2014a).

A figura 3 descreve os passos para o diagnóstico precoce e estratificação de risco que deve ser utilizado pela Atenção Básica à Saúde.

Figura 3. Classificação e estratificação de risco da DRC.

PREVENÇÃO CLÍNICA DE DOENÇA CARDIOVASCULAR, CEREBROVASCULAR E RENAL CRÔNICA

Doença Renal Crônica – DRC

▪ **Principais fatores de risco para o desenvolvimento de DRC:**

- História familiar de DRC
- Hipertensão
- Diabetes Mellitus

▪ **Diagnóstico da DRC baseia-se na:**

- Identificação de patologias de risco
- Presença de alterações de sedimento urinário (microalbuminúria, proteinúria, hematúria e leucocitúria)

Todo paciente pertencente ao chamado grupo de risco, mesmo que assintomático, deve ser avaliado anualmente com exame de urina (tipo 1), Creatinina sérica e depuração de Creatinina microalbuminúria.

A microalbuminúria é especialmente útil em pacientes com diabetes, hipertensão e com história familiar de DRC sem proteinúria detectada no exame de urina.

O uso isolado da creatinina para avaliação da função renal não deve ser utilizado, pois somente alcançará valores acima do normal após perda de 50-60% da função renal.

Classificação do estágio da DRC

Estágio	Função renal	Clcr (ml/min)
0	Grupo de risco: Sem lesão renal Função normal.	> 90
1	Lesão renal (microalbumina, proteinúria), função preservada, com fatores de risco	> 90
2	Lesão renal com insuficiência renal leve	60-89
3	Lesão renal com insuficiência renal moderada	30-59
4	Lesão renal com insuficiência renal grave	15-29
5	Lesão renal com insuficiência renal terminal ou dialítica	< 15

Cálculo do Clearance da Creatinina (Clcr) a partir da Creatinina sérica:

$$\text{Clcr (ml/min/1,73m}^2\text{)} = \frac{(140 - \text{idade}) \times \text{peso} \times (0,85 \text{ se mulher})}{72 \times \text{Cr sérica (mg/dl)}}$$

Ministério da Saúde  SUS  Sistema Único de Saúde  Saúde da Família

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

O processo educacional eficaz é essencial para a implantação das diretrizes clínicas, pois apenas tê-las publicadas não é suficiente para a boa gestão da clínica (MENDES, 2011). É dever da gestão garantir educação permanente de profissionais da saúde da Atenção Básica à Saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco, a fim de qualificar o profissional quanto a identificação dos fatores de risco, utilização dos meios de diagnóstico e manejo dos casos (BRASIL, 2014a).

3.2.3 Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Apoio Matricial

A clínica ampliada visualiza o cuidado além de consultório médico e se estende para outros serviços (CUNHA; CAMPOS, 2011). Segundo Campos e Amaral (2007), enquanto a medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças, a Clínica Ampliada agrega a isso os problemas de saúde, considerando que não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas por isso, ser chamada de clínica do sujeito. Outros instrumentos compõem essa metodologia são: equipes de referência, apoio matricial e projetos terapêuticos singulares (CAMPOS, 1999).

Equipe de referência é aquela que têm a responsabilidade pela coordenação e condução de um caso individual, familiar ou comunitário, ampliando as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários, tendo como exemplo a equipe da Estratégia Saúde da Família, multiprofissional, responsável pela coordenação do cuidado de determinada população, no seu espaço territorial, embora outras equipes possam ser formadas em todos os níveis de atenção (CUNHA; CAMPOS, 2011).

O apoio matricial assegura a retaguarda especializada, personalizada e interativa, dando suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, funcionando como uma metodologia complementar aos mecanismos de referência e contrarreferência, aos protocolos e centros de regulação, ampliando cenários que levam a discussões de projetos terapêuticos, de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos até uma simples disponibilidade para contato telefônico a fim de discutir urgências ou seguimentos (CAMPOS, 2009; CUNHA; CAMPOS, 2011)

O projeto terapêutico singular é um conjunto de proposta de condutas assistenciais articuladas para o individual ou coletivo, resultado de discussão de uma equipe multidisciplinar com apoio matricial quando necessário. Essa concepção de trabalho pretende limitar a fragmentação do sistema de saúde e consolidar a responsabilidade clínica valorizando o cuidado interdisciplinar, permitindo a longitudinalidade das ações (CUNHA; CAMPOS, 2011).

A complexidade das doenças crônicas, especialmente a DRC, exige uma articulação entre os diversos recursos da assistência percorridos ou demandados pelo usuário para responder às suas necessidades, tendo sido demonstrado que é inviável a concentração de esforços apenas no nível de especialidades para o enfrentamento do problema da DRC (PENA et al., 2012). A incorporação, de novas metodologias de trabalho que articule esse recurso com o nível de Atenção Básica à Saúde, para o efetivo cuidado da DRC ou seus fatores de risco acena para uma direção possível à construção de uma Clínica Ampliada (CUNHA; CAMPOS, 2011; PENA et al., 2012)

O apoio matricial para a DRC deve ser parte fundamental do processo de trabalho das equipes de atenção especializada, aproximando diferentes pontos de atenção da rede e os profissionais, favorecendo um atendimento mais integral, procurando construir e ativar espaço para comunicação ativa e personalizar os sistemas de referência e contrarreferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

As diretrizes da Linha de cuidados da pessoa com DRC determinam que os estabelecimentos de atenção especializada ambulatorial em DRC dariam o apoio matricial às equipes de Atenção Básica à Saúde nos temas relacionados a doenças renais, incluindo ações como interconsultas, segunda opinião formativa, discussão de casos, momentos de educação permanente conjuntos, intervenções no território e intersetoriais, 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 apoio matricial (BRASIL, 2014a).

O bom funcionamento das Redes de Atenção à Saúde depende primordialmente da existência de um trabalho compartilhado entre os profissionais da Atenção Básica à Saúde e os especialistas focais, sendo estes, enfermeiros e outros profissionais, cuja atuação é sabidamente necessária, efetiva e eficiente (MENDES, 2012). O papel dos pontos de atenção ambulatorial especializada (nefrologia), hemodiálise e rede hospitalar (atenção terciária), no cuidado às pessoas com DRC deve ser complementar e integrado à Atenção Básica à Saúde, superando a atuação fragmentada e isolada que ocorre na maioria das localidades hoje, sendo necessário que a oferta de serviços por esses pontos de atenção seja planejada a partir do ordenamento da rede pela Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2014a; MENDES, 2012).

No caso da relação entre os profissionais da Atenção Básica à Saúde e os especialistas, é fundamental que o cuidado seja coordenado pelos profissionais da Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2014a; MENDES, 2012). A coordenação do cuidado é definida como

a organização deliberada do cuidado entre dois ou mais participantes envolvidos na atenção às pessoas para facilitar a prestação de serviços de saúde eficientes, efetivos e de qualidade. Nesse processo, é essencial estabelecer e negociar responsabilidades e garantir a comunicação e transferência segura do cuidado (MENDES 2012).

3.3 Cuidando da pessoa com Doença Renal Crônica

3.3.1 A experiência da descoberta da doença

Para Kleinman (1988), a doença evoca a experiência humana inata de sintomas e sofrimentos de como o paciente e seus familiares percebem, vivem com e respondem aos sintomas e incapacidade, incluindo os juízos de melhor lidar com os problemas práticos na vida diária que ela cria, envolvendo a avaliação desses processos como expectantes, sérios ou que requerem tratamento e de quando procurá-lo. Quando se trata de doenças crônicas, estas além de serem longas e prolongadas, tem padrões variáveis, devastadores e limitantes em diversos graus e nunca desaparecem inteiramente, mas podem cursar com períodos de exacerbação, quando os sintomas pioram e períodos de aquiescências, com menos interrupções das condições consideradas “normais” (KLEINMAN, 1988).

No caso da DRC, pacientes em estágio inicial não têm consciência de sua doença, porque os sintomas são frequentemente indistintos, percebendo mudanças óbvias em sua saúde ou experimentando sintomas preocupantes a partir do quarto ou quinto estágio, quando os sintomas passam a ser moderados ou graves, como cansaço, fadiga, tontura, anemia, edema e falta de ar, que afetam a sua vida diária e quando, em sua maioria, são diagnosticados como portadores de DRC (WU et al., 2015).

Quando o paciente atinge esses estágios, a experiência de doença é de longa duração, de tratamentos ininterruptos, que levam a perspectivas negativas, principalmente devido à interpretação da doença incurável, aos sentimentos de incerteza sobre o futuro e às preocupações sobre a necessidade de depender da diálise pelo resto de sua vida, o que resulta em um processo de enfrentamento difícil, por isso, as pessoas com diagnóstico em estágios tardios enfrentando a probabilidade de tratamento imediato de diálise estão sob grande sofrimento psicológico (CHEN et al., 2005).

Em vistas disso, a descoberta da DRC pode ser para muitos traumática e devastadora, tanto para a pessoa doente, como para sua família, inicialmente levando a

dificuldade de entender e aceitar o diagnóstico, envolvendo sentimentos de vulnerabilidade e confusão, com grande impacto na vida diária, intensas modificações no estilo de vida, necessidade de adaptações alimentares, afetando os compromissos sociais e profissionais, verificando sentimentos de preocupação, desespero, medo e aproximação da morte (CAMPOS et al., 2015; TONG et al., 2009).

O estado de cronicidade que as pessoas com a DRC vivem, por meio do tratamento e afastamento laboral, pode acarretar a possibilidade de mudança de valores, crenças, hábitos e conhecimentos individuais e coletivos, propiciando uma cultura que relaciona o estar com a doença com o estar mais próximo da morte (CAMPOS et al., 2015). Em todas as fases da DRC o paciente enfrenta efeitos psicossociais persistentes a longo prazo, tendo sido demonstrado que o diagnóstico precoce e a intervenção por equipe multiprofissional podem não só mudar o curso de progressão da doença, como prepara-lo para enfrentar as condições que se apresentaram, contribuindo com a adesão ao tratamento e a melhor qualidade de vida (HARWOOD et al., 2005).

São necessárias estratégias para integrar os serviços de saúde, a fim de melhorar a satisfação do usuário (HARWOOD et al., 2005). As pessoas com DRC precisam de mais informações sobre o impacto potencial do tratamento, sobre o estilo de vida e sobre o impacto físico e familiar, para aumentar sua confiança na tomada de decisões em relação às opções de tratamento e além disso, em vez de se concentrar na obtenção de metas clínicas, é necessária maior atenção na prestação de informações adequadas, apoio psicossocial e apoio prático, responder às perspectivas, valores e necessidades dos usuários (TONG et al., 2009).

3.3.2 A Produção do cuidado em saúde

Cuidado é o modo de ser do humano, construído para tal, feito nem sempre de modo consciente, intencional ou planejado, mas que faz parte do indivíduo, de sua existência e resulta do autoconhecimento e de ações transformadoras (AYRES, 2004). O cuidado como pertencendo à essência da humanidade, permite a sobrevivência física e abarca aspectos psicológicos, como afetos e sentimentos de confiança, conforto e segurança (AYRES, 2004; GUTIERREZ; MINAYO, 2010)

O cuidado em saúde é um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um tratamento, atitude prática em diversas situações de ação terapêutica, de interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio do sofrimento ou o alcance de um bem-

estar, sempre mediada por saberes específicos voltados para essa finalidade (AYRES, 2004; AYRES, 2005).

Em saúde, o cuidado é muito usado para expressar projetos e modos de agir e interagir de forma humanizada, desse modo, as práticas em saúde devem ser operadas pelo cuidado, para que seja de forma mais humanizada. O encontro médico-usuário deve se valer de lançar mão de conhecimentos técnicos, mas de compreender o indivíduo como alguém que tem uma história para contar e se pode lançar mão de seus valores, culturas e experiências para melhorar a qualidade terapêutica (AYRES, 2004; ANÉAS; AYRES, 2011).

O cuidado carrega um valor ético e moral que resulta em escolhas de práticas de saúde de solicitude libertadora; um estar aberto ao outro numa disponibilidade de escutar e se deixar tocar, então, o cuidado em saúde possibilita acolhimento, vínculo e responsabilização de quem cuida e de quem é cuidado (AYRES, 2004, 2011).

Na gestão da saúde, o cuidado comporta três dimensões interdependentes: a dimensão profissional, a dimensão organizacional e a dimensão sistêmica, sendo que, a dimensão profissional comporta o encontro trabalhador-usuário, onde o sucesso da relação depende de como o profissional concebe o outro, que necessita dos seus cuidados (CECÍLIO, 2009). O encontro entre o profissional e o usuário está pautado na técnica e na ética, mas tem grande potencial, muitas possibilidades de criação e singularidade que pode ser entendido como um eixo para a ação gerencial (CECÍLIO, 2009).

A dimensão organizacional do cuidado institucionaliza as práticas de saúde dentro da organização dividindo as responsabilidades que demandam e a dimensão sistêmica do cuidado constitui os serviços de saúde, com seus diferentes papéis e as tecnologias incorporadas, as comunicações entre eles na promoção da integralidade da assistência (CECÍLIO, 2009).

O predomínio do modelo biomédico sobre o adoecer vem ocorrendo ao longo do tempo, de modo que a doença é o centro das atenções do cuidado e a clínica se preocupa em identificar e tratar o agente causal em detrimento aos aspectos de vida do indivíduo e sua repercussão direta e indireta no processo saúde doença (SAITO, 2014a). Entretanto, várias propostas apontam a necessidade de considerar o indivíduo em todos os seus aspectos, valorizando o seu protagonismo e o poder do controle social (SAITO, 2014a).

A Atenção Básica à Saúde é responsável pela gestão do cuidado à pessoa com DRC e a atenção dos estágios clínicos pré-dialíticos 1º ao 3º, conforme disposto nas diretrizes clínicas para o cuidado à pessoa com DRC, devendo coordenar e manter o vínculo e o cuidado das

peças com DRC, quando referenciados para outros pontos de atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS (BRASIL, 2014a, 2014b)

3.4 A função da Atenção Básica à Saúde no cuidado da Doença Renal Crônica

3.4.1 Estratégia Saúde da Família otimizando o manejo da Doença Renal Crônica

A função da Atenção Básica à Saúde nos cuidados para a DRC não se resume somente na identificação precoce da doença e manejo dos casos diagnosticados, mas vai além disso, de modo a tratar o usuário integralmente como um cliente do sistema de saúde, ao qual estão garantidos todos os atributos do SUS, em sua universalidade e integralidade, proporcionando acesso e acolhimento eficientes e duradouros, garantindo a resolução das necessidades de saúde dessa população ou os meios e caminhos para que sejam alcançados em outros níveis (BRASIL, 2014a).

A medicina da família constitui um campo ideal para a prevenção e diagnóstico precoce da maioria das doenças crônicas (ALLEN et al., 2011). A Estratégia Saúde da Família tem as características bem definidas para a otimização da prevenção da DRC, pela natureza múltipla dos fatores de risco que envolvem a doença, requerendo uma abordagem integral e multiprofissional, competências atribuíveis aos profissionais da Atenção Básica à Saúde (BASTOS; BASTOS, 2007; KIRSTAJN; BASTOS, 2007).

Pessoas portadoras de Diabetes Mellitus e de Hipertensão Arterial são inicialmente atendidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família, permitindo que a DRC seja precocemente reconhecida no manejo dessas patologias (BASTOS; BASTOS, 2007). A qualidade da assistência a esses usuários exige que se invista em uma política de formação e capacitação permanente desses profissionais (BASTOS; BASTOS, 2007; KIRSTAJN; BASTOS, 2007; MANCA et al., 2014).

A atenção à pessoa portadora de DRC é uma das áreas de competência do SUS. Essa atenção, coordenada pela Atenção Básica à Saúde, inclui ações de prevenção e tratamento dos fatores de risco, diagnóstico precoce da doença, acesso universal e gratuito às Terapias Renais Substitutivas (diálise e transplante), medicamentos, consultas médicas com outros profissionais da saúde; transporte; acesso a internação hospitalar quando o necessário; e equidade em lista de espera para transplante renal (BRASIL, 2014b).

Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial estão associadas à morbidade e à mortalidade e são responsáveis por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Portanto, estratégias de prevenção e controle dessas doenças, como acesso efetivo ao sistema de saúde, garantia de qualidade do tratamento, educação e adesão dos usuários, reduziriam a carga dessas doenças. A detecção precoce da Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial através de estratégias de rastreamento, também seria efetiva no controle de suas complicações, considerando que metade da totalidade dos acometidos pela doença desconhecem seu diagnóstico e dessa forma não recebem tratamento efetivo (TOSCANO, 2004).

A Atenção Básica à Saúde tem um papel fundamental na educação dos usuários, ao lado da identificação precoce e do manejo integrado da DRC, incentivando o autocuidado, enfatizando o estilo de vida e as prioridades terapêuticas em parceria com o usuário, levando em consideração todos os diagnósticos e comportamentos influentes, usando uma abordagem holística (BRADY; O'DONOGHUE, 2010). Deve-se fornecer as pessoas com DRC informações que atenuem preocupações, facilitem a compreensão, o autocuidado e permitam que o indivíduo ajuste e mantenha uma vida normal (ORMANDY, 2008).

O autocuidado é um termo comum na educação em saúde e é o nome atribuído a muitos programas de promoção da saúde e de educação de usuários, especialmente nos cuidados das doenças crônicas, que significa a capacidade do usuário de adotar e manter certos comportamentos que promovam a saúde (LORIG; HOLMAN, 2003). Define-se autocuidado apoiado a 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 (MENDES, 2011; SHIRAZIAN et al., 2016). No contexto das ações à atenção a DRC, a Atenção Básica à Saúde deve realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC (BRASIL2014a)

Para aplicação dessa estratégia, é importante: treinar os profissionais de saúde para que colaborem com os usuários no estabelecimento de metas para o autocuidado, já que implica mudança de prática; instrumentos de autocuidado baseados em evidências clínicas; utilizar estratégias grupais; procurar apoio por meio de ações educacionais, informações e meios físicos; e buscar recursos da comunidade para que as metas de autogerenciamento sejam obtidas (MENDES, 2011).

3.4.2 As políticas de atenção à Doença Renal Crônica

No contexto das políticas de saúde, o grupo das doenças crônicas e agravos não transmissíveis ocupa o primeiro lugar das causas definidas de morbidade e mortalidade no Brasil, representando alto custo econômico e social devido ao número de mortes prematuras e à incapacidade definitiva de pessoas em idade produtiva, o que levou o Ministério da Saúde, junto com estados e municípios, em parceria com as sociedades de classes definir e estabelecer ações e estratégias para melhorar a atenção aos portadores dessas doenças e os indicadores das doenças crônicas e agravos não transmissíveis (MALTA et al., 2006; MOURA et al., 2007).

No âmbito da DRC, a Portaria Ministerial nº 1168/GM de 15 de junho de 2004 instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, seguindo as diretrizes do SUS, orientando cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, provocando, dessa forma, uma importante mudança, a tentativa de inversão do modelo de atenção destacando a importância da Atenção Básica à Saúde. Porém, esse documento ainda estava fortemente baseado no modelo biomédico, focado apenas nas ações clínicas, voltadas especialmente para o controle da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus (BRASIL, 2004).

Como antecedente de programa de saúde voltado para a DRC, destacam-se as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) para a prevenção do Diabetes Mellitus e de suas complicações. Essas recomendações são parte do documento intitulado “Cadernos de Atenção Básica nº. 16”, no qual é possível observar que “a prevenção da Diabetes Mellitus e de suas complicações é uma prioridade da saúde pública”. Ainda nesse documento, a Atenção Básica à Saúde é destacada como capaz de poder efetuar os cuidados por meio da prevenção de fatores de risco e hábitos alimentares saudáveis, na identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para Diabetes Mellitus, intensificando o controle de pessoas já diagnosticadas com doença, visando prevenir complicações agudas e crônicas, contribuindo para o controle e diagnóstico precoce da DRC (BRASIL, 2006b).

Nesse mesmo período foi lançado o “Cadernos de Atenção Básica nº. 14”, para a Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica, abordando prevenção, detecção, controle e tratamento dessas doenças, entre as quais destaca-se as DRC, sendo parte da Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, seus fatores de risco e suas complicações e dirigido aos profissionais da rede pública do SUS, visando reduzir o impacto destes agravos na população brasileira (BRASIL, 2006a).

A Nefropatia Diabética é uma complicação comum e devastadora em pessoas com Diabetes Mellitus, por isso, parte expressiva do acompanhamento deve ser dedicada à prevenção, identificação e manejo destas complicações, requerendo uma equipe de Atenção Básica à Saúde treinada com tarefas específicas, incluindo a coordenação do plano terapêutico e da referência e contrarreferência, dentro do sistema de saúde (BRASIL, 2006a, 2006b).

Nesta linha de trabalho, o destaque mais recente para as doenças crônicas foi a Portaria nº 252/2013 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a), que instituiu uma rede para atender de forma integral os usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, de forma humanizada, definindo que a Atenção Básica à Saúde deveria ser a coordenadora, controlando a comunicação da rede, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado.

Recentemente, o Ministério da Saúde criou a Portaria nº 389/2014 que definiu de forma ampliada critérios para a organização da Linha de Cuidado da pessoa com DRC, composta por um conjunto de estabelecimentos e serviços de saúde de um determinado território, contemplando os três níveis e sob coordenação da Atenção Básica, integrada a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, focando a promoção, o cuidado compartilhado e a manutenção do vínculo com os pacientes que se encontram em outros níveis de atenção. O documento reiterou a portaria nº 252 GM/MS de 19 de fevereiro de 2014 (BRASIL, 2013a), quanto à condição crônica da enfermidade e a atenção prestada aos pacientes (BRASIL, 2014a). Pretende-se com essa Linha de cuidados identificar precocemente as pessoas com a doença e encaminhar para outros níveis de atenção com suporte especializado, sem perder o vínculo com esse usuário (BRASIL, 1014a).

Entretanto, alguns estudos destacam que o atendimento integral a pessoa com DRC parece não ter sido completamente incorporado pelos profissionais da Atenção Básica à Saúde, que demonstraram conhecimento restrito e fragmentado, condutas não uniformizadas e tardias das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, sem reconhecer sua importância, priorizando os níveis de média e alta complexidade para o manejo dos casos (FRANÇA et al., 2010; PENA et al., 2012; SILVA et al., 2012; TRAVAGIM et al., 2010). Por isso, é preciso que a Atenção Básica à Saúde seja fortalecida, para que os profissionais de saúde possam coordenar as ações de cuidado e o manejo da DRC (HOEPFNER e FRANCO, 2010;; TRAVAGIM e KUSUMOTA, 2009).

3.5 Atenção Básica à Saúde para o portador de Doença Renal Crônica: O estado da arte da produção científica brasileira

A produção científica brasileira sobre DRC e Atenção Básica à Saúde, ainda é recente e escassa. Para o conhecimento dessa literatura, foi feito um levantamento da produção científica brasileira, nas bases de dados de busca Lilacs/Bireme, Medline/Pubmed, google acadêmico, utilizando-se os termos: doença renal crônica, atenção básica/atenção primária, chronic disease kidney/chronic renal failure, primary care, que constassem em títulos, resumos e descritores, tendo sido relacionados 12 estudos que trataram da questão. Entre esses estudos, três eram dissertações de mestrado e os demais, artigos publicados em revistas científicas. Destes, quatro foram com usuários, 3 com profissionais da Atenção Básica à Saúde e um artigo cujo os pesquisadores entrevistaram profissionais, e analisaram prontuários.

Na maioria dos artigos relacionados, a identificação da atenção prestada pela Atenção Básica à Saúde e sua avaliação não fez parte dos objetivos dos estudos identificados, como o artigo de Batista et al. (2005), que não foi realizado em serviços de Atenção Básica à Saúde, mas em ambulatório de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, avaliando se os cuidados primários ofertados por equipe médica multidisciplinar, incluindo clinico geral, seguiam as recomendações de diagnóstico precoce da DRC, tendo observado que muitos usuários não estavam recebendo os cuidados recomendados, destacando a necessidade de melhorias imediatas na qualidade do tratamento ofertado. Trata-se de um artigo de mais de uma década que já enfatizava a necessidade de diagnosticar precocemente a DRC.

A proposta de Bastos e Bastos (2007), embora não seja um artigo original, foi a primeira revisão brasileira publicada que tratou da atenção a DRC pela Atenção Básica à Saúde e destacou o importante papel da Estratégia Saúde da Família para otimizar os cuidados a esses usuários, enfatizando a atenção compartilhada entre os profissionais da Atenção Básica à Saúde e os especialistas da atenção secundária, objetivando proporcionar cuidados de saúde adequados e integrais.

O estudo de França et al. (2010), avaliou a TFG e fatores associados ao desenvolvimento de DRC em hipertensos, com ou sem Diabetes Mellitus, em tratamento na Atenção Básica à Saúde, identificando elevadas taxas e a necessidade de sistematizar a verificação desse parâmetro para controlar a progressão da doença. Este estudo, embora já faça parte das ações da Atenção Básica à Saúde, também não foi desenvolvido para a atenção prestada ao usuário com DRC.

Os estudos mais recentes têm enfatizado a atenção prestada aos usuários, como o desenvolvido por Travagim et al. (2010), que objetivaram descrever a atuação dos enfermeiros da Atenção Básica à Saúde, na prevenção e na progressão da DRC, em diabéticos e hipertensos, desenvolvendo uma pesquisa qualitativa para identificar as ações de profissionais de saúde da UBS e observando que esses enfermeiros realizavam o rastreamento da população de risco para Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, contudo não conseguiam dar seguimento integral as recomendações do Ministério da Saúde.

Destaca-se que esse estudo de Travagim et al. (2010), foi o único artigo com a abordagem qualitativa relacionado na busca dos bancos de dados. Segundo Tong, Winkelmayr e Craig (2014), a utilização da pesquisa qualitativa é muito importante porque possibilita o acesso a informações aprofundadas sobre as prioridades, os valores e as crenças dos usuários e destacam que a sua utilização no contexto da DRC ainda é escassa, mas outras áreas, como cuidados paliativos, oncologia, Atenção Básica e Saúde Mental, já a utilizam comumente. Esses autores acham que os pesquisadores da área de nefrologia devem ser mais incentivados para a pesquisa qualitativa e de como os achados podem contribuir para melhorar a qualidade e os resultados da assistência no contexto da nefrologia.

Os estudos de Pena et al. (2012) avaliaram a conduta dos profissionais da Atenção Básica no encaminhamento do usuário com DRC para o nível secundário e perceberam que estas não seguem um padrão na rotina de referência ao nefrologista, reconhecendo uma lacuna entre os níveis de atenção e recomendando a inclusão no processo de trabalho do Apoio Matricial como proposta viável para a articulação das ações entre os níveis da atenção no cuidado do DRC ou seus fatores de risco. Por conseguinte, Peixoto et al. (2013), realizaram pesquisa com usuários de hemodiálise, a fim de analisar os fatores associados ao início do tratamento, identificando que aqueles que foram acompanhados na Atenção Básica à Saúde tiveram maior chance de ter o início do tratamento planejado.

Melo et al. (2016) investigaram as ações de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na detecção da DRC em hipertensos e concluíram que embora os profissionais tivessem conhecimento da associação entre Hipertensão Arterial e DRC, não determinavam, em sua maioria, a TFG, e estes, em geral, apresentaram maior dificuldade em referenciar o usuário ao especialista.

O artigo de Pereira et al. (2016) descreveu a alta prevalência de pessoas com DRC nos estágios iniciais da doença e os fatores associados, entre adultos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família, e recomendaram a triagem e monitoramento para DRC nos usuários atendidos nessa Estratégia de Saúde da Família.

A pesquisa mais recentemente encontrada foi desenvolvida por Paula et al. (2016), que avaliou a estrutura, o processo de trabalho e resultado do programa de atenção a DRC, identificando que os usuários acompanhados nas unidades mais capacitadas quanto a estrutura e processos de trabalho voltado para o atendimento da pessoa com DRC, tiveram melhores resultados clínicos. Nota-se que esta pesquisa se propôs a avaliar a atenção prestada pela Atenção Básica à Saúde as pessoas com DRC (PAULA et al., 2016).

3.6 Itinerário Terapêutico e Trajetória Assistencial como ferramentas de avaliação do cuidado na Atenção Básica à Saúde para à Doença Renal Crônica

O itinerário terapêutico é originado da sociologia e da antropologia, e consiste de uma ferramenta que proporciona uma investigação das escolhas vivenciadas pelos sujeitos no tocante ao seu processo terapêutico e à multiplicidade de caminhos presentes nesse processo (ALVES; SOUZA, 1999). Não deve ser compreendido como a disponibilidade de serviços e/ou ofertas de procedimentos de saúde nas redes de saúde (ALVES; SOUZA, 1999; ARAUJO et al., 2014; MÂNGIA; MURAMOTO, 2008).

Estudos com itinerário terapêutico tem como objetivo interpretar os processos pelos quais indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem ou não a determinados tratamentos, estando relacionado a experiência vivida. A experiência de cada sujeito é permanentemente definida e modificada pelo agir cotidiano e pela busca de soluções práticas para os processos de adoecimento (ALVES; SOUZA, 1999). A compreensão sobre como as pessoas e os grupos sociais realizam escolhas e aderem ou não aos tratamentos, ou seja, como constroem seus itinerários terapêuticos, é fundamental para orientar as novas práticas em saúde (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008).

Os processos de escolha, avaliação e aderência as formas de tratamento são complexas e difíceis de serem apreendidos se não for levado em conta o contexto econômico, social e cultural dentro do qual a pessoa está inserida, sobretudo frente à diversidade de possibilidades disponíveis, ou não em termos de cuidados em saúde, sendo necessário também considerar os indivíduos como atores sociais, definidos ao mesmo tempo por esse espaço social no qual se inserem e pela consciência de agir sobre esse espaço (GERHARDT, 2006).

Os itinerários terapêuticos escolhidos pelas pessoas não necessariamente coincidem com os esquemas e fluxos predeterminado por gestores e profissionais de saúde e sofrem influências de diversos fatores e contextos. Entretanto, a observação dos itinerários terapêuticos ajuda a organizar os serviços de saúde e a gestão na construção de práticas assistenciais

compreensivas e contextualmente integradas, constituindo uma importante ferramenta para a qualificação da assistência (CABRAL et al., 2011).

A construção do itinerário terapêutico privilegia a experiência do adoecimento e a busca de cuidado na perspectiva do usuário e familiares e dos modos como os serviços de saúde podem responder de maneira mais ou menos resolutiva, e não se trata apenas de buscar assistência nas linhas de cuidado, mas em toda rede de apoio social que podem incluir a rede de serviços de saúde (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

O uso do itinerário terapêutico tem grande potencial e possibilidades como tecnologia avaliativa em saúde, porque apreende os percursos empreendidos e as produções de sentidos na busca por cuidado de saúde, de uma experiência de adoecer e buscar cuidado, implicada pela forma como os serviços de saúde se organizam e produzem efeitos na vida das pessoas que procuram, respondendo ou não aos princípios da integralidade e resolutividade da atenção (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Trajatória Assistencial ou “itinerário médico” correspondem à sequência de recursos de cuidados com a saúde dentro da rede de serviços de saúde disponíveis, desde o aparecimento de um problema ou doença até sua cura, estabilização ou morte. Consiste nos momentos das escolhas dos usuários no percurso de busca por cuidados nos serviços de saúde, como parte inerente ao itinerário terapêutico (GERHARDT et al., 2008; PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2008).

Descrever o itinerário terapêutico de portadores de DRC pode permitir compreender comportamentos relacionados ao processo saúde/doença/cuidado, possibilitando aprimorar serviços, qualificar assistência que permitam resultados terapêuticos mais efetivos (ARAÚJO et al., 2014). Em itinerários terapêuticos de portadores de DRC, Tochi et al. (2014), observaram que grande parte das pessoas procuram atendimento com sintomas graves da doença, iniciando hemodiálise em serviços hospitalares, inclusive para uma pequena parcela que fazia acompanhamento de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial em Unidade Básica de Saúde (UBS).

Araújo et al. (2014) observou que o itinerário terapêutico de pessoas com DRC foi marcado pela descoberta da doença renal na maioria das vezes tardiamente, busca pela assistência à saúde e tratamento dialítico. Os indivíduos assumiram diferentes caminhos durante a trajetória da doença, influenciados e determinados pelo seu contexto social e história de vida. A maioria das vezes não tiveram acompanhamento na atenção básica, ou não foi resolutivo e o encaminhamento para o nefrologista ocorreu tardiamente, com o início do tratamento dialítico.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando como tipo de estudo a avaliação em saúde. Suas características são coerentes com o objetivo geral deste estudo que considera as vivências, percepções e opiniões de atores envolvidos nas práticas em saúde na avaliação de programas e serviços de atenção a saúde de portadores de DRC na Atenção Básica à Saúde.

A pesquisa qualitativa estuda a história, relações, representações, crenças, percepções e opiniões, que são resultados das interpretações que os seres humanos fazem sobre como vivem, sentem, pensam e constroem seus artefatos e a si mesmo, buscando-se compreender em profundidade esses valores. (MINAYO, 2013).

Segundo Minayo (2013, p. 57), *“o método qualitativo, embora possa ser utilizado para estudo de aglomerados, conforma-se melhor em investigar grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores”*. Essa abordagem se aprofunda nos significados, de nível ainda pouco visível, que precisam ser expostos e interpretados pelos próprios pesquisadores (MINAYO, 2013).

Para Bosi e Uchimura (2007, p. 151), a *“avaliação qualitativa corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas, voltada para a produção subjetiva que permeia as práticas de saúde inscritas nos programas e serviços”*.

Para isto, a proposta do estudo é a utilização da avaliação por triangulação de dados, que permite a observação e análise da dinâmica pelos diferentes atores sociais envolvidos no processo. Triangulação em avaliação significa a combinação de múltiplos pontos de vista e a visão de vários informantes. Na abordagem de programas sociais, a avaliação por triangulação expressa a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto (MINAYO, 2013).

As práticas de avaliação em saúde por uma abordagem qualitativa, incorporam a necessidade de relevar os olhares múltiplos sobre o cuidado e nesse contexto, é importante compreender como o usuário avalia a atenção prestada aos seus problemas de saúde, de forma que este participe das decisões sobre as ações ofertadas. A Trajetória Assistencial, que consiste

nas escolhas e decisões do usuário no percurso de busca por cuidados nos serviços de saúde, será a dimensão de análise nesta pesquisa (PINHEIRO & SILVA JÚNIOR, 2008; 2011).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em Belém, capital do Estado do Pará, no período de janeiro e agosto de 2016, nos domicílios de pessoas portadoras de DRC, que residiam em Belém – PA, que iniciaram hemodiálise no ano de 2015, nas clínicas de hemodiálise onde realizavam o procedimento e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da área adscrita.

A cidade de Belém é a capital do Pará, localizada na região norte do Estado, ocupando uma área territorial de 1.059,458 Km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014), está contemplada com oito distritos sanitários (ANEXO C):

- Distrito Administrativo de Mosqueiro (DAMOS)
- Distrito Administrativo Sacramenta (DASAC)
- Distrito Administrativo Benguí (DABEN)
- Distrito Administrativo Guamá (DAGUA)
- Distrito Administrativo Entroncamento (DAENT)
- Distritos Administrativos Icoaraci (DAICO)
- Distritos Administrativos Outeiro (DAOUT), que correspondem as ilhas e populações ribeirinhas de Belém.

O município possuía 76 UBS, sendo 51 com Estratégias Saúde da Família (ESF), chamadas pela população de “família saudável”, distribuídas nos diversos distritos. Em 2015 existiam 89 equipes de Estratégia de Saúde da Família (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM, 2015). Nesse mesmo ano, o número de pessoas diabéticas cadastradas era de 4.596, de hipertensas 11.278 e a cobertura da ESF nesse ano foi de 44,05% (BRASIL, 2017). Identificou-se oito UBS, que compuseram os locais de estudo, por terem responsabilidade territorial em áreas adscritas aos domicílios dos usuários incluídos na pesquisa, sendo que destas, apenas duas eram UBS de modelos tradicionais (sem ESF), localizadas em quatro distritos, a saber: DASAC, DABEN, DAGUA e DAICO.

Os estabelecimentos de atenção especializada ambulatorial, classicamente atenção secundária, são de administração estadual, atendendo demanda referenciada das UBS para a especialidade de nefrologia. Entre as três unidades especializadas/ambulatório especializados em nefrologia, existentes em Belém, duas eram em hospitais públicos e uma em unidade pública

especializada, com um total de doze nefrologistas para atender toda demanda referenciada (BRASIL, 2017).

As unidades de hemodiálise serviram de suporte para alguns encontros entre pesquisador e usuários ou familiares. Em Belém, concentravam-se nove unidades de hemodiálise, das quais seis atendiam usuários do SUS. Destes, dois funcionavam em hospitais públicos com atendimento exclusivo ao SUS, um em hospital filantrópico e três unidades satélites (só realizam diálise e são exclusivamente ambulatoriais) de natureza privada. Estas últimas três unidades foram identificadas na pesquisa, onde os usuários que participaram do estudo realizavam seus tratamentos.

Belém concentrava 33% do atendimento em hemodiálise no Estado do Pará (BRASIL, 2015a; 2015b). Pela Programação Pactuada e Programada (PPI), as unidades de hemodiálise localizadas em Belém, também atendem os usuários procedentes do interior do estado, em municípios onde esse procedimento não é ofertado, devido impossibilidades estruturais e de recursos humanos. A PPI é um processo instituído no âmbito do SUS onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso universal da população aos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006c).

Os usuários que realizavam hemodiálise em Belém eram encaminhados através do Centro de Regulação em Saúde do Município, sejam procedentes da própria cidade, sejam procedentes do interior do estado. Este centro é responsável pelo controle das vagas disponíveis. Dos 144 municípios do Estado do Pará, além de Belém, outras sete cidades disponibilizavam esse procedimento (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

A Atenção Básica à Saúde deveria fazer a comunicação entre os três níveis de atenção a saúde, entretanto, o setor que coordena e que é responsável pela comunicação entre os pontos da rede é a central de regulação, que está sob a coordenação da auditoria em saúde. Esta controla as vagas de consultas especializadas e de hemodiálise.

4.3 Participantes da pesquisa

Esta pesquisa teve como participantes da investigação diferentes atores sociais que vivenciam o processo de trabalho da atenção às pessoas portadoras de DRC na Atenção Básica à Saúde: usuários, familiares e profissionais.

O ponto de partida para identificação da população do estudo foi a Associação dos

Renais Crônicos e Transplantados do Pará (ARCTPA), que possui todos os cadastros dos usuários que realizam hemodiálise no Estado, segundo a cidade e unidade de hemodiálise, sendo possível recrutar todos os usuários que poderiam participar da pesquisa. A ARCTPA é uma instituição sem fins lucrativos, voltada para atender aos interesses em defesa dos direitos das pessoas com DRC e transplantadas, para uma melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS e privados, na perspectiva de uma melhor qualidade de vida e da inclusão social. A partir da identificação dos usuários, através da ARCTPA, pode-se relacionar as UBS que poderiam compor outro local de estudo, para o encontro dos profissionais participantes da pesquisa.

Os critérios de inclusão de cada grupo de participantes são descritos a seguir:

- Os usuários incluídos no estudo foram todos os portadores de DRC, que iniciaram hemodiálise em Belém, no ano de 2015, residentes na capital, maiores de 19 anos, que tinham como causa da doença renal Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial e que dependiam exclusivamente do SUS para atendimento médico desde o início desta doença.
 - ✓ Foram escolhidos como critérios Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial por serem as principais causas de DRC, encontradas na maioria dos pacientes em hemodiálise, mas que podem ser potencialmente controladas e passíveis de prevenção com ações desenvolvidas na Atenção Básica à Saúde. Neste grupo de doenças crônicas, a DRC pode ser reconhecida precocemente (COUSER et al., 2011; ROMÃO JÚNIOR, 2004).
 - ✓ A hemodiálise para pessoas portadoras de DRC está indicada nos estágios 4º e 5º da doença, consideradas com DRC severa, quando os rins não conseguem mais manter as funções orgânicas e dependem de terapia renal substitutiva (KIDNEY DISEASE IMPROVING GLOBAL OUTCOMES CKD WORK GROUP, 2013). A abordagem nesses estágios permite entender melhor como foram conduzidos desde a Atenção Básica à Saúde, quanto as ações de prevenção, diagnóstico e encaminhamento precoces da doença, inclusive, sendo possível compreender as suas Trajetórias

Assistenciais desde a experiência da doença à instituição do tratamento.

- ✓ Foi escolhido o ano de 2015 como início do tratamento dialítico, por permitir captar a percepção das pessoas entrevistadas para memórias mais recentes.
- ✓ Foram critérios de não inclusão pacientes internados, que tinham comprometimento cognitivo grave ou estivessem com dificuldade de comunicação, identificados no primeiro contato.
- ✓

Para cada usuário incluído, foi solicitada a indicação de um familiar, para participar da pesquisa:

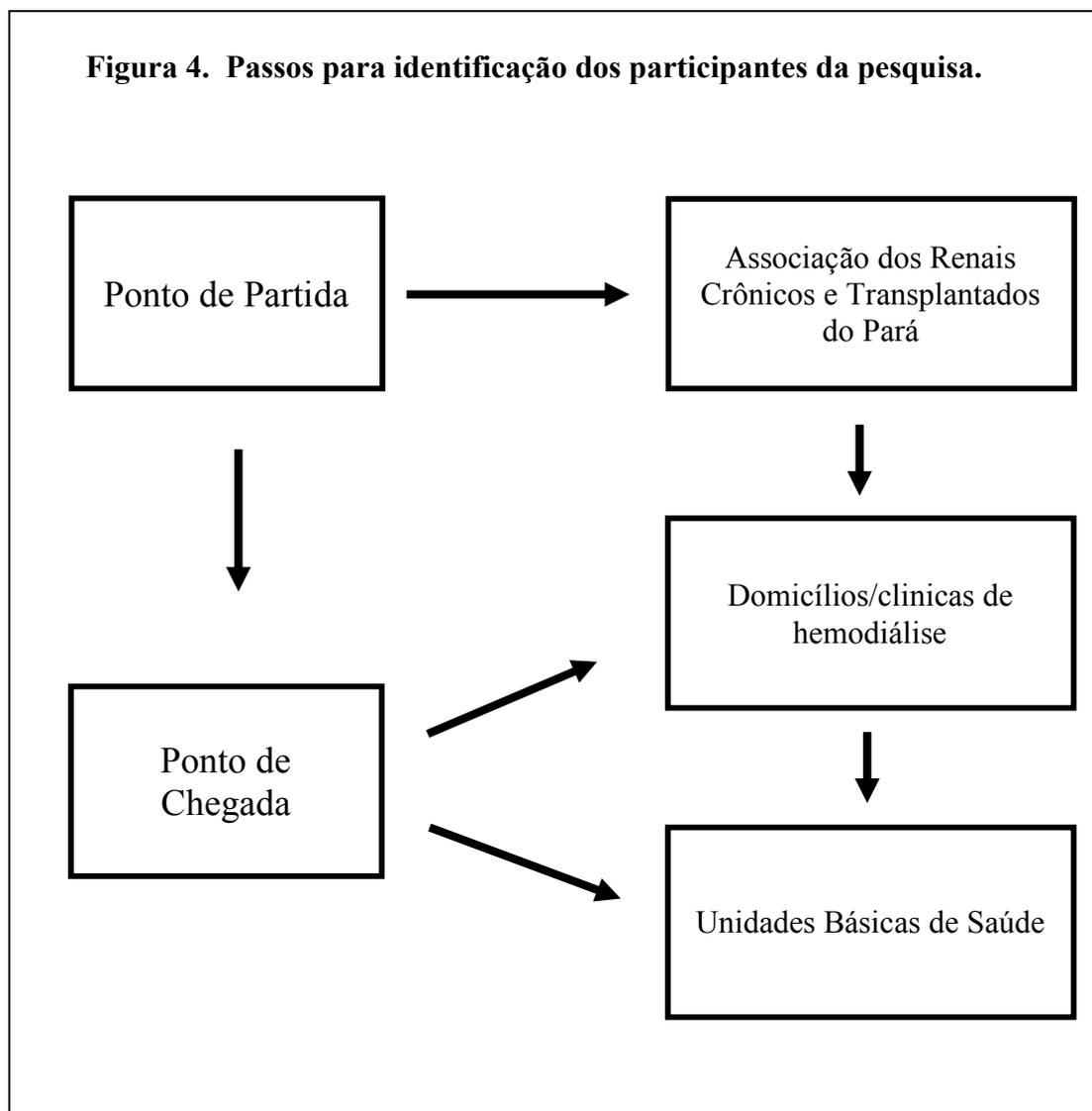
- Foi incluído um familiar, acima de 19 anos, indicado pelo usuário.

Quanto aos profissionais de saúde houve autorização prévia à Secretaria Municipal de Saúde de Belém-PA e solicitação à Direção das UBS que indicasse um médico e um enfermeiro:

- Os profissionais de saúde incluídos foram médicos e enfermeiros, da Atenção Básica à Saúde, selecionados nas áreas de abrangência das UBS do domicílio de cada usuário. Foram incluídos um médico e um enfermeiro para cada área adscrita identificada, considerando a existência de mais de um usuário em algumas áreas.

Do universo de 13 usuários elegíveis, um não aceitou, e um não se sentiu confortável no momento da entrevista, entretanto, o familiar desse se dispôs a participar e, considerando a riqueza de suas informações, este familiar foi incluído no estudo. Apenas um usuário não indicou um familiar para ser entrevistado.

Das oito UBS identificadas, foram eleitos oito médicos e oito enfermeiros. Entretanto, em uma das UBS nenhum médico se dispôs a participar da pesquisa. Esses passos para a identificação e convites aos entrevistados são descritos na figura 4.



4.4 Técnica e instrumentos

A técnica de coleta de dados foi entrevista do tipo semiestruturada, gravada e posteriormente transcrita, realizadas separadamente com o usuário e o familiar e posteriormente com os profissionais, individualmente.

A entrevista na pesquisa qualitativa é uma técnica que fornecer dados para a compreensão das relações entre os atores sociais e a sua situação vivenciada, estabelecendo que existem perspectivas e outros pontos de vista sobre fatos além daqueles do entrevistador, o que permite compreender detalhadamente o comportamento das pessoas em contextos sociais

específicos, podendo fornecer contribuição detalhada desse ambiente (GASKELL, 2015).

A entrevista semiestruturada é uma entrevista em profundidade, aqui aplicada a um respondente por vez, embora também possa ser utilizada para grupos, e que se compõe de perguntas elaboradas e direcionadas para o tema proposto sem respostas pré-determinadas (CRUZ NETO, 2013).

Utilizou-se dois instrumentos para cada grupo de participantes, validados em oficinas realizadas com o grupo de pesquisa. Estes instrumentos foram: um questionário estruturado, ou seja, com questões fortemente delimitadas, para caracterização socioeconômica dos sujeitos; e um roteiro de entrevista semiestruturada (APENDICE A, B, C).

Os questionários da entrevista estruturada, para os diferentes grupos de entrevistados, foram compostos das seguintes questões:

- Para usuários – sexo, idade, escolaridade, profissão, situação conjugal, renda familiar, fonte de renda, condições de moradia (própria ou não) e religião; UBS na área adscrita ao domicílio, se era atendido pela ESF (“família saudável”), condições de início da hemodiálise (local, caráter clínico – urgência ou não)
- Para familiares – grau de parentesco com o usuário, sexo, idade, escolaridade, profissão, situação conjugal e religião;
- Para os profissionais de saúde (médicos e enfermeiras) – profissão, sexo, idade, tempo de formação profissional, especialização e tempo de trabalho na Atenção Básica à Saúde.

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada para cada grupo de participante, com as seguintes questões:

- Para o usuário:
 - 1) Fale-me sobre a sua doença, desde o início até quando você iniciou hemodiálise.
 - 2) Conte-me sobre o atendimento de saúde que você recebeu no período de doença.
 - 3) Fale-me sobre como que a unidade de saúde e a Estratégia Saúde da Família acompanha/acompanhou o seu problema de saúde e lhe atendeu e se ainda acompanha.
 - 4) Fale-me sobre o caminho que você percorreu no SUS até chegar ao tratamento de hemodiálise

- 5) Você quer falar sobre alguma coisa que não tenha sido abordada
- Para o familiar:
 - 1) Conte-me sobre a doença do usuário até quando iniciou hemodiálise.
 - 2) Fale-me do atendimento do SUS (perguntar sobre saúde da família e unidade de saúde)
 - 3) Você quer falar sobre alguma coisa que não tenha sido abordada?
 - Para o profissional de saúde:
 - 1) Como você percebe o papel da Atenção Básica à Saúde no acompanhamento dos usuários com DRC; como é feito o atendimento para DRC na Atenção Básica?
 - 2) Você tem pacientes renais crônicos na área de abrangência? Como é feito o acompanhamento deles?
 - 3) Você recebeu alguma capacitação para atendimento da DRC na Atenção Básica? Fale sobre isso.
 - 4) Você utiliza algum protocolo para DRC na Atenção Básica? Fale-me qual (is).
 - 5) Você quer falar sobre alguma coisa que não tenha sido abordada?

Um diário de campo foi usado para anotações de impressões pessoais do pesquisador sobre conversas, comportamentos e manifestações dos informantes, que, posteriormente, pudessem contribuir para análise dos dados. Neste instrumento foram anotados os passos da pesquisa, desde sua idealização, os caminhos percorridos para os contatos e autorizações dos diversos setores envolvidos, as conversas com os diversos atores envolvidos no processo. Posteriormente foram anotadas as impressões do entrevistador, durante o processo da entrevista. Para a realização da entrevista semiestruturada foi utilizado um gravador, sendo previamente solicitado autorização dos entrevistados, que foram informados e garantido o sigilo das respostas.

4.5 Trabalho de campo

A entrada em campo iniciou com a visita a ARCTPA. O pesquisador fez a apresentação da pesquisa e da aprovação para sua realização, com menção do interesse e importância do estudo, solicitando a relação dos usuários que iniciaram hemodiálise em 2015. A instituição apresentou a lista de todos os usuários que iniciaram o tratamento em 2015, que

totalizaram 34 pessoas. Destas, 24 eram atendidas pelo SUS, entre os quais 14 tinham procedência de Belém (Figura 5).

Durante a identificação, obteve-se informações de endereço residencial, telefone e unidade de hemodiálise onde os usuários realizavam tratamento, que posteriormente foram utilizados para o contato com os mesmos. No primeiro encontro com esses usuários, o pesquisador fez as apresentações e explicações do interesse e motivos da pesquisa, convidando-os para participar da mesma e solicitado que fosse indicado um familiar para ser entrevistado. Após a indicação, os familiares também foram contatados e convidados a participar a pesquisa. Após aceitação oficial foram assinados os respectivos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas dos usuários e familiares foram agendadas conforme local, data e hora escolhida pelo entrevistado, de acordo com sua comodidade, podendo ser na sua residência, unidade de hemodiálise ou outro local por estes indicados. No início do encontro, o entrevistado respondeu ao questionário estruturado e posteriormente foram feitas as perguntas do roteiro semiestruturado.

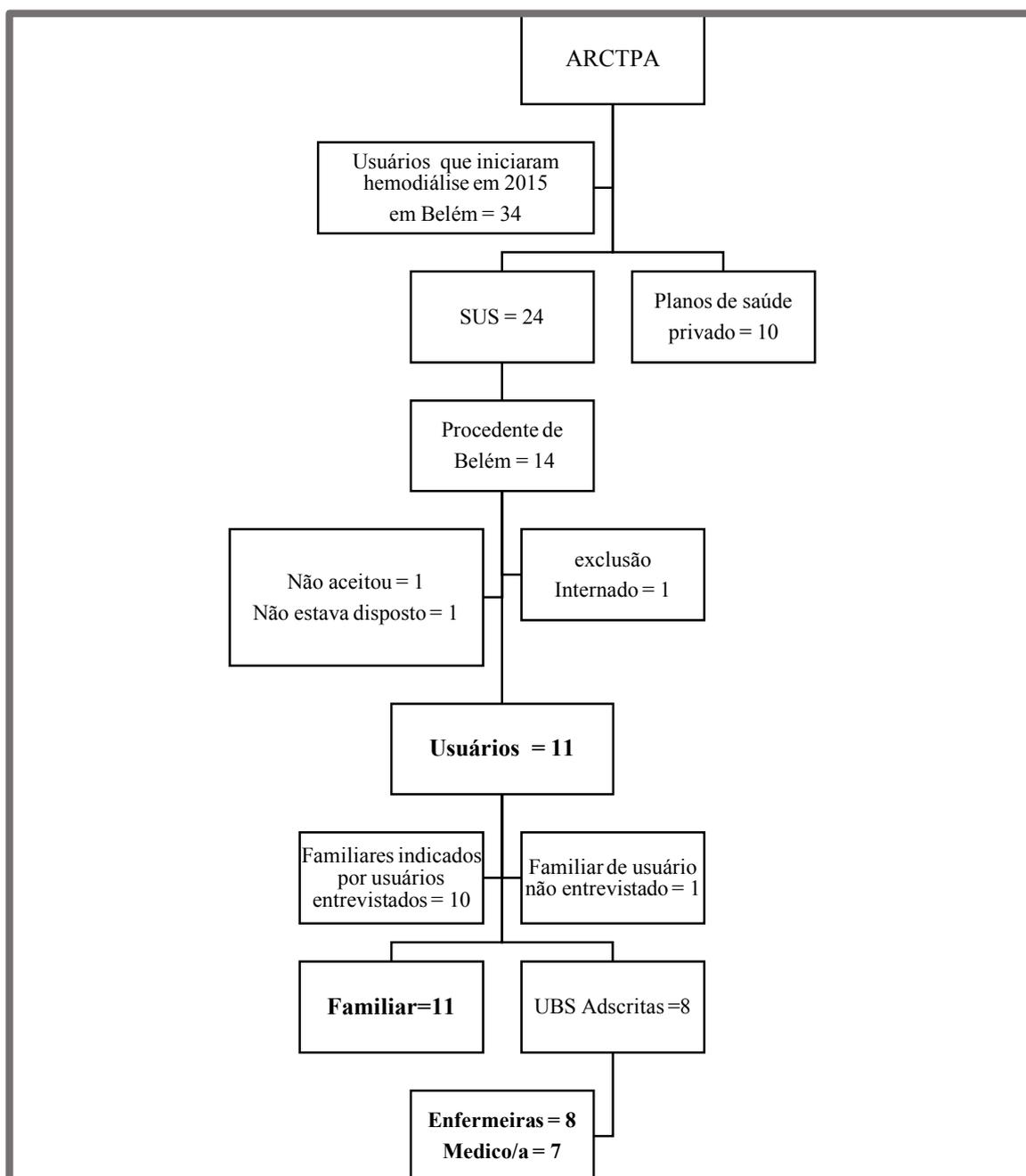
Quanto aos profissionais de saúde, o trabalho de campo iniciou com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Belém para realização da pesquisa na Atenção Básica à Saúde. Após a identificação dos usuários aptos para participarem da pesquisa, depois de contatados e com as entrevistas devidamente autorizadas, identificou-se a UBS adscrita a sua área de abrangência, segundo os distritos sanitários correspondentes (ANEXO C). Observou-se que os domicílios dos usuários com DRC estavam concentrados em quatro dos oito distritos sanitários (DASAC, DABEN, DAGUA e DAICO).

Após a identificação das oito UBS que compuseram os locais de estudo, foi realizada uma visita a essas unidades, fazendo-se contato inicial com a direção do serviço, exposição do interesse da pesquisa e licença para sua realização. A direção de cada unidade indicou os profissionais de saúde que poderiam participar da pesquisa. Estes foram contatados e convidados a participar do estudo. O agendamento das entrevistas ocorreu segundo a melhor comodidade do entrevistado. As entrevistas dos profissionais foram realizadas nas próprias unidades de saúde.

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador, com uso de gravador, sendo solicitada autorização prévia para seu uso e garantido o sigilo das respostas. Após cada encontro, o pesquisador fez suas anotações em um diário de campo, com as impressões pessoais sobre encontros, conversas, comportamentos e manifestações dos informantes.

À medida que as entrevistas eram gravadas, fez-se as suas transcrições na integralidade dos dados, constituindo uma das fases da entrevista. Esse procedimento consiste em transpor as informações orais para informações escritas (GASKELL, 2015). As entrevistas totalizaram 10 horas e 54 minutos de gravações e 234 páginas de transcrições.

Figura 5. Recrutamento dos participantes da pesquisa



4.6 Análise de dados

Após transcrição dos dados da entrevista, o material foi analisado pela técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Temática. O processo consiste de uma leitura repetida do texto e imersão dos dados para ter uma visão do conjunto que permita a elaboração dos códigos, temas centrais e posteriormente das categorias (MINAYO, 2013).

A Análise de Conteúdo é uma técnica de tratamento de dados, que parte de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, que ultrapassa os significados manifestos. A modalidade Temática utiliza unidades do texto que são agrupados segundo temas representados por uma palavra ou frase, que darão origem aos núcleos de sentido, que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência significa alguma coisa para o objeto analítico visado (MINAYO, 2013).

Toda análise foi realizada pelo grupo de pesquisa da linha de pesquisa qualitativa do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC); grupo este composto pela autora, pela orientadora e pesquisadora responsável, por discentes da pós-graduação em Saúde Coletiva orientados pela pesquisadora responsável, por discentes da graduação da Universidade Federal do Maranhão do programa de iniciação científica envolvidos na linha de pesquisa, sob a coordenação da orientadora e pesquisadora responsável.

Para a Análise de Conteúdo, na modalidade Temática, utilizou-se a proposta de Bardin (2011) que consiste em três momentos: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Esses passos tiveram como princípios a exaustividade, exclusividade, representatividade e homogeneidade. Essa análise foi realizada como segue:

1) Pré-análise: que consistiu na organização e sistematização das ideias iniciais contidas nos dados obtidos, visando à preparação do plano de análise. Segundo Bardin (2011), esse momento é considerado um período de intuições no qual ocorre a formulação das hipóteses, dos objetivos e indicadores para fundamentar a interpretação final. Nesta fase as entrevistas foram separadas em grupos de usuários, familiares e profissionais de saúde; foi realizada a leitura flutuante pelo grupo de pesquisa, sendo então definidas as unidades de análises.

2) A exploração do material consistiu na construção das categorias e sua codificação. Para Bardin (2011), a codificação *“corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, que por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou de sua expressão”*.

3) No tratamento dos resultados foi realizada uma descrição sistemática e objetiva, a inferência dos achados e a interpretação dos resultados. A inferência contribuiu para identificar os núcleos de sentidos. A inferência é a conclusão da análise de conteúdo, que permite que os conteúdos recolhidos se constituam em análises reflexivas, em observações individuais e gerais das entrevistas (BARDIN, 2011).

Os dados obtidos com o questionário estruturado para cada grupo de entrevistados, usuários, familiar e profissionais de saúde, foram trabalhados no programa Microsoft Office 365 Home Premium Excel.

Para preservar o anonimato dos participantes, optou-se por identificar os entrevistados com letras e número sequencial da entrevista: Para os usuários U1, U2, ...U11; familiares F1, F2, ...F11, Médicos M1, M2, M3..., M7 e as enfermeira com E1, E2, ...E8.

4.7 Considerações éticas

Este estudo obedeceu às normas da resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará/Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CAAE: 45856515.7.0000.5174) sob o parecer Nº 1.111.474, em 12/06/2015. A pesquisa foi autorizada pelos participantes, por assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), APÊNDICE D.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo 1

**TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE PESSOAS COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA: DESAFIOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Submetido à Revista Ciências & Saúde Coletiva

Qualis = B1

TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: DESAFIOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Care trajectory of people with chronic kidney disease: challenges for basic health care

RESUMO

Pessoas com Doença Renal Crônica enfrentam dificuldades de atendimento na Atenção Básica à Saúde. Esta pesquisa avaliou as Trajetórias Assistenciais de portadores de Doença Renal Crônica, buscando identificar as funções exercidas pela Atenção Básica à Saúde. Pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas, gravadas, com pessoas portadoras de Doença Renal Crônica, maiores de 19 anos, com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial, usuários do SUS, residentes em Belém-PA, que iniciaram hemodiálise em 2015 e familiares maiores de 19 anos. Realizada Análise de Conteúdo na modalidade temática. A partir do fluxo de atendimento e da percepção do cuidado descritos pelos entrevistados, foram identificadas três Trajetórias Assistenciais: 1) Não procurou a Unidade Básica de Saúde; 2) Procurou a Unidade Básica de Saúde, mas não recebeu o diagnóstico; 3) Recebeu diagnóstico na Unidade Básica de Saúde e foi encaminhado para a especialidade. Concluiu-se que o fluxo de atendimento de usuários na rede de atenção à saúde foi irregular, originando diferentes Trajetórias Assistenciais. Observou-se uma rede de atenção fragmentada, onde a Atenção Básica à Saúde não desempenhou a função de coordenadora da atenção à saúde e ordenadora da rede para a maioria dos usuários que participaram da pesquisa.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica, Atenção Básica à Saúde, Trajetórias Assistenciais.

ABSTRACTS

People with Chronic Renal Disease face difficulties of attendance in Primary Health Care. This study evaluated the Trajectories of Chronic Renal Disease Patients, seeking to identify the functions performed by Primary Health Care. Qualitative research with semi-structured interviews, recorded, with people who are carriers of Chronic Renal Disease, older than 19 years old, with Diabetes Mellitus and / or Arterial Hypertension, SUS users, who live in Belém-PA, who started hemodialysis in 2015 and relatives older than 19 years. Conducted Content Analysis in thematic modality. From the flow of care and perception of care described by the interviewees, three trajectories were identified: 1) Did not seek the Basic Health Unit; 2) He sought the Basic Health Unit, but did not receive the diagnosis; 3) Received a diagnosis in the Basic Health Unit and was referred to the specialty. It was concluded that the customer service flow in the health care network was irregular, giving rise to different care trajectories. A fragmented care network was observed, in which Basic Health Care did not perform the role of coordinator of the health care and ordering of the network for the majority of users who participated in the research.

Keywords: Chronic Renal Disease, Basic Health Care, Trajectory Assistance.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é reconhecida como um grave problema de saúde pública, estimando-se que 10% da população adulta no mundo tenha algum déficit da função renal^{1,2}. Entretanto, sabe-se que medidas de prevenção podem conter a sua progressão e é na Atenção Básica à Saúde (ABS) que se pode detectar precocemente, em pessoas de maior vulnerabilidade, como aquelas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, identificando os casos nos estágios iniciais³.

Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial são as principais causas de DRC, encontradas entre a maioria das pessoas que realiza hemodiálise^{1,2}. Aproximadamente 20 a 40% das pessoas com Diabetes Mellitus desenvolvem nefropatia durante o curso da doença, podendo evoluir para DRC, contudo, essas doenças podem ser potencialmente controladas e a DRC ser efetivamente prevenida, se reconhecidas precocemente pela ABS^{3,4}.

A DRC evolui clinicamente em cinco estágios. Nos estágios de 1 a 3 (leve a moderado) os usuários devem ser acompanhados pela ABS, quanto ao diagnóstico e manejo clínico, em articulação com a rede especializada³. Nos 4º e 5º estágios (moderado a grave), essas pessoas irão necessitar de terapia renal substitutiva, mas também se beneficiarão com os cuidados da ABS, inclusive com o acompanhamento domiciliar^{3,4}.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção à DRC deve estar organizada em uma Linha de cuidados integrada à Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, composta por um conjunto de estabelecimentos e serviços de saúde, contemplando os três níveis de atenção e sob a coordenação da ABS⁵. A ABS é responsável pela gestão do cuidado à pessoa com DRC na fase pré dialítica, do 1º ao 3º estágio, devendo manter o vínculo com o usuário, quando este for referenciado para outros pontos da rede de atenção, no âmbito do SUS⁵, devendo exercer suas funções de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção, realizando a ordenação do cuidado⁶.

Essa Linha de cuidado, necessária para garantir a integralidade da assistência, ainda não tem sido efetiva e, para muitos usuários, o tratamento é iniciado em condições de urgência^{7,8}. Uma das limitações é o fato de que a doença pode passar despercebida nas consultas nas unidades de saúde, principalmente nos estágios iniciais, por ser assintomática por longo período⁹. A outra diz respeito ao fato de que, o usuário geralmente procura cuidados somente quando apresenta sintomas e complicações graves da doença⁹.

Cabe ressaltar que, para usuários que tem um acompanhamento longitudinal por uma equipe de ABS, para o cuidado de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, essas

limitações não poderiam ser consideradas como um impedimento para o diagnóstico e tratamento de DRC por essas equipes, uma vez que é o que se espera deste nível de atenção à saúde⁵.

Itinerário terapêutico é uma ferramenta que proporciona uma investigação das escolhas vivenciadas pelos sujeitos no tocante ao seu processo terapêutico e a multiplicidade de caminhos presentes nesse processo¹⁰. Os processos de escolha de formas de tratamento são complexos e influenciados pelo contexto econômico, social e cultural dentro do qual a pessoa está inserida¹¹.

A construção do Itinerário Terapêutico privilegia a experiência do adoecimento e a busca de cuidado na perspectiva do usuário e de familiares e pode também, ser utilizado para avaliar a organização dos serviços de saúde e a gestão na construção de práticas assistenciais integradas e resolutivas^{12,13}. Nessa avaliação, as Trajetórias Assistenciais ou “itinerários médicos” podem ser utilizados para entender as escolhas dos usuários no percurso de busca por cuidados nos serviços de saúde disponíveis na rede de atenção à saúde, sendo parte inerente do itinerário terapêutico^{14,15}.

Este estudo teve como objetivo, avaliar as Trajetórias Assistenciais de pessoas com DRC, na Rede de Atenção à Saúde e reconhecer as funções da ABS na atenção prestada, do ponto de vista dos usuários e familiares.

MÉTODOS

Trata-se de uma avaliação qualitativa. As práticas de avaliação em saúde por uma abordagem qualitativa, incorporam a necessidade de relevar os olhares múltiplos sobre o cuidado e nesse contexto, compreendendo como o usuário avalia a atenção prestada aos seus problemas de saúde¹⁶. A trajetória assistencial, que consiste nas escolhas e decisões do usuário no percurso de busca por cuidados nos serviços de saúde¹⁵, será a dimensão de análise nesta pesquisa.

A pesquisa foi realizada em Belém, capital do estado do Pará, no período de janeiro e agosto de 2016. O município contava com 76 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 51 com Estratégia Saúde da Família (ESF) - denominadas localmente de “família saudável”, garantindo cobertura de apenas 44%¹⁷. Os serviços de atenção secundária e terciária disponíveis para a atenção as pessoas com DRC no município, constituem-se de quatro ambulatorios públicos especializados em nefrologia e um consultório contratado pelo SUS, mais seis unidades de hemodiálise.

O ponto de partida para identificação da população do estudo foi a Associação de Renais Crônicos e Transplantados do Pará (ARCTPA), que possui os cadastros de todos os usuários em hemodiálise no estado. Foram incluídos aqueles que iniciaram hemodiálise em 2015, residentes na capital, maiores de 19 anos, tendo como causa da DRC, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, dependentes do SUS. Para cada usuário incluído, foi solicitada a indicação de um familiar, maior de 19 anos, para participar da pesquisa.

Os usuários identificados, foram contatados por telefone ou nas unidades de hemodiálise onde realizavam seus tratamentos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 11 usuários e 11 familiares. Os usuários eram cinco mulheres e seis homens, com faixa etária entre 43 e 71 anos. Dentre os familiares, nove eram mulheres e dois homens com idade entre 34 e 67 anos, sendo que cinco eram filhos (as), cinco eram esposos (as) e uma irmã. As entrevistas, gravadas e posteriormente transcritas, foram realizadas nos domicílios ou nas unidades de hemodiálise, conforme a preferência dos usuários e familiares.

Foi realizada Análise de Conteúdo, na modalidade Temática¹⁸. A construção das Trajetórias Assistenciais teve como ponto de partida a experiência do adoecimento e a busca por cuidados nos serviços de saúde até o início da hemodiálise, procurando-se seguir a ordem cronológica dos lugares procurados e dos acontecimentos.

Esta pesquisa obedeceu às normas da resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, sob o parecer N° 1.111.474, em 12/06/2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

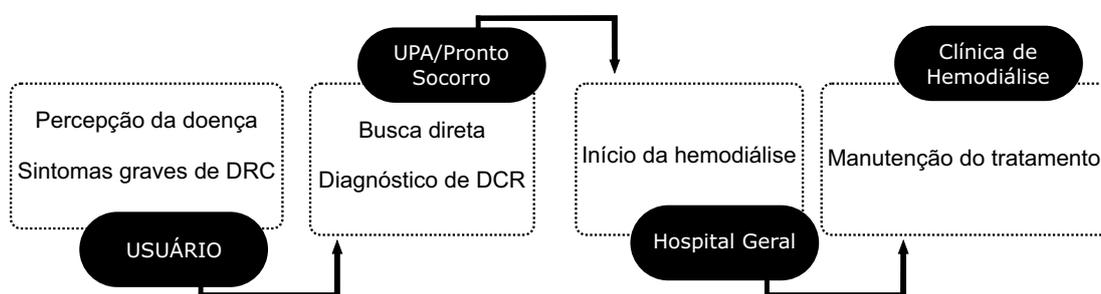
A partir dos relatos dos usuários foi possível identificar os diferentes caminhos percorridos na busca por tratamento nos serviços de saúde. As falas dos familiares foram importantes para ampliar a compreensão, muitas vezes, trazendo fatos novos, e outras vezes completando informações já apresentadas pelos usuários.

Em relação à percepção dos serviços, não foram encontradas discordâncias nas falas de usuários e familiares, embora as entrevistas tenham sido realizadas de forma individualizada. As Trajetórias Assistenciais construídas foram organizadas em três categorias.

TRAJETORIA ASSISTENCIAL 1: Não procurou a Unidade Básica de Saúde

Dois usuários não utilizaram os serviços das UBS, embora seus domicílios estivessem em áreas de abrangência de serviços da ABS, em que uma das unidades era de modelo tradicional e a outra com equipe de ESF. A figura Trajetória Assistencial 1 demonstra este fluxo.

TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL 1



UPA = Unidade de Pronto Atendimento; DRC = Doença renal crônica

Esses usuários foram buscar cuidados na atenção terciária, onde foi realizado o diagnóstico e iniciado tratamento de hemodiálise de urgência e justificaram sua atitude:

“O atendimento no posto eu acho fraco... eu acho fraco. Eu só vou lá tomar vacina... lá eu nunca fui atendido assim não. U6

“Eu acho que no posto de saúde é muito demorado; eu acho assim. F1

Apesar de conhecerem e de demonstrarem que em algumas situações utilizavam os serviços das UBS, esses dois entrevistados não o fizeram quando se sentiram doentes. Sabe-se que a utilização de serviços de saúde é determinada por diversos fatores, como características demográficas, condições socioeconômicas, organização da oferta de serviços e a percepção do usuário sobre sua saúde, além do vínculo e das relações que estabelecem com os profissionais das equipes¹⁹.

Paskulin et al.²⁰, observaram que usuários não procuravam a UBS, porque consideravam o serviço privado de melhor qualidade, mais seguro e de acesso rápido tanto para

atendimento ambulatorial quanto hospitalar. Achados desses autores corroboram um imaginário social de que a qualidade dos serviços privados é maior. O usuário U6 relatou que nunca procurou a UBS para esta doença, mas que:

“[...] também nunca foram em casa”. U6

Considerando que este usuário era morador de uma área coberta pela ESF, a visita domiciliar realizada por Agente Comunitário de Saúde (ACS) poderia ter sido uma importante ferramenta para a construção de vínculo com a UBS. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) é orientada pelo princípio da acessibilidade, com UBS instaladas perto das moradias e visitas domiciliares, buscando garantir acesso universal, com identificação e atenção a todos os usuários de sua área adscrita²¹.

Alguns estudos têm apontado desafios e barreiras para o uso dos serviços da ABS. PICCINI et al.²² observaram que menos da metade de idosos com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial utilizaram a UBS, tendo como principais fatores para que não fizessem uso dos serviços da unidade, a estrutura física da unidade, que não era adequada para o acesso desses usuários, a desproporção entre o número de profissionais e a demanda, a falta de capacitação para atender esses usuários e a baixa oferta de cuidados domiciliares.

Almeida et al.²³ observaram que mais de um terço de usuários desconhecia a UBS, mais da metade não buscou atendimento em serviços de ABS em episódios recentes de problema de saúde e as principais barreiras encontradas foram o horário restrito de funcionamento, dificuldade para marcar consulta de demanda espontânea e a baixa resolutividade da atenção.

A utilização dos serviços de saúde depende do acesso a estes. Segundo Donabedian²⁴, um serviço de saúde é acessível quando é fácil iniciar e manter o atendimento, superados os obstáculos financeiros, espaciais, sociais e psicológicos para chegar e usar. O acesso está relacionado à disponibilidade, facilidade de chegar, usar e ser aceito²⁴. Classicamente o acesso se apresenta como um dos elementos do sistema de saúde ligado à organização dos serviços que influencia o uso de serviços de saúde, referindo-se à entrada nesse sistema e recebimento de cuidados subsequentes que garantam a continuidade do tratamento¹⁹.

Outro resultado encontrado neste grupo foi que a percepção do adoecimento e a busca por cuidados só ocorreu quando já apresentavam manifestações graves.

Eu não sentia nada, então eu comecei a emagrecer e depois veio o inchaço da minha perna [...] quando eu fui já estava doente, fui no Pronto Socorro [...], mas antes eu não tinha nada, eu não ia no médico. U1

Esses achados concordam com Fisher et al.²⁵, cujo o estudo observou que usuários que não receberam atendimento na ABS, iniciaram tratamento tardiamente, enquanto aqueles que foram acompanhados e tratados por médicos de família, foram referenciados mais cedo e iniciaram hemodiálise em momento oportuno. O acompanhamento longitudinal confere um melhor reconhecimento de problemas e necessidades dos usuários por seus médicos, com diagnósticos mais precisos⁶.

A percepção da doença é outra condição que influencia a busca por serviços de saúde. A decisão de procurar um tratamento está relacionada a como a pessoa que adoecer e sua família percebem e respondem aos sintomas e incapacidade provocados pela doença²⁶. As doenças crônicas são geralmente impactantes e de certa forma difíceis de entender e aceitar²⁶. A descoberta da DRC pode ser uma experiência traumática, confusa e difícil aceitação²⁷. A maioria de seus portadores procura atenção somente quando estão com sintomas graves, porque não se sentem doentes nos estágios iniciais, o que leva a iniciar hemodiálise de urgência²⁸.

Conforme o relato de um familiar, quando o usuário precisou, devido os sintomas da doença, foram procurar atendimento em serviços de urgência.

“Tem o Centro de Saúde do bairro, mas nós não fomos lá, até porque não funciona de noite, só funciona de manhã, e até mesmo ninguém lembrou, aí nós fomos para UPA”. F6

A busca pelos serviços de urgência, quando poderiam procurar a ABS, é muito significativa e aponta para algumas questões discutidas na literatura. Cacia-Bava et al.²⁹ observaram que os usuários do SUS procuraram mais intensamente os serviços de urgência para queixas compatíveis com a ABS, tendo como principais razões a restrição de horário de funcionamento das UBS e o número de consultas disponíveis, enquanto na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o atendimento foi garantido, existindo maior disponibilidade de recursos diagnósticos. Nesse sentido, outro familiar justificou que procurou o serviço de urgência por ser mais fácil usar.

“A gente já até tentou [atendimento na UBS], mas para facilitar, a gente fez os exames lá no pronto-socorro”. F1

A valorização de recursos tecnológicos na atenção em saúde faz parte do modelo hegemônico hospitalocêntrico, que considera a UBS apenas como local para prevenção de doença e atenção para os pobres, contribuindo para a sua não valorização como espaço de cuidado por muitos usuários³⁰.

Além disso, esses usuários tomaram conhecimento de seu diagnóstico de DRC no pronto socorro, onde foram atendidos quando estavam com indicação de hemodiálise de urgência.

“Eu estava muito inchada e lá no pronto socorro eles disseram que eu estava com problema nos rins e tinha que fazer logo esse tratamento [se refere à hemodiálise], e foi assim que eu descobri a minha doença”. U1

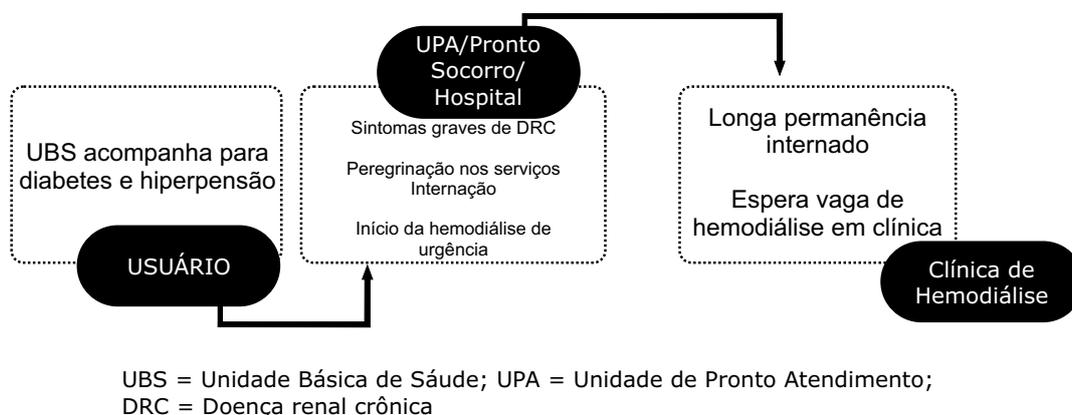
O início da hemodiálise em caráter de urgência, não é exclusivo desta pesquisa. Em estudo de Diegoli³¹, a maioria das pessoas iniciaram hemodiálise tardiamente, em condição de urgência e apresentaram maiores taxa de mortalidade no primeiro ano de tratamento. Nos achados de Araújo et al.³², a maioria de usuários com DRC não era acompanhada pela ABS e a descoberta da doença e o início do tratamento aconteceram em situações de urgência, em serviços de atenção terciária.

TRAJETORIA ASSISTENCIAL 2: Procurou a Unidade Básica de Saúde, mas não recebeu o diagnóstico

Sete usuários foram acompanhados em UBS, que possuíam equipes da ESF, com exceção de um que era acompanhado em UBS tradicional, no programa de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, mas não receberam diagnóstico de DRC na ABS. Sabe-se que essas doenças crônicas constituem as principais causas de DRC², portanto, por serem mais vulneráveis para desenvolver a doença, esses usuários deveriam ser alvos de investigações para o diagnóstico precoce.

Entretanto, apesar de estarem cadastrados nas UBS, a DRC passou despercebida pelas equipes de saúde, pois não identificaram os sintomas e não fizeram exames direcionados para esclarecer complicações renais, de maneira que os diagnósticos foram feitos em serviços de urgência. A figura Trajetória Assistencial 2 sintetiza as trajetórias dos usuários deste grupo.

TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL 2



O não reconhecimento dos sintomas dos usuários, pelos profissionais de saúde que assistiam essas pessoas nas UBS, foi queixa frequente nos relatos dos usuários dessa Trajetória Assistencial. Isso foi relatado por um usuário:

Eu fui ficando inchada, e ruim, eu me queixava toda vez e a minha médica dizia que era do remédio que eu tomava”. U4

Os achados deste estudo demonstraram que esses profissionais da ABS, não estavam treinados para identificar a DRC, embora, na constatação da importância da ABS para o controle da DRC, seja destacado que o preparo dos profissionais de saúde da ABS para acompanhar para DRC é fundamental⁴, como observado nos critérios de atendimento a pessoas com DRC, definidos pelo Ministério da Saúde³³. Contudo, ficou evidente no presente estudo, que os usuários não foram diagnosticados e procuraram tardiamente o especialista.

Alguns usuários relataram que os profissionais que o acompanhavam até suspeitaram de DRC, como disse um desses entrevistados:

“Eu comecei a descobrir essa minha doença, foi quando lá na unidade de saúde a doutora disse que já estava desconfiando que podia ser um problema renal” U2

Porém, apesar das suspeitas médicas, também para esses usuários, a DRC não foi diagnosticada. Esses relatos colocaram em evidência a importância da preparação da equipe na ABS, para lidar com a DRC e suas complicações. A falta de treinamento dos profissionais da ABS para reconhecer a DRC é uma importante barreira para o tratamento da pessoa com a

doença na UBS, comprometendo as ações específicas para sua prevenção e a utilização de medidas necessárias sobre os cuidados na DRC³⁴.

Embora acompanhados pela ABS, os usuários procuraram atendimento em serviços de urgência, iniciando hemodiálise em ambiente hospitalar, onde receberam o diagnóstico da DRC. Nos serviços hospitalares, permaneceram internados por longo período, à espera por vaga para hemodiálise nas clínicas, para a continuidade do tratamento dialítico.

Nas narrativas dos entrevistados, pode ser observado que esses usuários não foram acompanhados por especialista da atenção secundária, embora se tratasse do percurso esperado para as pessoas com DRC, antes da Terapia Renal Substitutiva (TRS). Na fala de um usuário e de um familiar isso ficou evidente:

“E eu já estava com inchaço nas pernas, ele dizia era problema de rim, mas não dizia o que tinha que fazer, não encaminhava para nada” U3

“Não, não encaminharam ele para o nefro, mesmo porque é difícil conseguir falar com o nefro, é seis meses para dar entrada e espera muito”. F8

Essas narrativas mostraram que os usuários não foram encaminhados para o nefrologista, mas também, pelo relato do Familiar F8, era difícil chegar ao especialista, provavelmente devido ao comprometimento no sistema de referência e contrarreferência e no fluxo dos usuários entre os pontos da rede de atenção. A coordenação da atenção dessa Linha de cuidado é atributo da ABS, e consiste em assegurar o acesso à oferta de uma combinação de serviços e informações ligadas entre si, para atender a necessidade do usuário, seja em ações em outros níveis de atenção, seja na própria ABS²¹. Porém, o que ocorreu foi uma ausência de articulação entre a ABS e a atenção secundária, interferindo nas condições em que esses usuários tiveram acesso à hemodiálise.

Em se tratando da DRC, o fluxo eficiente entre a ABS e o nível secundário é fundamental para o suporte especializado e para a indicação de TRS e, portanto, para o encaminhamento à hemodiálise⁵. Contudo, os usuários desta Trajetória Assistencial não passaram pela atenção secundária e, quando precisaram, foram diretamente para a atenção terciária. Isso porque não foi feito um diagnóstico precoce da DRC, como esperado, e pela dificuldade em conseguir agendamento de consultas especializadas.

O acesso ao nível de atenção secundária representa um dos principais obstáculos para garantir a integralidade da atenção, devido um estrangulamento no fluxo de atendimento

desse nível de atenção, mas que compromete a resolutividade da ABS³⁵. No contexto da DRC, isso se deve ao número de nefrologistas, que é insuficiente para suprir a necessidade da demanda³¹. Neste estudo, não foi diferente, já que existem poucos ambulatórios de nefrologia na rede pública de saúde.

Segundo Mendes³⁶, a desproporção entre a oferta e a demanda na atenção secundária, poderia ser corrigida por uma relação de trabalho compartilhado entre profissionais da ABS e especialistas. Esse cuidado às pessoas com DRC nas UBS poderia obter melhores resultados e corrigir as dificuldades de acompanhamento especializado se compartilhado entre a ABS e a atenção secundária, a partir do Apoio Matricial, que consiste em assegurar retaguarda especializada, tanto assistencial quanto técnica pedagógica, para a equipe de saúde encarregada da atenção, mantendo o usuário na ABS^{37,38}.

Nesta Trajetória Assistencial, os entrevistados relataram as dificuldades que comprometeram o acesso, tanto na ABS quanto para atendimento de urgência, na atenção terciária. Nas UBS, quando necessitaram, referiram dificuldades para conseguir consultas, conseqüentemente, contribuindo para a demora da assistência, conforme relato de um usuário.

“Fui no posto de saúde, mas não tinha gente para atender a gente. Chegava lá não tinha ficha mais, estava tudo lotado”. U10

Este relato demonstra que, embora o usuário já fosse acompanhado na UBS, condição esta de todos os usuários da Trajetória Assistencial 2, ainda encontrou dificuldade para acessá-la, determinando a procura por outros serviços de saúde. Carreira e Rodrigues³⁹, também observaram que algumas barreiras impostas por modelos burocráticos ultrapassados, impediam o agendamento de consultas nas UBS. Situação semelhante foi encontrada pelos usuários desta pesquisa.

Conforme o relato anterior, do usuário U10, mesmo sendo acompanhado pela UBS para tratar de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, este não foi acolhido pela unidade quando precisou de atendimento para DRC, por se tratar de um estado grave e provavelmente por problemas organizacionais que impediram o atendimento imediato de demanda espontânea. No acolhimento eficiente, a UBS deve se propor a atender todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo acesso universal e com responsabilidade da atenção⁶.

A busca dos usuários, a partir da gravidade dos sintomas, caracterizou-se pela peregrinação em vários serviços de atenção terciária, sem que houvesse intervenção da ABS, para que o fluxo ocorresse regularmente. Um familiar narrou essa busca:

“Foi muito difícil; andamos muito para conseguir tratamento. Primeiro que nós fomos em quatro hospitais que não tinha vaga. Até aqui na clínica de rim que ela veio e não tinha vaga, foi no pronto socorro, e de lá foi para o Hospital [...] e então ficou fazendo hemodiálise lá”.
F4

Esse relato reforça o desafio de superação de um sistema de saúde, ainda fragmentado, com serviços isolados e sem continuidade da atenção, mas que tem nas Linhas de cuidado o ponto fundamental para a organização dos processos de trabalho. A recomendação é que a Linha de cuidado de portadores de DRC seja integrada à Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com acesso universal a todos os níveis de atenção e coordenada pela ABS⁵.

TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL 3: Recebeu diagnóstico na Atenção Básica em Saúde e foi encaminhado para a especialidade

Dois usuários, da mesma UBS, receberam acompanhamento por longo tempo, foram diagnosticados para DRC e encaminhados, em momento oportuno, para a especialidade na atenção secundária.

“Ele fazia controle no centro de saúde, lá dão atenção da parte renal, [...] quando deu alterado, o médico falou que o rim estava parando..., [...] e mandaram vir para a nefrologia. Lá ele ficou mais ou menos um ano acompanhando com a nefro”. F5

O acompanhamento longitudinal desses usuários em unidade com ESF, provavelmente influenciou esse desfecho, por ter apresentado características de atendimento integral e mais resolutivo. Tem sido demonstrado que o desempenho e efetividade da atenção prestada pelas equipes da ESF, são melhores quando comparadas com UBS de modelos tradicionais, como observado por Piccini et al.²², que encontraram maior satisfação de usuários pelas melhores condições de acesso, mais facilidade de consultas e vínculo fortes com os profissionais.

Entretanto, seis usuários da Trajetória Assistencial 2 também foram atendidos em UBS com ESF, inclusive o Usuário U10 nesta mesma UBS, levantando uma questão que pode estar relacionada as diferentes condutas utilizadas pelos profissionais de saúde e a experiência

de cada um para utilizar as diretrizes para DRC. Segundo Bastos e Bastos⁴, é importante que os profissionais da ESF tenham conhecimento das diretrizes para o manejo da DRC. Isto poderia otimizar os resultados do controle da doença.

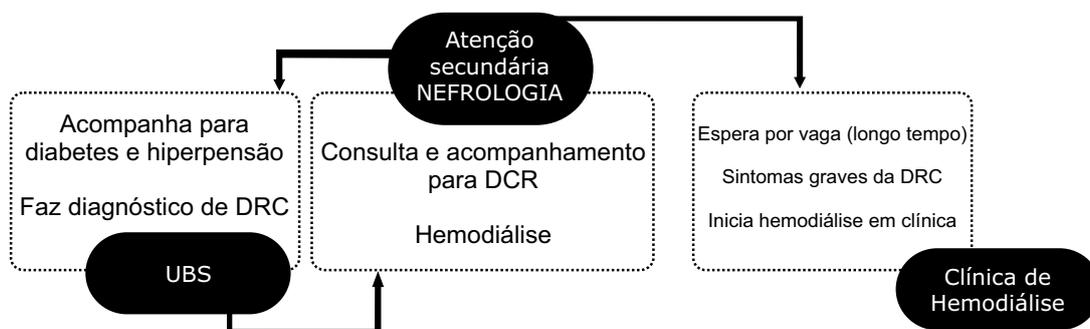
Diferente das demais trajetórias, esses usuários não foram internados, demonstrando a importância do diagnóstico precoce realizado pela ABS. No entanto, o manejo da DRC exige articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Mesmo que a ABS cumpra sua função, situações de dificuldade para o acesso ocorreram nos outros níveis de atenção, comprometendo a integralidade do cuidado. Apesar do diagnóstico precoce e do encaminhamento em tempo oportuno, esses usuários iniciaram hemodiálise com sintomas graves da doença, por falta de vaga em serviços especializados para o procedimento.

“Ela fazia tratamento para pressão lá no posto e na clínica de rim, e a doutora deu o encaminhamento para fazer diálise, mas demorou muito para liberar a vaga e ela agravou”.
F11

O número de pessoas com DRC que precisam de hemodiálise cresceu consideravelmente nas últimas décadas e o sistema de saúde não conseguiu absorver a demanda, questão essa, associada ao alto custo desse tratamento financiado principalmente pelo SUS⁴⁰. Em outra região do Brasil, Mercado-Martinez et al.⁴¹, também identificaram dificuldade de usuários para acessar os serviços de hemodiálise, devido à falta de máquinas disponíveis, mesmo para aqueles que já tinham recebido o diagnóstico de DRC precocemente.

A figura Trajetória Assistencial 3 demonstra o fluxo de busca por cuidados desses usuários:

TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL 3



UBS = Unidade Básica de Saúde; DRC = Doença renal crônica

Outra questão a ser destacada é que, embora o vínculo e seguimento na UBS tenham sido mantidos enquanto os usuários eram acompanhados na atenção secundária, o contato com a UBS foi perdido quando atendidos na atenção terciária. Uma vez tendo iniciado a hemodiálise, deixaram de ter acompanhamento pela equipe da ABS. Este fato foi justificado pelos usuários pela impossibilidade de irem até a UBS por limitação física, decorrente do quadro clínico. Por que, então, não receberam visitas domiciliares dos ACS e de outros profissionais da ESF? A visita domiciliar poderia ter mantido o vínculo e o acompanhamento necessário, inclusive como forma de acesso ao sistema de saúde⁶. O filho de uma usuária falou sobre essa questão:

“Depois que ela começou a fazer hemodiálise, a gente nunca procurou mais ir lá no Posto de Saúde. Não procuraram ela e a gente também não foi lá”. F11

Percebe-se que nas três trajetórias a atenção às necessidades de saúde dos usuários não foram supridas, resultando no diagnóstico e/ou início de tratamento tardios. A implantação de uma concepção integral da atenção à saúde, orientado pela ABS, com um sistema de saúde articulado em rede, centrado no usuário e que responda a todas as suas necessidades, ainda representa um desafio para o SUS, com todas as dificuldades para ser alcançado⁴².

Várias barreiras precisam ser superadas, para que a ABS possa desempenhar sua função de primeiro contato e coordenadora da atenção, entre as quais, a defasagem entre oferta e demanda, o não encantamento do profissional com o projeto da construção do SUS e a permanente sobrecarga de trabalho, que dificultam a realização do bom cuidado⁴³. A ABS é o melhor caminho para se estabelecer uma atenção integrada para a DRC e muito precisa ser feito para alcançar uma produção de cuidado mais digna.

CONCLUSÃO

Percebe-se que o fluxo de atendimento de pessoas portadoras de DRC nas redes de atenção à saúde foi irregular, originando diferentes Trajetórias Assistenciais, sem obedecer ao padrão recomendado nas Linhas de cuidado do Ministério da Saúde, o que repercute no tipo de atendimento que o usuário recebe no SUS e no seu adoecimento.

Usuários e familiares, em geral, não perceberam a ABS, não procuraram as unidades de saúde, ou quando o fizeram, não receberam atendimento para as suas necessidades de saúde. Por outro lado, a ABS parece não acompanhou a maioria dos usuários em qualquer

fase da DRC, embora atendesse pessoas com grande vulnerabilidade, como diabéticas e hipertensas. Esses resultados demonstram uma fragmentação do cuidado e a falta de articulação entre gestão e assistência para o acompanhamento desses usuários.

É necessário, portanto, repensar estratégias para que a ABS desempenhe suas funções, em especial a de coordenação e de ordenadora do cuidado e que esteja preparada para atender aos usuários com DRC, em todos os estágios da doença, desde a prevenção até a manutenção do vínculo após o início do tratamento dialítico.

REFERÊNCIAS

- 1 Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, Saran R, Wang AYM, Yang CW. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet* 2013; 382(9888):260-72.
- 2 Vassalotti JA, Centor R, Turner BJ, Greer RC, Choi M, Sequist TD. Practical Approach to Detection and Management of Chronic Kidney Disease for the Primary Care Clinician. *Am J Med* 2016; 129(2):153-62. e7.
- 3 Murphree DD, Thelen SM. Chronic kidney disease in primary care. *J Am Board Fam Med* 2010; 23(4):542-50.
- 4 Bastos RM, Bastos MR. Inserção do Programa de Saúde da Família na Prevenção da Doença Renal Crônica. *J Bras Nefrol* 2007; 29(1), supl. 1:32-34.
- 5 Brasil. Portaria no 389 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado pré-dialítico. *Diário Oficial da União* 2014; 13 mar.
- 6 Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
- 7 Silva LK, Bregman R, Lessi D, Alves MB. Ensaio sobre a cegueira: mortalidade de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise de emergência. *Cien Saude Colet* 2012;1 7(11):2971-80.
- 8 Torchi TS, Araújo STCD, Moreira AGM, Koeppe GBO, Santos BTUD. Condições clínicas e comportamento de procura de cuidados de saúde pelo paciente renal crônico. *Acta paul Enferm* 2014; 27(6): 585-590.
- 9 Greer RC, Ameling JM, Cavanaugh KL, Jaar BG, Grubbs V, Andrews CE, Ephraim P, Powe NR, Lewis J, Umeukeje E, Gimenez L, James S, Boulware LE. Specialist and primary care

physicians' views on barriers to adequate preparation of patients for renal replacement therapy: a qualitative study. *BMC Nephrol* 2015; 16:37.

10 Alves PCB, Souza IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 125-38.

11 Gerhardt, TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública* 2006;11: 2449-63.

12 Ferreira DC, da Silva GA. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. *Cienc Saude Colet* 2012;17(11):3087-98.

13 Cabral AL, Martinez-Hemánz A, Andrade EI, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4433-42.

14 Gerhardt TE, Rotoli A, riquinho DL. Itinerários erapêuticos de pacientes com cancer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redess de cuidado. In: pinheiro R, Silva Júnior AGD, Mattos RAD, editors. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2008. p. 197-214.

15 Pinheiro R, Silva Junior AG. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, Mattos RA, organizadores. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 17-42.

16 Pinheiro R, Silva Junior AG. A Centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: Pinheiro R, Martins PHN, organizadores. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro; CEPESP, 2011. P. 37-52

17 Ministério da Saúde. Informação em Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS [Internet]. 2017 [acesso 2017 jun 06]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipepa.def>>.

18 Bardin L. *Análise de Contéudo*. 5 ed. Lisboa: Edições 70; 2011.

19 Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

20 Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2935-2944.

- 21 Brasil. Portaria nº 2.488 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 24 out.
- 22 Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):657-67.
- 23 Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 29(2):84-95.
- 24 Donabedian A. *The definition of quality and approaches to its assesment*. Health Administration Press; 1980.
- 25 Fischer MJ, Ahya SN, Gordon EJ. Interventions to reduce late referrals to nephrologists. *Am J Nephrol* 2011; 33(1):60-69.
- 26 Kleinman A. *The Illness Narratives*. United States of America: Basic Books; 1988.
- 27 Tong A, Sainsbury P, Chadban S, Walker RG, Harris DC, Carter SM, Craig JC. Patients' experiences and perspectives of living with CKD. *Am J Kidney Dis* 2009; 53(4):689-700.
- 28 Baer G, Lameire N, Van Biesen W. Late referral of patients with end-stage renal disease: an in-depth review and suggestions for further actions. *NDT plus* 2010; 3(1):17-27.
- 29 Caccia-Bava MCG, Pereira MJB, Rocha JSY, Martinez EZ. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. *Medicina Ribeirão Preto*. 2011;44(4): 347-354.
- 30 Saito RXS. Políticas de Saúde. In: Ohara ECC, Saito RXS, organizadores. *Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade*. São Paulo: Martinari; 2014. p. 61-90.
- 31 Diegoli H, Silva MCG, Machado DSB, Cruz CERDN. Encaminhamento tardio ao nefrologista e a associação com mortalidade em pacientes em hemodiálise. *J Bras Nefrol* 2015; 37 (1):32-37.
- 32 Araújo RCDS, Silva RARD, Bezerra MX, Onofre MS, Araújo AEVD, Silva KMPD. Itinerário terapêutico de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico. *Rev Pesq Cuid Fund* [Internet]. 2014 [acesso 2015 out 11]. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental>>.
- 33 Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS, 2014.

- 34 Nazar CMJ, Kindratt TB, Ahmad SMA, Ahmed M, Anderson J. Barriers to the successful practice of chronic kidney diseases at the primary health care level: a systematic review. *J Renal Inj Prev* 2014; 3 (3):61.
- 35 Spedo SM, Pinto NRDS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS. *Physis* 2010; 20(3):953-972.
- 36 Mendes, EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- 37 Pena PFA, Silva Júnior AG, Oliveira PTR, Moreira GAR, Libório AB. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. *Cien Saude Colet* 2012;17(11):3135-3144.
- 38 Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude Soc São Paulo* 2011;20(4):961-70.
- 39 Carreira L, Rodrigues RAP. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras enferm* 2010; 63(6)933-99.
- 40 Lugon, JR. Doença Renal Crônica no Brasil: um problema de saúde pública. *J Bras Nefrol* 2009; 31(1):2-5.
- 41 Mercado-Martinez FJ, Silva DGV, Lopes RSG, Böell JE, Souza SDS, Zillmer V, Graciela J. Vivendo com insuficiência renal: obstáculos na terapia da hemodiálise na perspectiva das pessoas doentes e suas famílias. *Physis* 2015; 25 (1):59-74.
- 42 Giovanella L, Mendonça MHMD, Almeida PFD, Escorel S, Senna MDCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2008; 14(3), 783-794.
- 43 Cecilio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". *Saude soc* [Online] 2012; 21(2) [acesso 2017-07-11], pp.280-289. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200003&lng=en&nrm=iso>.

5.2 Artigo 2

**ATENÇÃO BÁSICA E DOENÇA RENAL CRÔNICA NA PERCEPÇÃO DE
USUÁRIOS, FAMILIARES E PROFISSIONAIS**

Revista Panamericana de Salud Pública

Qualis = A1

ATENÇÃO BÁSICA E DOENÇA RENAL CRÔNICA NA PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS, FAMILIARES E PROFISSIONAIS

BASIC ATTENTION AND CHRONIC RENAL DISEASE IN PERCEPTION OF PATIENTS, FAMILY AND PROFESSIONALS

RESUMO

Introdução: A Atenção Básica é a principal estratégia para o controle da Doença Renal Crônica. O objetivo do estudo foi avaliar a atenção prestada pela Atenção Básica à pessoa com DRC, na perspectiva de usuários, familiares e profissionais. **Método:** Estudo qualitativo, realizado com pessoas portadoras de Doença Renal Crônica, maiores de 19 anos, com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial, residentes em Belém e que iniciaram hemodiálise no ano de 2015 pelo Sistema Único de Saúde. A partir da identificação desses usuários foram, também, incluídos na pesquisa familiares maiores de 19 anos, indicados pelos usuários e médicos e enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde da área adscrita dos usuários. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas e posteriormente transcritas, de janeiro a agosto de 2016. Foi realizada Análise de Conteúdo na modalidade temática. **Resultado:** Quanto à percepção sobre a atenção prestada pela Atenção Básica a pessoas com Doença Renal Crônica, foram encontrados consensos e divergências. Esses aspectos compuseram duas categorias: 1) Atenção Básica é lugar de pessoas com Doença Crônica? (Desconfiança na Atenção Básica, a Atenção Básica não trata de DRC, Indiferença da equipe multiprofissional, Ineficácia na comunicação na rede de atenção); 2) A Atenção Básica perde o contato com os usuários em tratamento de hemodiálise. **Conclusão:** para a maioria dos usuários, familiares e profissionais de saúde a Atenção Básica não está preparada para o diagnóstico da doença nem para o encaminhamento oportuno e não garante a manutenção do vínculo após o início do tratamento.

Palavras chave: Atenção Básica, Doença Renal Crônica, Avaliação Qualitativa

ABSTRACTS

Introduction: Primary Care is the main strategy for the control of Chronic Kidney Disease. The objective of the study was to evaluate the attention given to the person with Chronic Renal Disease in Basic Health Units from the perspective of patients, family and professionals. **Method:** This is a qualitative study performed with people with chronic kidney disease, older than 19 years old, with diabetes mellitus and arterial hypertension, living in Belém-PA and who

underwent hemodialysis in 2015 by the Unified Health System. Patients were also included in the survey family members older than 19 years, indicated by the users and physicians and nurses of the Basic Health Units of the users' assigned area. Semi-structured interviews, recorded and later transcribed, were carried out from January to August 2016. Content Analysis was performed in the thematic modality. Outcome: Regarding the perception about the attention paid by Primary Care to people with Chronic Renal Disease, consensus and divergence were found. However, for most patients, family members and health professionals, Primary Care is not prepared for the diagnosis of the disease or for timely referral and does not guarantee the maintenance of the bond after the start of treatment. Conclusion: Primary Care cannot perform its function as coordinator of care for users with Chronic Kidney Disease, was not able to solve the health needs of these people, which compromised the integrality of attention.

Key words: Primary Care, Chronic Kidney Disease, Qualitative Evaluation

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica constitui a principal estratégia para o controle da Doença Renal Crônica (DRC), na prevenção e principalmente no diagnóstico precoce e acompanhamento nas diferentes fases do adoecimento (1-2). O atendimento de pessoas com DRC pela Atenção Básica tem sido incentivado como medida protetiva de danos renais desde as fases mais precoces da doença, já que quando esses usuários foram acompanhados por profissionais de saúde da Atenção Básica, foram melhores preparados para o tratamento dialítico e apresentaram melhores resultados clínicos (1-3).

Sabe-se que Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial são as principais causas de DRC, doenças acompanhadas inicialmente pela Atenção Básica, o que leva a se considerar que o controle da DRC será cada vez mais dependente desse nível de atenção (4). A Estratégia Saúde da Família representa a principal ferramenta de controle e diagnóstico da doença, já que possui características multiprofissionais e territorial de processo de trabalho para otimizar o acompanhamento desses usuários (5).

As diretrizes do Ministério da Saúde para a DRC, enfatizam a realização de ações voltadas à prevenção dos fatores de risco, diagnóstico precoce e identificação das pessoas com a doença, devendo estar focado nas necessidades de saúde da população, contemplando todos os níveis de atenção, sob a coordenação da Atenção Básica, que deve ser a porta de entrada preferencial do sistema para os usuários com a DRC (6). Entretanto, o número de usuários que

iniciam hemodiálise em estado grave e em urgência, ainda é elevado, refletindo a falta de diagnóstico precoce e encaminhamento tardio aos nefrologistas (4,7).

Considerando a necessidade da Atenção Básica estar preparada para a prevenção e o acompanhamento da DRC, com suporte de uma rede de atenção à saúde integral, o objetivo deste estudo foi avaliar a atenção prestada à pessoa com DRC nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sob o ponto de vista de usuários, familiares e profissionais de saúde da Atenção Básica.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, com pessoas portadoras de DRC, identificadas a partir do cadastro da Associação dos Renais Crônicos e Transplantados do Pará (ARCTPA); com seus familiares; e com profissionais da saúde das UBS da área de abrangência do domicílio de cada usuário selecionado. Foi realizado nos domicílios dos usuários ou em clínicas de hemodiálise, ou nas UBS, na cidade de Belém do Pará. Entre as UBS, apenas duas não contavam com Estratégia Saúde da Família.

Foram critérios de inclusão para os usuários: ser portador DRC, residente na cidade de Belém-PA, ter idade maior de 19 anos, ter iniciado a hemodiálise em 2015, com Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial como doenças de base para DRC e depender exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Não foram incluídos usuários internados ou que apresentassem dificuldade de comunicação, percebidos no momento do contato inicial. Os critérios de inclusão dos familiares foram a indicação pelo usuário e terem idade maior de 19 anos. Os critérios para os profissionais de saúde foram ser enfermeiros ou médicos lotados nas UBS da área de abrangência do domicílio de cada usuário selecionado.

Para a coleta de dados foi utilizada entrevista semiestruturada. As entrevistas foram agendadas conforme local, data e horário escolhidos pelo entrevistado, tendo ocorrido entre janeiro e agosto de 2016. Foram gravadas, com o consentimento dos entrevistados e, posteriormente, transcritas. Os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Temática (8).

Todos os usuários elegíveis foram contatados através de seus endereços, telefones ou nas clínicas de hemodiálise onde realizavam seus tratamentos. Nessa ocasião era solicitada a indicação de um familiar. Para a abordagem com os profissionais de saúde houve autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde de Belém-PA.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará e atendeu às normas da Resolução CNS 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer Nº 1.111.474, em 12/06/2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 37 pessoas. Onze eram usuários, sendo seis homens e cinco mulheres e tinham faixa etária entre 43 e 71 anos; 11 eram familiares, com os seguintes graus de parentesco: cinco filhos (as), cinco companheiros (as) e uma irmã; e 15 profissionais (apenas um homem), todos com mais de três anos de formados e mais de dois anos de trabalho na Atenção Básica. Apenas três usuários relataram serem atendidos pela Estratégia Saúde da Família.

Quanto à percepção sobre a atenção prestada pela Atenção Básica à pessoa com DRC, foi encontrado consenso nas falas de usuários e familiares, porém ambos, tiveram, algumas vezes, divergências das falas dos profissionais de saúde. Entretanto, para a maioria dos entrevistados, a Atenção Básica não está preparada para o diagnóstico da DRC e encaminhamento em momento oportuno, não garantindo a manutenção do vínculo após o início do tratamento em hemodiálise. Esses aspectos compuseram duas categorias: 1) Atenção Básica é lugar de pessoas com Doença Crônica? (Desconfiança na Atenção Básica, a Atenção Básica não trata de DRC, Indiferença da equipe multiprofissional, Ineficácia na comunicação na rede de atenção); 2) A Atenção Básica perde o contato com os usuários em tratamento de hemodiálise.

Os trechos individuais das entrevistas que foram escolhidos são representativos da totalidade dos entrevistados. Essas categorias são expostas e discutidas a seguir.

ATENÇÃO BÁSICA É LUGAR DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS?

Desconfiança na Atenção Básica

“Ele ia no médico, no posto de saúde, o médico dava a receita, mas ele não tinha aquele tratamento adequado exatamente para diabetes”. F3

A falta de confiança nas ações desenvolvidas pela UBS, retratada nas falas de usuários e familiares, pode ter sido resultado da ausência de vínculo com profissionais da UBS,

alta rotatividade de profissionais e da falta de resolutividade das ações, resultado de uma prática clínica degradada, que não considera as histórias, desejos e experiências. Quando o usuário confia que o profissional fará o que é melhor para sua saúde, maior será a satisfação com a atenção recebida, sendo altamente preditor do uso frequente do serviço de saúde (9).

“Eles atendiam, mas é tudo complicado lá. Porque... assim... hoje a senhora vai ao médico, na outra semana a senhora vai a outro médico. Ele vê o seu prontuário, mas ele não lhe conhece, não tem aquela... Ele sabe o que está escrito aqui no papel, mas às vezes ele nem lhe olha”. F8

O vínculo entre um mesmo profissional ou uma mesma equipe permite, ao longo do tempo, um senso de confiança que pode deixar o usuário mais confortável para relatar informações relevantes e responder melhor as recomendações (9). O estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e usuários cria a possibilidade de uma nova prática de atenção à saúde com maior qualidade, facilitando a continuidade do tratamento (10).

O desenvolvimento de relações de vínculo entre as equipes de saúde e usuários pode garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado na Atenção Básica (9). A longitudinalidade pode levar a uma parceria sustentada, na qual o usuário é considerado uma pessoa completa cujos os valores e preferências são levados em consideração (9).

Entretanto, nem sempre a longitudinalidade garante qualidade da atenção. É possível, ter uma relação de longa duração baseada num relacionamento ruim e que um bom relacionamento possa se desenvolver até mesmo em um curto período de tempo e o que permite essa relação é o vínculo interpessoal forte (9).

A Atenção Básica não trata de DRC

Neste estudo, pode-se observar que, para alguns usuários, mesmo havendo algum vínculo com profissionais da Atenção Básica, nem sempre esta atendeu às suas necessidades de saúde, nem foi resolutiva, como pode ser visto na fala de um familiar.

“E ele também tinha inchaço nas pernas. De vez em quando ele ia com ela, ela passava remédio para ele desinchar e pronto. Ela nunca passou exame para saber, realmente o que ele tinha”. F7

Apesar de cuidar de pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, os profissionais que atenderam esses usuários não diagnosticaram a DRC, que passou despercebida, mesmo com queixas significativas. Alguns autores discutem essas dificuldades do diagnóstico, por ser uma doença inicialmente silenciosa até os estágios mais avançados, que por isso, seja recomendado aos profissionais que acompanham pessoas em condição de risco, como diabéticas, hipertensas e idosas, fiquem atentos para a presença de alterações renais iniciais, a fim de instituir medidas de prevenção da progressão da doença (2-3, 11-12).

Pereira et al. (12) encontraram alta prevalência de DRC nos estágios iniciais em usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, principalmente em idosos. Semelhantes resultados foram observados por Lopes-Vargas et al. (13), em estudo com usuários em fase de pré-diálise, que relataram que médicos ignoraram suas queixas por muito tempo, tiveram diagnóstico tardio e não foram informados sobre a doença, como preveni-la ou evitar a progressão.

Entretanto, diferente das falas dos usuários e familiares, alguns profissionais entrevistados avaliaram positivamente o atendimento realizado, como falou um profissional, de uma UBS com Estratégia Saúde da Família.

“Se pelo menos uma boa parte dos programas realmente funcionasse... aqui eu considero que funciona, porque os pacientes são todos acompanhados”. E6

Verifica-se também que alguns profissionais conheciam a necessidade de rastreamento da DRC e relataram uma rotina de acompanhamento para sua identificação entre pessoas diabéticas e hipertensas.

“Eu costumo solicitar sempre alguns exames básicos. Entre eles ureia, creatinina, costumo pedir ultrassom abdome total uma vez por ano na maioria dos pacientes, principalmente os hipertensos e os diabéticos que a gente sabe que pode levar a esse comprometimento maior de função renal que é exatamente para gente estar investigando e tentando fazer o diagnóstico o mais breve possível”. M1

Os resultados deste estudo demonstraram que mesmo em UBS onde os profissionais relataram o uso de medidas para identificar DRC, os usuários ali tratados não tiveram diagnóstico, nem foram encaminhamentos oportunamente. Isso nos permite questionar se as falas acima representam mais o que deveria ser realizado do que as práticas exercidas.

Outros profissionais de saúde relataram a inexistência de uma rotina padrão para atendimento da DRC nos diversos serviços de Atenção Básica.

“Olha, para te falar a verdade, apesar da gente trabalhar com hipertensos, diabéticos, que leva muito a esse problema, eu não vejo quase nada, eu não vejo na área básica de saúde, quase nenhum atendimento assim melhor, específico para o renal crônico”. M2

“O que a gente sabe é o que a gente leu, e a gente quando atende algum paciente que vem, a gente vai, procura ver na internet, assim que a gente vai trabalhando com eles, não temos nenhum protocolo”. E1

Achados semelhantes foram observados em outros estudos, como o realizado por Tonkin-Crine et al. (14), que identificaram pouca experiência dos profissionais da Atenção Básica para lidar com pessoas com DRC. Travagim et al. (15) identificaram que os profissionais de saúde realizavam rastreamento para DRC na população vulnerável, no entanto, não utilizavam as recomendações para o manejo correto da doença e prevenção de riscos.

A educação permanente dos profissionais de saúde da Atenção Básica para a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dos fatores de risco é uma das recomendações das diretrizes do Ministério da Saúde para DRC (6). Uma revisão sistemática de estudos qualitativos, realizada por Nazar et al. (16) evidenciou que a falta de educação em saúde para profissionais Atenção Básica foi uma importante barreira para a modificação dos fatores de risco de DRC entre pessoas que evoluíram com a doença e para o controle da progressão sua progressão.

Na Atenção Básica, medidas simples e de baixo custo constituem os principais instrumentos para o diagnóstico precoce da DRC que os profissionais de saúde podem utilizar rotineiramente (17). A medida da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) é o principal exame para identificar a DRC e fazer o seu estadiamento, para orientar medidas que possam controlar a progressão da doença (17).

As fórmulas desenvolvidas para facilitar o diagnóstico da DRC de maneira precoce, como Cockcroft e Gault (CG), *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD) e *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration* (CKD-EPI), que estimam valores da TFG, podem ser utilizadas corriqueiramente como parte do protocolo de acompanhamento de usuários com risco para a doença (17). As tabelas que identificam a TFG sem a necessidade de cálculos,

construídas a partir das fórmulas MDRD e EPI-CKD, podem ser usadas pelos profissionais da Atenção Básica para rastreamento da DRC, em pessoas do grupo de risco (18-19).

Indiferença da equipe multiprofissional

Ainda em relação ao acompanhamento de pessoas com doenças crônicas nas UBS, verificou-se que houve relatos sobre o atendimento por equipe multiprofissional.

“Quando ele vem, ele está matriculado aqui com o diabetes, com a pressão alta e são acompanhados pelo médico, pela enfermeira e pelo nutricionista, a gente acompanha eles, e quando o médico vê através de exames, vê que ele está com algum problema, ele manda para o especialista”. E1

Destaca-se, no entanto, que a presença de uma equipe multiprofissional não necessariamente garante que as diferentes categorias profissionais compartilhem objetivos comuns em direção a um processo de trabalho interdisciplinar, como verificado no relato de outro profissional em unidade distinta da anterior, porém de modelo tradicional, sem Estratégia Saúde da Família, retratando a dificuldade do trabalho em equipe multiprofissional na UBS.

“A gente atende paciente aqui todo mês e quando a gente identifica problema renal, a gente tem que encaminhar para o clínico e o clínico, muitas vezes, não tem a sensibilidade... talvez na pressa ele não olha os exames com essas alterações das escórias e aí ele não encaminha para o especialista”. E5

A falta de trabalho em equipe compromete o controle adequado de pessoas com risco para desenvolver a DRC. Deve-se ressaltar que o trabalho de forma multiprofissional e interdisciplinar constitui uma das diretrizes da Atenção Básica, que contribui para a integralidade da atenção (20). Essas atividades são melhor desenvolvidas por equipes de Estratégia Saúde da Família.

A Atenção Básica deve utilizar mecanismos que possam colocar a atenção a esses usuários na agenda do serviço de saúde (21). Realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC é uma das competências da equipe multiprofissional na atenção a pessoa com DRC (6). O relato de um profissional pode exemplificar isso.

“A gente orienta, faz de novo a orientação sempre, e com relação aos pacientes diabéticos, que não consegue ver direito para se administrar insulina, a gente pede que traga um acompanhante para gente poder ensinar como é que faz a administração correta, ensina direitinho”. E2

Entretanto, a fragilidade na relação equipe-usuário pode influenciar nos níveis de autocuidado e adesão às orientações para prevenção da DRC, enquanto que, a utilização de medidas adequadas de autocuidado, pode contribuir para prevenção de DRC em qualquer estágio da doença (22). Shirazian et al. (23) observaram que pessoas diabéticas com DRC tiveram mais dificuldades para adesão ao tratamento medicamentoso e dietético desde o início do acompanhamento da Diabetes Mellitus, quando comparados àqueles sem DRC. Esses autores sugeriram a utilização de mecanismos motivadores por uma equipe multiprofissional para promover a aderência ao tratamento (23).

Mas também houveram relatos neste estudo, de profissionais que consideravam a falta de adesão de usuários um comportamento de negligência ou teimosia destes, como disse um profissional entrevistado.

“Eu acho que é descuido mesmo do paciente. Paciente que não quer fazer o tratamento direitinho. Aí foge da dieta que a nutricionista recomenda. Geralmente são pacientes difíceis de lidar, deles aceitarem a doença, de fazer o tratamento correto, é um tratamento para a vida toda praticamente, paciente que tem hipertensão e diabetes tem que fazer controle a vida toda praticamente”. E7

Diante disso, questiona-se qual a possibilidade de os profissionais compartilharem um tratamento que possibilite aos usuários a aceitação não com uma imposição, mas como uma construção. Vários estudos já demonstraram efeitos positivos na prevenção e controle da DRC quando acompanhados na Atenção Básica por equipe multiprofissional eficiente (24-27). Daker-White et al. (22) também observaram que a implementação de políticas e estratégias de saúde pública por parte da equipe de saúde, que compartilhavam decisões entre profissional e usuário, permitiram empoderamento do usuário para manter o autocuidado.

Ineficácia da comunicação na rede de atenção

A falta da articulação do trabalho da equipe multiprofissional também pode comprometer o atendimento em rede à pessoa com DRC e a integralidade da atenção. Dificuldades de comunicação entre a Atenção Básica e os outros níveis de atenção ficou evidente neste estudo.

“A gente manda a referência, mas dificilmente volta a contrarreferência, a gente sabe porque o paciente traz a receita do outro médico, aí a gente vê qual que foi a conduta, traz o exame que ele fez lá com o outro médico, a gente acompanha mais dessa forma”. M1

“A gente investiga, pede os exames básicos, toda vez que a gente pode pedir na atenção básica, e quando a gente detecta algum risco, a gente encaminha. Nesse momento que o paciente não chega no especialista”. M5

Almeida et al. (28) observaram também baixa utilização de contrarreferência após consulta com especialistas no sistema de saúde, em algumas capitais do país. O compartilhamento de informações entre profissionais da Atenção Básica e nefrologistas, como a utilização do modelo de Equipe de Referência e Apoio Matricial, seria uma importante medida para interferir positivamente no atendimento da DRC pela Atenção Básica (29-30). Erdmann et al. (31) observaram que para que a rede funcione e seja eficiente e a Atenção Básica possa efetivamente exercer seu atributo de coordenação, o acesso aos procedimentos na atenção secundária tem que estar disponível, o sistema de marcação de consulta ser eficiente, sistemas de referência e contrarreferência estejam organizados, e ambos os níveis de atenção, básica e secundária, estejam trabalhando integrados.

A ATENÇÃO BÁSICA PERDE O CONTATO COM OS USUÁRIOS EM HEMODIÁLISE

Um aspecto importante a ser destacado foi a perda de contato da UBS, quando o usuário iniciou o tratamento de hemodiálise, o que ocorreu para a maioria daqueles que eram tratados previamente nas Unidades Básicas de Saúde, para Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Isso foi reconhecido por um profissional.

“Muitas vezes quando a gente consegue encaminhar a gente perde o contato”. E1

Uma vez realizando tratamento de hemodiálise, não houve seguimento do acompanhamento dos usuários pela Atenção Básica, à exceção de um caso, que seguiu recebendo atendimento de rotina da equipe de Estratégia Saúde da Família, através de visita domiciliar, como relatado pelo familiar.

“Ela ainda recebe atendimento, a enfermeira e a doutora ainda vão em casa. Tem um agente de saúde que vai lá, passa de vez em quando por lá e a gente já pede, solicita a visita da doutora”. F9

Usuários e familiares citaram como justificativa a impossibilidade física do usuário, devido a doença, para se deslocar até a UBS.

“Depois que ele foi lá para a hemodiálise ele já não foi mais [sobre a UBS]... ele já se sente muito cansado, não tem mais aquela vitalidade”. F10

“Lá no Posto de saúde? Não, lá não. Depois que eu vim fazer hemodiálise, fiquei com problemas nas minhas pernas, não pude mais ficar andando”. U11

Mesmo para usuários em tratamento na hemodiálise, há necessidade de acompanhamento pela UBS, para garantia do vínculo, promover adesão ao tratamento e como forma de acesso ao sistema de saúde, com ênfase para as visitas domiciliares regulares pelos agentes comunitários de saúde, principalmente para aqueles usuários com dificuldade de locomoção até a unidade. Reforça-se que dentre as atribuições da Atenção Básica está a responsabilidade sanitária da área adscrita, de tal forma que, embora o usuário não procure a UBS, esta deveria ter conhecimento de sua existência (20). Um profissional relatou isso.

“Tenho um paciente renal crônico, a parte da diálise ele faz três vezes na semana. Mas a nossa assistência da atenção básica dele é a assistência domiciliar porque é um paciente amputado, então é um paciente que tem dificuldade de se deslocar até o posto”. M3

Na Linha de cuidado à pessoa com DRC, ficou estabelecido pelas diretrizes do Ministério da Saúde, para a Atenção Básica manter o vínculo e o cuidado das pessoas com

DRC, mesmo quando referenciados para outros pontos de atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, inclusive para aqueles em programa regular de hemodiálise, com a utilização de Apoio Matricial dos profissionais da hemodiálise na condução dos casos (6).

Em estudo realizado por LO et al. (32), os médicos da Atenção Básica e especialistas concordavam e enfatizaram a importância desse nível de atenção para o manejo da DRC, em qualquer estágio da doença, e que os cuidados de saúde ótimos eram uma interação entre a auto-gestão de usuários e profissionais desse nível de atenção, com o apoio especializado secundário e terciário.

CONCLUSÃO

A triangulação das informações permitiu a obtenção de achados amplos acerca do atendimento da Atenção Básica às pessoas com DRC, correspondendo a um ponto forte deste estudo. As entrevistas restritas aos profissionais da Atenção Básica podem ter constituído uma limitação, na medida em que a percepção de profissionais dos outros níveis de atenção, ou mesmo dos agentes comunitários de saúde, poderia ter resultado em um panorama da Linha de cuidado para pessoas com DRC nessa localidade, apesar de não ter sido objeto da presente pesquisa.

Neste estudo, pode-se concluir que usuários, familiares e profissionais de saúde não perceberam a Atenção Básica preparada para identificar a DRC e realizar as condutas necessárias para o controle da doença, como fazer a prevenção, diagnosticar precocemente os casos e encaminhar para outros níveis de atenção, não sendo, portanto, resolutiva para esses usuários com DRC. Entre as situações que demonstraram essas deficiências, observou-se a falta de confiança por parte de alguns usuários para as ações desenvolvidas nas UBS, divergências entre profissional e usuário quanto a adesão ao tratamento na unidade e a execução de autocuidado, embora não tenha sido observado relatos de usuários quanto a possível autonomia para sua realização.

Entretanto, os profissionais de saúde relataram realizar investigação da DRC em pessoas acompanhadas nas UBS. Quando diagnosticados na Atenção Básica os usuários apresentaram dificuldades para acessar os outros níveis de atenção e dar continuidade ao tratamento para DRC e quando a referência para nefrologistas foi alcançada, o sistema de contrarreferência não funcionou, inclusive houve perda do vínculo com aqueles que iniciaram tratamento em hemodiálise.

Ficou evidente a falta que protocolo clínico padronizado nos vários serviços da Atenção Básica, que pudessem auxiliar para melhorar as condutas voltadas para o manejo da DRC. Mesmo tendo conhecimento sobre DRC, profissionais não se sentiam preparados para lidar com as pessoas com DRC na Atenção Básica.

De modo geral, a coordenação da atenção aos usuários com DRC pela Atenção Básica foi comprometida pela falta de resolutividade para as necessidades de saúde dessas pessoas, comprometendo a integralidade do cuidado.

Verifica-se a necessidade de implantação de trabalho multiprofissional eficiente nesses serviços, com apoio especializado, priorizando a cogestão, entre os níveis de Atenção Básica e especializada, de modo a garantir a integralidade.

CONFLITO DE INTERESSE: Declaramos não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- 1 Cueto-Manzano AM, Cortés-Sanabria L, Martínez-Ramírez HR. Role of the primary care physician in diagnosis and treatment of early renal damage. *Ethn dis.* 2008;19(1), Suppl 1:S1-68-72.
- 2 Allen AS, Forman JP, Orav EJ, Bates DW, Denker BM, Sequist TD. Primary care management of chronic kidney disease. *J Gen Intern Med.* 2011;26(4):386-392.
- 3 Peixoto ERDM, Reis IA, Machado EL, Andrade EIG, Acurcio FDA, Cherchiglia ML. Diálise planejada e a utilização regular da atenção primária à saúde entre os pacientes diabéticos do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(6):1241-1250.
- 4 Levey AS, Coresh J. Chronic kidney disease. *The Lancet.* 2012;379(9811):165-180.
- 5 Bastos RM, Bastos MR. Inserção do Programa de Saúde da Família na Prevenção da Doença Renal Crônica. *J Bras Nefrol.* 2007;29(1), supl. 1:32-34.
- 6 Brasil. Portaria no 389 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado pré-dialítico. *Diário Oficial da União* 2014; 13 mar.
- 7 Silva LK, Bregman R, Lessi D, Alves MB. Ensaio sobre a cegueira: mortalidade de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise de emergência. *Cien Saude Colet* 2012;17(11):2971-80.
- 8 Bardin L. *Análise de Conteúdo.* 5 ed. Lisboa: Edições 70; 2011.

- 9 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
- 10 Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EGD, Andrade RLDP, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta paul. enferm.* 2010;23(1):131-135.
- 11 Bastos MG, Kirsztajn GM. Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. *J Bras Nefrol.* 2011; 33(1):93-108.
- 12 Pereira ERS, Pereira ADC, Andrade GBD, Naghettini AV, Pinto FKMS, Batista SR, Marques SM. Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. *J. Bras Nefrol.* 2016;38(1):22-30.
- 13 Lopez-Vargas PA, Tong A, Phoon RK, Chadban SJ, Shen Y, Craig JC. Knowledge deficit of patients with stage 1–4 CKD: a focus group study. *Nephrology.* 2014;19(4):234-243.
- 14 Tonkin-Crine S, Santer M, Leydon GM, Murtagh FE, Farrington K, Caskey F et al. GPs' views on managing advanced chronic kidney disease in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2015;65(636):e469-e477.
- 15 Travagim DAS, Kusumota L, Teixeira CRDS, Cesarino CB. (2010). Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. *Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro.* 2010;18(2):291-7.
- 16 Nazar CMJ, Kindratt TB, Ahmad SMA, Ahmed M, Anderson J. Barriers to the successful practice of chronic kidney diseases at the primary health care level; a systematic review. *J Renal Inj Prev.* 2014; 3 (3):61.
- 17 Bastos MG, kirsztajn GM. Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. *J Bras Nefrol.* 2011; 33 (1): 93-108.
- 18 Bastos RMR, Bastos MG. Tabela de cálculo imediato da filtração glomerular. *J Bras Nefrol.* 2005; 27 (1): 40-3.
- 19 Magacho EJC, Pereira AC, Mansur HN, Bastos MG. Nomograma para a estimação da taxa de filtração glomerular baseado na Fórmula CKD-EPI. *J Bras Nefrol.* 2012; 34 (3): 313-5.

- 20 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica: Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.
- 21 Murphree DD, Thelen SM. Chronic kidney disease in primary care. *J Am Board Fam Med* 2010; 23(4):542-50.
- 22 Daker-White G, Rogers A, Kennedy A, Blakeman T, Blickem C, Chew-Graham, C. Non-disclosure of chronic kidney disease in primary care and the limits of instrumental rationality in chronic illness self-management. *Soc Sci Med*. 2015;(131):31-39.
- 23 Shirazian S, Crnosija N, Weinger K, Jacobson AM, Park J, Tanenbaum ML, et al. The self-management experience of patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease: A qualitative study. *Chronic Illn*. 2016;12(1):18-28.
- 24 Martínez-Ramírez HR, Cortés-Sanabria L, Rojas-Campos E, Hernández-Herrera A, Cueto-Manzano AM. Multidisciplinary strategies in the management of early chronic kidney disease. *Arch Med Res*. 2013; 44(8):611-615.
- 25 Santos FRD, Filgueiras MST, Chaoubah A, Bastos MG, Paula RBD. Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida e em parâmetros laboratoriais de pacientes com doença renal crônica. *Rev. psiquiatr. clín*. 2008:87-95.
- 26 Chen PM, Lai TS, Chen PY, Lai CF, Yang SY, Wu V et al. Multidisciplinary care program for advanced chronic kidney disease: reduces renal replacement and medical costs. *Am J Med*. 2015; 128 (1):68-76.
- 27 Cho EJ, Park HC, Yoon HB, Ju KD, Kim H, Oh YK. Effect of multidisciplinary pre-dialysis education in advanced chronic kidney disease: Propensity score matched cohort analysis. *Nephrology*. 2012;17(5):472-479.
- 28 Almeida, PF; Giovanella, L; Nunan, BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde debate* [online]. 2012, vol.36, n.94 [cited 2017-08-11], pp.375-391. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300010 &lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000300010>.
- 29 Pena PFA, Silva Júnior AG, Oliveira PTR, Moreira GAR, Libório AB. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. *Cien Saude Colet*. 2012;17(11):3135-3144.
- 30 Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*. 2011;20(4):961-970.

- 31 Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2013, vol.21, n.spe [cited 2017-08-11], pp.131-139. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692013000700017&lng=en&nrm=iso>.ISSN15188345.
[http://dx. doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017).
- 32 Lo C, Ilic D, Teede H, Fulcher G, Gallagher M, Kerr PG, et al. Primary and tertiary health professionals' views on the health-care of patients with co-morbid diabetes and chronic kidney disease—a qualitative study. *BMC nephrol.* 2016;17(50):1-12.

6 CONSIDERAÇÕES GERAIS

A DRC produz intenso impacto na vida de quem adoece e de sua família, social, financeiro, nas relações interpessoais e do núcleo familiar. Diferentemente do que normalmente as pessoas esperam e planejam para as suas vidas, ter uma doença crônica como a DRC e necessitar de uma máquina para sobreviver é um fato que muda definitivamente os rumos da vida da pessoa.

É dito que a Atenção Básica à Saúde é a coordenadora da atenção de doenças crônicas, o que inclui a DRC. Mas, o que se percebeu neste estudo, isto é fato, foi que os profissionais dos serviços de saúde da Atenção Básica à Saúde, que foram identificados por serem de áreas que poderiam atender ou ter atendido os usuários, não enxergavam essa atenção como sua responsabilidade ou da equipe e do serviço. Por outro lado, usuários e familiares participantes, não entendiam, inclusive o melhor termo seria desconheciam, que poderiam contar com essa atenção para ajuda-los na resolução dos seus padecimentos, que é obrigação da gestão pública dar condições para que isso seja concretizado.

Durante os passos realizados ao longo deste estudo, as observações revelaram profundas discordâncias entre o ser feito e o que foi feito. Ouvir as narrativas da experiência do adoecimento de cada usuário, sentir as suas emoções ao contar a sua trajetória e a descoberta da doença, possibilitou confirmar algumas opiniões que a autora tinha mesmo antes do início deste estudo.

Este estudo utilizou-se da percepção de vários atores sociais que vivenciam o processo de saúde e doença de pessoas que desenvolvem a DRC, para entender como se estabelece a construção de uma atenção integral de prestação de cuidados para a doença, que atendam os anseios de quem procura a atenção. Para isso foram traçados alguns pontos de estudo que juntos poderiam demonstrar a realidade de usuários que convivem com essa situação, o que levou a se considerar como possibilidade desse entendimento traçar as trajetórias de busca de cuidados quando estes se sentiram doentes e decidiram procurar atendimento.

Associado ao entendimento desses caminhos percorridos, entendeu-se que a história dos envolvidos nesse processo, suas percepções, ideias, opiniões, experiências e sentimento poderiam completar as informações e construir um conhecimento que permita avaliar a forma como está sendo produzido o cuidado para portadores de DRC dentro da gestão pública de uma localidade que possa refletir outros locais e permitir criar novas práticas de cuidados para resolver os problemas dessas pessoas.

Os desenhos das trajetórias assistenciais revelaram a experiência do adoecimento cujo impacto foi influenciado por uma descoberta surpreendente, que “tira o chão da pessoa”, que por terem outros planos para sua vida traçados ao longo dos anos, sentem-se traídos por essa vida, por terem seus sonhos desmanchados subitamente. Toda essa situação traumática se agrava porque o gerenciamento da busca por cuidados é realizado pela pessoa e sua família, e não por uma gestão em redes de serviços e profissionais de saúde que se responsabilizem, por meio da referência e contrarreferência, pelo atendimento das necessidades dessas pessoas nos diferentes níveis de atenção.

As trajetórias apresentadas neste estudo descreveram as escolhas familiares, altamente influenciadas pelas circunstâncias do momento vivido, quanto as suas características biológicas, sociais e econômicas, mas possuindo uma forte convergência expondo as fragilidades dos serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde. Isso promove reflexões profundas sobre as possibilidades de mudar essa realidade, já que ao se pesquisar as trajetórias assistenciais dos usuários de um sistema de saúde, colocou-se em evidência a rede, os problemas de acesso, resolutividade e integralidade da assistência, que os mesmos têm de superar para que as suas necessidades de saúde sejam atendidas.

Desse modo, essas trajetórias, constituíram-se como importante ferramenta de análise da capacidade de integração e atenção na rede dos serviços e profissionais de saúde de uma determinada localidade, possibilitando visualizar e analisar a forma de entrada no sistema de saúde e os caminhos percorridos dentro desse sistema, as implicações do acesso, da gestão do tratamento e a importância das relações de vínculo.

Os problemas relacionados ao acesso, de várias formas, foram marcantes para o atraso na assistência ofertada e na resolutividade da atenção. O acesso é um elemento essencial para o bom cuidado, entretanto, neste estudo, a acessibilidade foi comprometida, repercutindo no uso dos serviços de saúde da Atenção Básica à Saúde, na atenção prestada dentro das UBS e nos vários pontos da rede, de tal maneira que aqueles que buscaram e conseguiram atenção “mais fácil”, no nível terciário, tiveram em seu caminho o apoio de algum familiar ou amigo, que facilitou a sua entrada, enquanto os demais foram submetidos a uma peregrinação entre os vários pontos da rede, de modo cruel e humilhante, com baixa capacidade de resolubilidade em atender às necessidades de saúde dessas pessoas, culminando com um início em hemodiálise, em caráter de urgência.

Enquanto o estudo das trajetórias assistenciais revelou um problema resultando de uma gestão de um modelo fragmentado e com pouco planejamento, com processos burocráticos que impediram a atenção, e uma oferta insuficiente de serviços que possam dar apoio as UBS,

como foi para as consultas especializadas, percebeu-se que na atenção prestada pela Atenção Básica à Saúde para as pessoas portadoras de DRC, não foi o que se espera de um sistema universal e resolutivo, com atributos de ser o primeiro contado para qualquer novo problema que venha surgir, de ser longitudinal e de dar continuidade a uma assistência integral, embora se saiba que o modo como a rede local está organizada e a vontade política (leia-se gestão municipal) interferem diretamente na organização do processo de trabalho nas UBS.

Percebeu-se que a Atenção Básica à Saúde não foi o primeiro contato desses usuários, nem a porta de entrada preferencial da assistência a DRC, onde várias dificuldades de acesso as UBS foram elementos que contribuíram para que isso não acontecesse, embora a falta de confiança nas suas ações tenha influenciado fortemente. Isto está relacionado com a inexistência de um vínculo interpessoal percebido nos relatos de usuários, e seus familiares, que recebiam atendimento para Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial nas UBS, mas não tiveram o diagnóstico da DRC.

As narrativas dos participantes, em particular de profissionais, revelaram uma relação profissional-usuário frágil, mostrando um impasse entre as diferentes percepções e concepções dos diferentes sujeitos envolvidos, quanto ao modo de vida e de encarar o adoecimento, mas que influenciam de certa maneira no desenvolvimento da doença, destacando-se que isto está relacionado a insensibilidade do profissional, com tantas atribuições e atribuições, para entender as singularidades que cercam o usuário, como uma pessoa completa, com sentimentos, histórias, desejos e experiências.

Acredita-se que, em vez do profissional apenas culpabilizar o usuário, sem colocar em análise suas práticas, e apenas impondo e prescrevendo condutas, sem ajudar a dar sentido para as mesmas na vida das pessoas e sem levar em consideração uma relação cultural, familiar e até afetiva com os alimentos, moralizando modos de existência, poderiam utilizar-se de mecanismos para a construção de estratégias que venham ajuda-los na sua luta pela adesão ao tratamento e torna-lo mais autônomo na sua condução do autocuidado.

As narrativas colocaram em evidência o caráter silencioso da DRC, a demora das pessoas em buscar um serviço de saúde no início do aparecimento dos primeiros sintomas, o problema de seu diagnóstico tardio, do início urgente de um tratamento traumático, sem qualquer preparo prévio. Demonstraram as vulnerabilidades, tanto de usuários quanto de profissionais, tão quanto dos serviços, associado à baixa resolutividade da Atenção Básica à Saúde para atender a necessidade de saúde dessas pessoas, ao despreparo da equipe de saúde que deveria cuidar dessas pessoas e identificar a doença, contribuindo para agravar a sua condição de saúde.

No que se refere à busca pelo cuidado, ao contrário do que as políticas e protocolos do Ministério da Saúde no Brasil, nesse estudo foi evidenciado que a Atenção Básica à Saúde não cumpriu sua função de promoção a saúde, prevenção dos agravos, acompanhamento e referenciamento aos outros serviços de saúde, ordenando essa rede e sendo resolutiva na prestação de uma atenção integral para esses usuários, reconhecendo que as responsabilidades profissionais e, sobretudo gestoras locais foram negligenciadas, o que prejudicou a integralidade da atenção.

Notou-se ainda que o usuário, uma vez iniciando Terapia Renal Substitutiva, perde o vínculo com a UBS. Entretanto, questiona-se até que ponto isso é uma realidade ou uma idealização? Foi fácil perder um vínculo que talvez nunca tenha existido, de deixar de manter um contato porque tomou-se de um padecimento que delimita as suas atividades e a UBS não se sente responsável por seu cuidado. É nessa fase que o usuário talvez mais se beneficiará com a atenção prestada nas UBS que o conectará com toda rede de atenção saúde.

Acredita-se que o enfrentamento da doença possa ser potencializado através de um cuidado de qualidade, criação de vínculos fortes e solidários entre usuário-profissionais de saúde, acolhimento dos profissionais dos diversos serviços, especialmente da Atenção Básica à Saúde, possibilidade de educação permanente para os profissionais, com espaços de discussão de casos para construção de projetos terapêuticos singulares, promoção de uma escuta qualificada, garantia de acesso aos serviços de saúde com responsabilização e resolutividade dos mesmos de maneira integral e equânime.

Torna-se fundamental o papel da gestão pública para assegurar a proteção à saúde da população. A gestão não pode ser omissa na atenção de pessoas com DRC, ao contrário, deve-se valer de seu posicionamento, construir uma linha de cuidado privilegiando a Atenção Básica à Saúde, assegurando todos os componentes para conferir uma atenção necessária para o usuário e sua família.

Outro aspecto fundamental é a necessidade de se aproximar a Atenção Básica à Saúde do nível especializado no cuidado do usuário, considerando que esta precisa do apoio dos outros níveis de atenção para desenvolver um atendimento integral, mas como e o que a nefrologia pode fazer pela Atenção Básica à Saúde quanto ao cuidado da pessoa com DRC. A nefrologia deve trabalhar junto a Atenção Básica à Saúde e a proposta mais adequada é o Apoio Matricial, com projetos terapêuticos singulares e co-gestão no manejo da doença.

A educação de profissionais da Atenção Básica à Saúde, para atender pessoas com DRC ou na prevenção da doença constitui um importante estratégia de controle e a especialidade, através das universidades e sociedades especializadas pode criar programas de

atualização permanente como forma de assegurar atendimento aos usuários e diagnóstico precoce.

É importante salientar que apesar das discussões proporcionadas pela pesquisa, esta possui limitações por não ser generalizável, pois se aplica a realidade e às pessoas com quem foi desenvolvido, possuindo peculiaridades relativas ao cenário estudado e a visão das pessoas envolvidas. Espera-se com este estudo promover reflexões dos profissionais a respeito da prática em saúde que vêm exercendo em seu cotidiano, promovendo questionamentos e se os mesmos vêm agindo em consonância com os princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALLEN A. S.; FORMAN J.P.; ORAV E. J.; BATES D.W.; DENKER BM, SEQUIST TD. Primary care management of chronic kidney disease. **J Gen Intern Med.** v. 26, n. 4, p. 386-92, 2011.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde debate**, v. 36, n. 94, p. 375-391, 2012.
- ALVARENGA, J. P. O. et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. **Revista de enfermagem UFPE on line**-ISSN: 1981-8963, v. 7, n. 10, p. 5944-5951, 2013. em 24/03/2017
- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. Et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed, São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 783-836.
- ANÉAS, T. V.; AYRES, J. R. C. M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface Comunic Saúde Educ.** v. 15, n. 38, p. 651-662, 2011.
- ARAÚJO, R. C. D. S.; SILVA, R. A. R. D.; BEZERRA, M. X.; ONOFRE, M. S.; ARAÚJO, A. E. V. D.; SILVA, K. M. P. D. Itinerário terapêutico de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico. **Rev Pesq Cuid Fund Online**, v. 6 n. 2, p. 525-538, 2014. <Disponível em www.seer.unirio.br>. Acesso em 11/10/2015.
- ASSIS, M. M. M.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Cien Saude Colet.** v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.
- ASSIS, M. M. A.; DE JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de se(do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Soc São Paulo**, v. 13, n.3, p. 16-29, 2004.
- AYRES, J. R. C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, J. R. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 91-108.

- BAER G.; LAMEIRE N.; VAN BIESEN W. Late referral of patients with end-stage renal disease: an in-depth review and suggestions for further actions. **NDT plus**. v. 3, n. 1, p. 17-27, 2010.
- BALDWIN, M. D. The primary care physician/nephrologist partnership in treating chronic kidney disease. **Prim Care Clin Office Pract**. v. 41, n. 4, p. 837-856, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 280p.
- BASTOS R. M. R.; BASTOS M. G. Tabela de cálculo imediato da filtração glomerular. **J Bras Nefrol**. v 27, n. 1, p. 40-3, 2005.
- BASTOS, R. M. R.; BASTOS, M. G. Inserção do Programa de Saúde da Família na Prevenção da Doença Renal Crônica. **J Bras Nefrol**, v 29, n. 1, supl. 1, p. 32-34, 2007.
- BASTOS, M. G. Prevenção da Doença Renal Crônica. In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p. 816-826.
- BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M.. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 2, p. 248-53, 2010.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN G. M. Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. **J Bras Nefrol**. v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.
- BATISTA, L. K. C.; PINHEIRO, H. S.; FUCHS, R. C.; OLIVEIRA, T.; BELCHIOR, F. J. E.; GALIL, A. G. S.; ANDRADE, L. C. F.; BASTOS, M. G. Manuseio da Doença Renal Crônica em pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes. **J Bras Nefrol**, v. 27 n. 1, p. 8-14, 2005.
- BELLATO R.; ARAÚJO L. F. S. D.; CASTRO P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO R.; SILVA JÚNIOR A. G. D.; MATTOS R. A. D., editors. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2008. p. 167-88.
- BELLO, A. K.; NWANKWO, E.; EL NAHAS, A. M. Prevention of chronic kidney disease: a global challenge. **Kidney Int**. v. 68, p. S11-S17, 2005.
- BLAKEMAN T.; PROTHEROE J.; CHEW-GRAHAM C.; ROGERS A.; KENNEDY A. Understanding the management of early-stage chronic kidney disease in primary care: a qualitative study. **Br J Gen Pract**. v. 62, n. 597, p. e233-42, 2012.
- BLOCK, A. M. B; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia**. 2008, São Paulo: Saraiva, 14ª edição, 368p.
- BOING, A. C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev Bras Hipertens**, v. 14, n. 2, p. 84-8, 2007.

BOSI, M. L.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BOULWARE, L. E.; CARSON, K. A.; TROLL, M. U.; POWE, N. R.; COOPER, L. A. Perceived susceptibility to chronic kidney disease among high-risk patients seen in primary care practices. **J Gen Intern Med**, v. 24, n. 10, p. 1123-1129, 2009.

BRADY, M; O'DONOGHUE, D. The role of primary care in managing chronic kidney disease. **Br J Gen Pract**. v. 60, n. 575, p. 396-7, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 64 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 148 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2010. 2010

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 204, p. 55, 24 out 2011. Seção 1 pt 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica: Série E. Legislação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília DF, Nº 34, quarta-feira, 20 de fevereiro de 2013a.

BRASIL. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Nº. 50, sexta-feira, 14 de março de 2014. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica** – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. p.: 37 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informação em Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS [Internet]. 2017 [acesso 2017 jun 06]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipepa.def>>

BRUNELLO M. E. F.; PONCE M. A. Z.; ASSIS E. G. D.; ANDRADE R.; L. D. P.; SCATENA L. M.; PALHA P. F.; VILLA T. C. S. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta paul. enferm.* 2010;23(1):131-135.

BURMEISTER, J. E.; MOSMANN, C. B.; BAU, R.; ROSITO, G. A. Prevalência de diabetes mellitus em pacientes renais crônicos sob hemodiálise em Porto Alegre, Brasil. **J Bras Nefrol.** v. 32, n.2 p. 117-121, 2012.

CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: O estado da arte da produção científica no Brasil. **Cien Saude Colet**, v. 16. N. 11, p. 4433-4442, 2011.

CACCIA-BAVA M. C. G.; PEREIRA M. J. B.; ROCHA J. S. Y.; MARTINEZ E. Z. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. **Medicina Ribeirão Preto.** v. 44, n. 4, p. 347-354, 2011.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Cien Saude Colet**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

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. **Cien Saude Colet**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. p. 41-80.

CAMPOS, C. G. P. et al. Representações sociais sobre o adoecimento de pessoas com doença renal crônica. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 36, n. 2, p. 106-112, 2015.

CARREIRA L.; RODRIGUES R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. **Rev Bras Enferm**. v. 63, n. 6, p. 933-99, 2010.

CARVALHO et al. **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS**. Campinas, São Paulo: Saberes editora, 2013, 250p.

CECILIO, L. C. O. A Morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface Comunic Saúde Educ**, v. 13, supl. 1, p. 545-55, 2009.

CECILIO, LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". **Saude soc** [Online] 2012; 21(2) [acesso 2017-07-11], pp.280-289. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200003&lng=en&nrm=iso>.

CHEN, Jing et al. Prevalence of decreased kidney function in Chinese adults aged 35 to 74 years. **Kidney int**. v. 68, n. 6, p. 2837-2845, 2005.

CHEN P. M.; LAI T. S.; CHEN P. Y.; LAI C. F.; YANG S. Y.; WU, V et al. Multidisciplinary care program for advanced chronic kidney disease: reduces renal replacement and medical costs. **Am J Med**. v. 128, n. 1, p. 68-76, 2015.

CHO E. J.; PARK H. C.; YOON H. B.; JU K. D.; KIM H, OH Y. K. Effect of multidisciplinary pre-dialysis education in advanced chronic kidney disease: Propensity score matched cohort analysis. **Nephrol**. v. 17, n. 5, p. 472-479, 2012.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Cien saude colet**, v. 14, n. 1, p. 1523-1531, 2009.

COLLINS, A. J.; GILBERTSON, D. T.; SNYDER, J. J.; CHEN, S. C.; FOLEY, R. N. Chronic kidney disease awareness, screening and prevention: rationale for the design of a public education program. **Nephrol**, v. 15, n. s2, p. 37-42, 2010.

CORESH, J.; SELVIN, E.; STEVENS, L. A.; MANZI, J.; KUSEK, J. W.; EGGERS, P et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. **Jama**, v. 298, n. 17, p. 2038-2047, 2007.

COSTA, J. S. D.; VICTORA, C. G. O que é “um problema de saúde pública”? **Rev Bras Epidemiol**. v. 9, n. 1, p. 144-146, 2006.

COUSER, W. G.; REMUZZI, G.; MENDIS, S.; TONELLI, M. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. **Kidney int**, v. 80, n. 12, p. 1258-1270, 2011.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. MINAYO, M. IN: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, métodos e criatividade**. 33 ed., Petrópolis, RJ: Vozes p. 9-29, 2013.

CUETO-MANZANO, Alfonso M.; CORTÉS-SANABRIA, L.; MARTÍNEZ-RAMÍREZ, H. R. Role of the primary care physician in diagnosis and treatment of early renal damage. **Ethn dis**, v. 19, n. 1 Suppl 1, p. S1-68-72, 2008.

CUNHA, G. T; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Soc São Paulo**, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

CZERESNIA, D. Conceito de saúde e a diferença entre sua prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D; FREITAS C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed. Rev. E amp. [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

DAKER-WHITE G.; ROGERS A.; KENNEDY A.; BLAKEMAN T.; BLICKEM C.; CHEW-GRAHAM, C. Non-disclosure of chronic kidney disease in primary care and the limits of instrumental rationality in chronic illness self-management. **Soc Sci Med**. v. 131, p. 31-39, 2015.

DIEGOLI, H.; SILVA, M. C. G.; MACHADO, D. S. B.; CRUZ, C. E. R. D. N. Encaminhamento tardio ao nefrologista e a associação com mortalidade em pacientes em hemodiálise. **J Bras Nefrol**, v. 37, n. 1, p. 32-37, 2015.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assesment**. Health Administration Press, 1980.

DUTRA, M. C.; ULIANO, E. J. M.; MACHADO, D. F. G. D. P.; MARTINS, T.; SCHUELTER-TREVISOL, F.; TREVISOL, D. J. Avaliação da função renal em idosos: um estudo de base populacional. **J Bras Nefrol**, v. 36, n. 3, p. 297-303, 2014.

ECKARDT, K. U.; CORESH, J.; DEVUYST, O.; JOHNSON, R. J.; KÖTTGEN, A.; LEVEY, A. S.; LEVIN, A. Evolving importance of kidney disease: from subspecialty to global health burden. **The Lancet**, v. 382, n. 9887, p. 158-169, 2013.

ELLIOTT, M. J.; GIL, S.; HEMMELGARN, B. R.; MANNS, B. J.; TONELLI, M.; JUN, M.; DONALD, M. A scoping review of adult chronic kidney disease clinical pathways for primary care. **Nephrol Dial Transplant**. v. 32, n. 5, p. 838-846, 2017.

EL NAHAS, A. M.; BELLO, A. K. Chronic kidney disease: the global challenge. **The Lancet**. v. 365, n. 9456, p. 331-340, 2005.

EVANS, P. D.; TAAL, M. W. Epidemiology and causes of chronic kidney disease. **Medicine**, v. 39, n. 7, p. 402-406, 2011.

ERDMANN A. L.; ANDRADE S. R.; MELLO A. L. S.F.; DRAGO L. C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am Enferm** [online]. 2013, vol.21, n.spe [cited 2017-08-11], pp.131-139. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700017&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>.

FEUERWERKER, L. C.M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Revista Olho Mágico** (online). Ano 5. Março/99 N° 18. <http://www.uel.br/ccs/olhomagico/N18/enfoque.htm>, acesso em 30/03/2017

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede. **Arq Bras endocrinol metab.** v. 53, p. 1-80, 2009.

FERREIRA, D. C.; SOUZA, I. D.; ASSIS, C. R. S.; RIBEIRO, M. S. A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. **Rev. bras. educ. Med.** v. 38, n. 2, p. 283-288, 2014.

FISCHER M. J.; AHYA S. N.; GORDON E. J. Interventions to reduce late referrals to nephrologists. **Am J Nephrol.** v. 33, n. 1, p. 60-69, 2011.

FOX, C. H., BROOKS, A., ZAYAS, L. E., MCCLELLAN, W., MURRAY, B. Primary care physicians' knowledge and practice patterns in the treatment of chronic kidney disease: an Upstate New York Practice-based Research Network (UNYNET) study. **J Am Board Fam Pract.** v. 19, n. 1, p. 54-61, 2006.

FOX, C. H., SWANSON, A., KAHN, L. S., GLASER, K., & MURRAY, B. M. Improving chronic kidney disease care in primary care practices: an upstate New York practice-based research network (UNYNET) study. **J Am Board Fam Pract.** v. 21, n. 6, p. 522-530, 2008.

FOX, C. H., VEST, B. M., KAHN, L. S., DICKINSON, L. M., FANG, H., PACE, W., et al Improving evidence-based primary care for chronic kidney disease: study protocol for a cluster randomized control trial for translating evidence into practice (TRANSLATE CKD). **Implement Sci**, v. 8, n. 1, p. 1, 2013.

FRANÇA, A. K. T. D. C.; SANTOS, A. M. D.; CALADO, I. L.; SANTOS, E. M. D.; CABRAL, P. C.; SALGADO, J. V. L.; SALGADO FILHO, N. (2010). Filtração glomerular e fatores associados em hipertensos atendidos na atenção básica. **Arq Bras Cardiol.** v. 94, n. 6, p. 779-787, 2010.

FRANCO, T. B., MERHY, E.E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: _____ **Trabalho, produção do Cuidado e subjetividade em saúde.** São Paulo: editora Hucitec, 2013, p151-171.

FRANCO T., MAGALHÃES JÚNIOR H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Editora Hucitec; 2003. p. 125-32.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. IN: BAUER M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 8. ed, Petrópolis, RJ: Vozes, 2010, p. 64-89.

GELBCKE, F. L. L.; MATOS, E. M.; SALLUM, N. C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 31-39, 2012.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GERHARDT, T. E.; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D. L. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO R.; SILVA JÚNIOR A. G. D.; MATTOS R. A. D., editors. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2008. p. 197-214.

GIOVANELLA L.; MENDONÇA M. H. M. D.; ALMEIDA P. F. D.; ESCOREL S.; SENNA M. D. C. M.; FAUSTO M. C. R.; DELGADO M. M.; ANDRADE C. L. T.; CUNHA M. S.; MARTINS M. I. C.; TEIXEIRA C. P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Cien Saude Colet**. v. 14, n. 3, p. 783-794, 2008.

GLASSOCK, R. J.; WINEARLS, C. An epidemic of chronic kidney disease: fact or fiction? **Nephrol Dial Transplant**, v. 23, n.4, p 1117-1121, 2008.

GLEITMAN, H.; REISBERG, D.; GROSS, J. **Psicologia**. 2009, local: Porto Alegre: ARTMED, 7ª edição. 848p.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M.; ROJAS, L. I.; BARCELLOS, C.; PEITER, P.; DE ALBUQUERQUE NAVARRO, M. B.; GRACIE, R. O Território da Saúde: a Organização do Serviço de Saúde e a Territorialização. In: MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, S. C. et al. **O Território da Saúde: Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p 238-256.

GONZÁLEZ, B. S.; PASCUAL, M. R.; GUIJARRO, L. R.; GONZÁLEZ, A. F.; PUERTOLAS, O. C.; LATRE, L. M. R. Enfermedad renal crónica en Atención Primaria: prevalencia y factores de riesgo asociados. **Atención Primaria**, v. 47, n. 4, p. 236-245, 2015.

GRAMS, M. E.; CHOW, E. K.; SEGEV, D. L.; CORESH, J. Lifetime incidence of CKD stages 3-5 in the United States. **Am J Kidney Dis**. v. 62, n. 2, p. 245-252, 2013.

GREER, R. C.; CREWS, D. C.; BOULWARE, L. Challenges Perceived by Primary Care Providers to Educating Patients About Chronic Kidney Disease. **J Ren Care**. v. 38, n. 4, p.174–181, 2012.

GREER R. C.; AMELING J. M.; CAVANAUGH K. L.; JAAR B. G.; GRUBBS V.; ANDREWS C. E. et al. Specialist and primary care physicians' views on barriers to adequate preparation of patients for renal replacement therapy: a qualitative study. **BMC Nephrol**. Online [28 mai 2015]. v. 16, n. 37, 2015. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4387659/pdf/12882_2015_Article_20.pdf. Acesso em 18/09/2016.

GUARIGUATA, L.; WHITING, D. R.; HAMBLETON, I.; BEAGLEY, J.; LINNENKAMP, U.; SHAW, J. E. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. **Diabetes Res Clinical Pract**. v. 103, n. 2, p. 137-149, 2014.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Cien Saud Colet**. v. 15, supl. 1, p. 1497-1508, 2010.

HARWOOD, L.; LOCKING-CUSOLITO, H.; SPITTAL, J.; WILSON, B.; WHITE, S. Preparing for hemodialysis: patient stressors and responses. **Nephrol Nurs J**. v. 32, n. 3, p. 295, 2005.

HOMMEL, K.; MADSEN, M.; KAMPER, A-L. The importance of early referral for the treatment of chronic kidney disease: a Danish nationwide cohort study. **BMC nephrol**. v. 13, n. 1, p. 108, 2012.

HOEPFNER, C.; FRANCO, S. C. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. **Arq Bras Cardiol**. v. 95, n. 2, p. 223-9, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2014. < Disponível em ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativa_dou_2014.pdf. Acesso em 13/04/2015.

JHA, V.; WANG, A. Y. M.; WANG, H. Y. The impact of CKD identification in large countries: the burden of illness. **Nephrol Dial Transplant**, v.27, suppl. 3, p. 32–38, 2012.

JHA, V.; GARCIA-GARCIA, G.; ISEKI, K., LI, Z.; NAICKER, S.; PLATTNER, B.; YANG, C. W. Chronic Kidney disease. Global dimension and perspectives. **Lancet**, v. 382, p. 260–272, 2013.

JOHNSON, B. et al. Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: recommendations and promising practices. **Bethesda MD: Institute for Family-Centered Care**, 2008.

Kidney Disease Improving Global Outcomes CKD Work Group. KDIGO, 2012. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney International**, v. 3, suppl. 1, 2013.

KIEFER, M. M.; RYAN, M. J. Primary care of the patient with chronic kidney disease. **Med Clin North Am**, v. 99, n. 5, p. 935-952, 2015.

KIRSZTAJN, G. M.; BASTOS, M. G. Proposta de padronização de um programa de rastreamento da doença renal crônica. **J Bras Nefrol**, v. 29, n. 1 -Supl 1, 2007.

KLEINMAN A. **The Illness Narratives**. United States of America: Basic Books; 1988.

LEDERER, E.; OUSEPH, R. Chronic Kidney Disease. **Am J Kidney Dis**. Vol 49, No 1 (January), 2007: pp 162-171

LEVEY, A. S.; ECKARDT, K. U.; TSUKAMOTO, Y.; LEVIN, A.; CORESH, J.; ROSSERT, J. et al. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). **Kidney Int**. v. 67, n. 6, p. 2089-2100, 2005.

LEVEY, A. S., ATKINS, R., CORESH, J., COHEN, E. P., COLLINS, A. J., ECKARDT, K. U., et al. Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and initiatives—a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. **Kidney Int**. v. 72, n. 3, p. 247-259, 2007.

LEVEY, A. S.; CORESH, J. Chronic kidney disease. **The Lancet**, v. 379, n. 9811, p. 165-180, 2012.

LEVIN, A.; HEMMELGARN, B.; CULLETON, B.; TOBE, S.; MCFARLANE, P.; RUZICKA, M. Guidelines for the management of chronic kidney disease. **CMAJ**. v. 179, n. 11, p. 1154-1162, 2008.

LIMA, M. A. D. S.; RAMOS, D. D.; ROSA, R. B.; NAUDERER, T. M.; DAVIS, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 1, p. 12-7, 2007.

LO C.; ILIC D.; TEEDE H.; FULCHER G.; GALLAGHER M.; KERR P. G, et al. Primary and tertiary health professionals' views on the health-care of patients with co-morbid diabetes and chronic kidney disease—a qualitative study. **BMC nephrol**. v. 17 n. 50, p. 1-12, 2016.

LOPEZ-VARGAS, P. A.; TONG, A.; PHOON, R. K.S.; CHADBAN, S. J.; SHEN, Y.; CRAIG, J. C. Knowledge deficit of patients with stage 1–4 CKD: A focus group study. **Nephrol**, v. 19, n. 1, p. 234–243, 2014.

LORIG, K. R.; HOLMAN, H. R. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. **Ann Behav Med** v. 26, n. 1, p. 1-7, 2003.

LUGON, J. R. Doença Renal Crônica no Brasil: um problema de saúde pública. **J Bras Nefrol**, v. 31, Supl.1, p. 2-5, 2009.

MAGACHO E. J. C; PEREIRA A. C; MANSUR H.N; BASTOS M.G. Nomograma para a estimacão da taxa de filtração glomerular baseado na Fórmula CKD-EPI. **J Bras Nefrol**. v. 34, n 3, p. 313-5, 2012.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **Rev Min Enferm**. v. 7, n. 1, p. 61-66, 2003.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; CEZÁRIO, A. C.; SILVA JÚNIOR, J. B.; MOURA, L. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços Saúde**, v. 15 n. 1, p. 47-65, 2006.

MALTA, D. C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface Comunic Saúde Educ**, v.14, n.34, p.593-605, 2010.

MANCA, D. P.; GREIVER, M.; CARROLL, J. C.; SALVALAGGIO, G.; CAVE, A.; ROGERS, J. et al. Finding a BETTER way: A qualitative study exploring the prevention practitioner intervention to improve chronic disease prevention and screening in family practice. **MC Family Practice**, v. 15, n. 66, 2014. <Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/66>>. Acesso em 14/10/2015.

MÂNGIA E. F., MURAMOTO M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev Ter Ocup Univ**, v.19, n. 3, p. 176-82, 2008.

MARTÍNEZ-RAMÍREZ, H. R.; CORTÉS-SANABRIA, L.; ROJAS-CAMPOS, E.; HERNÁNDEZ-HERRERA, A.; CUETO-MANZANO, A. M. Multidisciplinary strategies in the management of early chronic kidney disease. **Arc Med Res**. v. 44, n. 8, p. 611-615, 2013.

MERCADO-MARTINEZ FJ, SILVA DGV, LOPES RSG, BÖELL JE, SOUZA SDS, ZILLMER V, GRACIELA J. Vivendo com insuficiência renal: obstáculos na terapia da hemodiálise na perspectiva das pessoas doentes e suas famílias. **Physis**. v. 25, n. 1, p. 59-74, 2015.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. 4ª edição, São Paulo: Editora WWF Martins Fontes. 2011, 662p.

MELO, A. P. R., MESQUITA, G. V., ALVES, E. L. M., MOURA, M. E. B. Ações de profissionais da Estratégia Saúde da Família na detecção da doença renal crônica. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 10, n. 5, p. 1635-1644, 2016. acesso 04/03/2017
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8762/pdf_10152

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Cien Saud Colet**. v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, v. 549, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p

MENDES, A. D. C. G.; MIRANDA, G. M. D.; FIGUEIREDO, K. E. G.; DUARTE, P. O.; FURTADO, B. M. A. S. M. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Cien Saúd Colet**. v. 17, n. 11, p. 2903-2912, 2012.

MENEZES, F. G. D.; BARRETO, D. V.; ABREU, R. M., ROVEDA, F.; PECOITS FILHO, R. F. S. Panorama do tratamento hemodialítico financiado pelo Sistema Único de Saúde-Uma perspectiva econômica. **J Bras Nefrol.** v. 37, n. 3, p. 367-378, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013, 406 p.

MOREIRA, H. G.; SETTE, J. B.; KEIRALLA, L. C., ALVES, S. G.; PIMENTA, E., SOUSA, M. D. et al. Diabetes mellitus, hipertensão arterial e doença renal crônica: estratégias terapêuticas e suas limitações. **Rev Bras Hipertens,** v. 15, n. 2, p. 111-6, 2008.

MOURA, A. A. G.; CARVALHO, E. F.; SILVA, N. J. C. Repercussão das doenças crônicas não transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Cien Saude Colet.** v. 12, n. 6, p. 1661-72, 2007.

MURPHREE, D. D.; THELEN, S. M. Chronic Kidney Disease in Primary Care. **J Am Board Fam Med,** v. 23, n. 4, p. 542-550, 2010.

National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. **Am J Kidney Dis.** v. 39, suppl S1-S266, 2002.

NARVA, A. S. Optimal preparation for ESRD. **Clin J Am Soc Nephrol,** v. 4, n. Suppl 1, p. S110-S113, 2009.

NAZAR, C. M. J.; KINDRATT, T. B.; AHMAD, S. M. A.; AHMED, M.; ANDERSON, J. Barriers to the successful practice of chronic kidney diseases at the primary health care level; a systematic review. **J Renal Inj Prev,** v. 3, n. 3, p. 61-67, 2014.

NAVANEETHAN, S. D.; ALOUDAT, S.; SINGH, S. A systematic review of patient and health system characteristics associated with late referral in chronic kidney disease. **BMC Nephrol,** v. 9, n. 1, p. 3, 2008.

ORMANDY P. Information topics important to chronic kidney disease patients: a systematic review. **Journal of Renal Care,** 34(1), 19-27, 2008.

PASKULIN L. M. G.; VALER D.B.; VIANNA L. A. C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Cien Saude Colet.** v. 16, n. 6, p. 2935-2944, 2011.

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

PAULA, E. A. D.; COSTA, M. B.; COLUGNATI, F. A. B.; BASTOS, R. M. R.; VANELLI, C. P.; LEITE, C. C. A. et al. Strengths of primary healthcare regarding care provided for chronic kidney disease. **Rev. Latino-Am Enferm.** [online 9 set 2016]. v. 24, n 2, p 6-9, 2016. Disponível < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100412 &script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em 20/02/2017.

PEIXOTO, E. R. M.; REIS, I. A.; MACHADO, E. L.; ANDRADE, E. I. G.; ACURCIO, F, A.; CHERCHIGLIA, M. L. Diálise planejada e a utilização regular da atenção primária à saúde entre os pacientes diabéticos do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúd Pública**, v. 29, n. 6, p. 1241-1250, 2013.

PENA, P. F. A.; SILVA JÚNIOR, A. G.; OLIVEIRA, P. T. R.; MOREIRA, G. A. R.; LIBÓRIO, A. B. Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: Pensando a integridade e o matriciamento. **Cien Saúd Colet**. v. 17, n. 11, p. 3135-3144, 2012

PEREIRA, E. R. S.; PEREIRA, A. D. C.; ANDRADE, G. B. D.; NAGHETTINI, A. V.; BATISTA, S. R.; MARQUES, S. M.; PINTO, F. K. M. S. Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. **J Bras Nefrol**. v. 38, n. 1, p. 22-30, 2016.

PFUETZENREITER, F. et al. Morbidade e mortalidade em hemodiálise? Importância do seguimento pré-dialítico e da fonte de financiamento. **J Bras Nefrol**. v. 29, n. 1, p. 19-24, 2007.

PICCINI RX, FACCHINI LA, TOMASI E, THUMÉ E, SILVEIRA DS, SIQUEIRA FV, RODRIGUES MA. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Cien Saude Colet**. v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

PINHEIRO R, SILVA JUNIOR AG. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, Mattos RA, organizadores. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 17-42.

PINHEIRO R, SILVA JUNIOR AG. A Centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: Pinheiro R, Martins PHN, organizadores. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro; CEPESP, 2011. P. 37-52

PLANTINGA, L. C.; BOULWARE, L. E.; CORESH, J.; STEVENS, L. A.; MILLER, E. R. SARAN, R. et al. Patient awareness of chronic kidney disease: trends and predictors. **Arc Intern Med**. v. 168, n. 20, p. 2268-2275, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM. Atenção Básica. Disponível em <<http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=12>>acesso em 13/04/2015.

REMUZZI, G.; BENIGNI, A.; FINKELSTEIN, F. O.; GRUNFELD, J. P.; JOLY, D.; KATZ, I. et al. Kidney failure: aims for the next 10 years and barriers to success. **The Lancet**, v. 382, n. 9889, p. 353-362, 2013.

RETTIG, R. A.; NORRIS, K.; NISSENSON, A. R. Chronic kidney disease in the United States: a public policy imperative. **Clin J Am Soc Nephrol**. v. 3, n. 6, p. 1902-1910, 2008.

ROMÃO JÚNIOR, J. E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **J Bras Nefrol**, v. 26, n. 3, supl. 1, p. 1-3, 2004.

RONKSLEY, P. E.; HEMMELGARN, B. R. Optimizing care for patients with CKD. **Am J Kidney Dis** v. 60, n. 1, p. 133-138, 2012.

SAID, A; DESAI, C; LERMA, E. V. Chronic kidney disease. **Disease-a-Month**, v. 61, n. 9, p. 374–377, sep. 2015

SAITO R.X.S. Políticas de Saúde. In: Ohara ECC, Saito RXS, editors. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. 1. 3 ed. São Paulo: Martinari; 2014a. p. 61-90.

SAITO, R. X. S. Atenção Primária à Saúde. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 3 ed. São Paulo: Martinari, 2014b, p 79-90.

SAITO, R. X. S. Programa Saúde da Família. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 3 ed. São Paulo: Martinari, 2014c, p 21-42.

SALGADO FILHO, N.; BRITO, D. J. A. Doença Renal Crônica: A Grande Epidemia deste Milênio. **J Bras Nefrol**, v. 28, supl. 2, p. 1-5, 2006.

SCHMIDT M. I.; DUNCAN B. B.; HOFFMANN J.F.; MOURA L.; MALTA D. C.; CARVALHO R. M. S.V. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**. v. 43 supl 2, p.74-82, 2009.

SCHMIDT M. I.; DUNCAN B. B.; SILVA G.A.; MENEZES A.M.; MONTEIRO C.A.; BARRETO S. M. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**. v. 377, n. 9781, p .1949-1961, 2011.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. .B; LOPES, A. A. Epidemiologia e Assistência em Saúde. In: ALMEIDA FILHO, N; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p 607-615.

SESSO, R. C.; THOMÉ, F. S.; LOPES, A. A.; LUGON, J. R.; MARTINS, C. T. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. **J Bras Nefrol**. 38(1):54-61, 2016.

SHIRAZIAN, S.; CRNOSIJA, N.; WEINGER, K.; JACOBSON, A. M.; PARK, J.; TANENBAUM, M. L. et al. The self-management experience of patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease: A qualitative study. **Chronic illn**. v. 12, n. 1, p. 18-28, 2016.

SILVA, R. M.; ANDRADE, L. O. M. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis**. v. 24, n. 4, 2014.

SILVA, L. K.; BREGMAN, R.; LESSI, D.; LEIMANN, B.; ALVES, M. B. Ensaio sobre a cegueira: mortalidade de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise de emergência. **Cien Saud Colet**. v. 17, n. 11, p. 2971-2980, 2012.

SPEDE S. M.; PINTO N. R. D. S.; TANAKA O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS. **Physis**. v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

STARFIELD B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde; 2002. 726 p.

STEVENS, P. E.; LEVIN, A. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. **Ann Intern Med.** v. 158, n. 11, p. 825-830, 2013.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. D. S. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. **Cad. Saúde Pública,** v. 24, n. Sup 1, p. S100-S110, 2008.

TADDEO, P. S.; GOMES, K. W. L.; CAPRARA, A; GOMES, A. M. A.; OLIVEIRA, G. C.; MOREIRA, T. M. M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Cien Saud Colet.** v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

THAINES, G. H. L. S.; BELLATO, R.; FARIA, A. P. S.; ARAÚJO, L. F. S. A busca por cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus – um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. **Texto Contexto Enferm,** v. 18, n 1, p. 57-66, 2009.

THOMAS, N.; LOUD, F. Managing chronic kidney disease in primary care: a quality improvement study. **RenSoc Australas J.** v. 8, n. 3, p. 152-157, 2012.

TONG A, SAINSBURY P, CHADBAN S, WALKER RG, HARRIS DC, CARTER SM, CRAIG JC. Patients' experiences and perspectives of living with CKD. **Am J Kidney Dis.** v. 53, n. 4, p.689-700, 2009.

TONG, A.; WINKELMAYER, W. C.; CRAIG, J. C. Qualitative research in CKD: an overview of methods and applications. **Am J Kidney Dis.** v. 64, n. 3, p. 338-346, 2014.

TONKIN-CRINE S.; SANTER M.; LEYDON G. M.; MURTAGH F. E.; FARRINGTON K.; CASKEY F. et al. GPs' views on managing advanced chronic kidney disease in primary care: a qualitative study. **Br J Gen Pract.** v. 65, n. 636, p. e469-e477, 2015.

TORCHI, T.; ARAÚJO, S. T. C., MOREIRA, A. G. M.; KOEPPE, G. B. O.; SANTOS, B. T. U. Condições clínicas e comportamento de procura de cuidados de saúde pelo paciente renal crônico. **Acta Paul. Enferm.** v. 27, n. 6, p. 585-590, 2014.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Cien Saud Colet.** v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública.** v. 20, p. S190-S198, 2004.

TRAVASSOS C, CASTRO MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

TRAVAGIM, D. S. A.; KUSUMOTA, L. Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. **Rev. enferm. UERJ.** v. 17, n.3, p. 388-393, 2009.

TRAVAGIM, D. S. A.; KUSAMOTA, L.; TEIXEIRA, C. R. D. S.; CESARINO, C. B. Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 18, n. 2, p. 291-7, 2010.

TUOT, D. S.; POWE, N. R. Chronic Kidney Disease in Primary Care: Na Opportunity for Generalists. **J Gen Intern Med**. v. 26, n. 4, p. 356-8, 2011.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n.3, p. 663-674, 2008

VASSALOTTI J. A.; CENTOR R.; TURNER B. J.; GREER R. C.; CHOI M.; SEQUIST T. D. Practical Approach to Detection and Management of Chronic Kidney Disease for the Primary Care Clinician. **Am J Med**. v. 129, v.2, p. 153-162. e7, 2016.

VEST B. M.; YORK T.R.; SAND J.; FOX C.H.; KAHN L.S. Chronic Kidney Disease Guideline Implementation in Primary Care: A Qualitative Report from the TRANSLATE CKD Study. **J Am Board Fam Med**. v. 28, n. 5, p. 624-631, 2015.

WU, C. C.; LIN, C. C.; HSIEH, H. F.; CHANG, S. C. Lived experiences and illness representation of Taiwanese patients with late-stage chronic kidney disease. **J Health Psychol**. v. 21, n. 12, p. 2788-2798, 2015.

APÊNDICE A**QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA COM O USUÁRIO**

TÍTULO: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO DOENTE, FAMÍLIA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Nome: _____

Endereço: _____

Sexo: () feminino () masculino

Idade: _____ naturalidade: _____

Escolaridade: () fundamental (I) (C) () ensino médio (I) (C) () ensino superior (I) (C)

Situação conjugal: () solteiro () casado/união estável

() separado () viúvo

Condição de moradia: () própria () alugada

() mora com terceiros quem?: _____

Renda familiar () < 1 sm () 1 – 3 sm () > 3 sm – 5 sm () > 5 sm

Principal fonte da renda pessoal

() TFD

() salário/aposentadoria/benefício

() salário de membro da família

() outros _____

Profissão/ocupação: _____ Religião: _____

Unidade básica de saúde onde está vinculado:

É atendido pelo PSF () sim () não

Co-morbidades () diabético () hipertenso

() outras _____

Data do início da hemodiálise: _____

Sobre o início da hemodiálise:

Tipo de acesso () cateter () fistula arteriovenosa

Tipo de atendimento () urgência () programado

Tipo de serviço () hospitalar/internado () ambulatorial

APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM O PACIENTE
TÍTULO: ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO DOENTE, FAMÍLIA E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ENTREVISTA Nº CÓD. : GRAVADOR:

ENTREVISTADOR:

ENTREVISTADO:

LOCAL:

DATA: INÍCIO: TÉRMINO:

DURAÇÃO:

- 1) Conte-me sobre a sua doença, desde o início até quando você iniciou hemodiálise.
- 2) Conte-me sobre o atendimento de saúde que você recebeu no período de doença.
 - a. como recebeu acompanhamento p/ HA/DM; desde quando?
 - b. Fale-me como você soube que tinha doença renal.
 - c. Fale sobre como a Atenção Básica lhe acompanhou na sua doença.
 - d. O que você acha que fez ficar doente? Alguma coisa poderia ter evitado isso?
- 3) Fale-me sobre como que a Unidade Básica de Saúde e a Estratégia Saúde da Família acompanham o seu problema de saúde e lhe atende.
- 4) Fale sobre o caminho que você percorreu no SUS até chegar ao tratamento de hemodiálise
- 6) Você quer fala sobre alguma coisa que não tenha sido abordada

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA COM O FAMILIAR

TÍTULO: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO DOENTE, FAMÍLIA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE
QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Nome: _____

Endereço: _____

Sexo: () feminino () masculino

Idade: _____ naturalidade: _____

Escolaridade: () fundamental (i) (c) () ensino médio (i) (c) () ensino superior (i) (c)

Situação conjugal: () solteiro () casado/união estável () separado () viúvo

Profissão/ocupação: _____ Religião: _____

Grau de parentesco: _____

APÊNDICE D - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM O FAMILIAR
TÍTULO: ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO DOENTE, FAMÍLIA E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ENTREVISTA Nº Cód. : GRAVADOR:

ENTREVISTADOR:

ENTREVISTADO:

LOCAL:

DATA: INÍCIO: TÉRMINO:

DURAÇÃO:

- 1) Conte-me sobre a doença do paciente até quando iniciou hemodiálise.

- 2) Fale-me do atendimento do SUS (perguntar sobre ESF, Unidade Básica de Saúde)

- 3) Você quer fala sobre alguma coisa que não tenha sido abordada?

APÊNDICE E – ENTREVISTA ESTRUTURADA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE**TÍTULO: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL
CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO DOENTE,
FAMÍLIA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE
QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO**

Nome: _____

Endereço: _____

Sexo: () feminino () masculino

Idade: _____ naturalidade/nacionalidade: _____

Profissão: () médico/a () enfermeiro/a

Ano de Formatura: _____

Especialização: _____

Tempo que trabalha na AB (anos) : _____

APÊNDICE F - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE

TÍTULO: ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO DOENTE, FAMÍLIA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ENTREVISTA Nº CÓD. : GRAVADOR:

ENTREVISTADOR:

ENTREVISTADO:

LOCAL:

DATA: INÍCIO: TÉRMINO:

DURAÇÃO:

- 1) Como você percebe o papel da AB no acompanhamento de pacientes com DRC? Como é feito o atendimento para DRC na AB?
- 2) Você tem pacientes renais crônicos na área de abrangência? Como é feito o acompanhamento desses pacientes?
- 3) Você recebeu alguma capacitação para atendimento da DRC na AB? Fale sobre isso.
- 4) Você utiliza algum protocolos para DRC na AB?
- 5) Você quer fala sobre alguma coisa que não tenha sido abordada?

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA
NÚCLEO DE PESQUISA, EXTENSÃO DE MEDICINA

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, na pesquisa, intitulada **AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO DOENTE, FAMÍLIA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Assistência Na Atenção Básica em Saúde: Percepção de Portadores de Doença Renal Crônica, de Sua Família e de Profissionais de Saúde.

Pesquisador Responsável: Profª. Maria de Jesus Rodrigues de Freitas

Telefone para contato: (91) 32241852 / 81276601

Telefone DA UEPA/CCBS/NUPEM: (91) 3276-7200

Endereço DA UEPA/CCBS/NUPEM: Rua Perebebuí, 2623 – Marco. CEP 66087-670

Pesquisadores participantes: Prof.^a Dra. Zeni Carvalho Lamy.

A pesquisa tem como objetivo avaliar a assistência prestada ao portador de doença renal crônica na Atenção Básica em Saúde sob a ótica de profissionais, usuários e familiares, identificando as características socioeconômicas dos entrevistados, compreendendo a dinâmica de atendimento ao portador de doença renal crônica, na rede de assistência, a partir da percepção dos usuários e familiares, conhecendo a percepção de médicos e enfermeiros da Atenção Básica sobre os cuidados prestados aos portadores de doença renal crônica, conhecendo a percepção do portador de doença renal crônica e de seus familiares sobre os cuidados recebidos na Atenção Básica e identificando as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação segundo os entrevistados. Para a realização desta pesquisa serão utilizados um questionário estruturado e uma entrevista semiestruturada, que será gravada. Em nenhum momento você será identificado (a). Mesmo após a publicação dos resultados, a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e nenhum ganho financeiro por participar desta pesquisa. Tal pesquisa não oferece nenhum risco, e como benefício será prestado esclarecimentos sobre as ações de atenção integral ao portador de doença renal crônica pelo Sistema Único de Saúde. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a) e a outra conosco.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
NÚCLEO DE PESQUISA, EXTENSÃO DE MEDICINA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO DOENTE, FAMÍLIA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Eu, _____, RG _____,
concordo em participar do estudo. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, sobre os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que será mantido sigilo sobre minha identidade.

Local e data _____, ____ / ____ / ____

Entrevistado: _____

Entrevistador: _____

ANEXO A – FÓRMULAS PARA A ESTIMATIVA DA TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (TFG)

Quadro 4: Fórmulas para a estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (TFG)
<p>Equação de Cockcroft-Gault (CG)</p> $\text{TFG}(\text{ml}/\text{min}) = \frac{(140 - \text{idade}) \times \text{peso}}{72 \times \text{Crs}} \quad (\text{x } 0,85 \text{ p/ mulher})$ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p><i>TFG=taxa de filtração glomerular; Crs=creatinina sérica</i></p> </div>
<p>Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)</p> $\text{TFG} (\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2) = 186 \times (\text{Crs})^{1,154} \times (\text{idade})^{0,203} \times (0,742 \text{ se feminino}) \times (1,210 \text{ se afro-americano})$ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p><i>TFG=taxa de filtração glomerular; Crs=creatinina sérica</i></p> </div>
<p>Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI)</p> $\text{TFG} (\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2) = 141 \times \text{mínimo}(\text{Crs}/k,1)^a \times \text{máximo}(\text{Crs}/k,1)^{-1,209} \times 0,993 \times 1,018 \text{ (se mulher)} \times 1,159 \text{ (se negro)}$ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p><i>TFG=taxa de filtração glomerular; Crs=creatinina sérica;</i> <i>K= 0,7 para mulher e 0,9 para homem;</i></p> </div>
<p>REFERÊNCIAS:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica: prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. p.: 37 p.</p> <p>LEVEY, A. S.; STEVENS, L. A.; CHRISTOPHER, H. S.; ZHANG, Y.; CASTRO III, A. F.; FELDMAN, H. I. et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. Ann Intern Med. v. 150, n. 9, p. 604-12, 2009.</p>

ANEXO B – TABELAS DE ESTIMATIVAS DA TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR

Tabela Validada para Identificação de TFG Através da Fórmula MDRD para Homens (21)

Idade (anos)	Creatinina sérica (mg/dL)																				Filtração glomerular (ml/min/1,73 m ²)					
	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	2,3	2,4		2,5	3,0	3,5	4,0	4,5
18	230	187	156	134	117	103	93	84	76	70	65	60	56	52	49	46	44	42	40	38	36	29	24	21	18	16
19	228	184	154	132	116	102	92	83	76	69	64	59	55	52	49	46	43	41	39	37	36	29	24	21	18	16
20	225	183	153	131	114	101	91	82	75	69	63	59	55	51	48	46	43	41	39	37	35	28	24	20	18	16
21	223	181	151	130	113	100	90	81	74	68	63	58	54	51	48	45	43	40	38	37	35	28	24	20	18	16
22	221	179	150	128	112	99	89	80	73	67	62	58	54	50	47	45	42	40	38	36	34	28	23	20	18	16
23	219	177	149	127	111	98	88	80	73	67	62	57	53	50	47	44	42	40	38	36	34	28	23	20	17	15
24	217	176	147	126	110	98	87	79	72	66	61	57	53	50	47	44	41	39	37	36	34	27	23	20	17	15
25	215	174	146	125	109	97	87	78	71	66	61	56	52	49	46	43	41	39	37	35	34	27	23	20	17	15
26	214	173	145	124	108	96	86	78	71	65	60	56	52	49	46	43	41	39	37	35	33	27	23	19	17	15
27	212	172	144	123	108	95	85	77	70	65	60	55	52	48	45	43	40	38	36	35	33	27	22	19	17	15
28	210	171	143	122	107	95	85	77	70	64	59	55	51	48	45	42	40	38	36	34	33	27	22	19	17	15
29	209	169	142	121	106	94	84	76	69	64	59	55	51	48	45	42	40	38	36	34	33	26	22	19	17	15
30	208	168	141	121	105	93	84	76	69	63	58	54	51	47	44	42	40	38	36	34	32	26	22	19	16	15
31	206	167	140	120	105	93	83	75	68	63	58	54	50	47	44	42	39	37	35	34	32	26	22	19	16	14
32	205	166	139	119	104	92	82	75	68	62	58	54	50	47	44	41	39	37	35	34	32	26	22	19	16	14
33	204	165	138	118	103	91	82	74	68	62	57	53	50	46	44	41	39	37	35	33	32	26	22	18	16	14
34	202	164	137	118	103	91	81	74	67	62	57	53	49	46	43	41	39	37	35	33	32	26	21	18	16	14
35	201	163	136	117	102	90	81	73	67	61	57	53	49	46	43	41	38	36	35	33	31	25	21	18	16	14
36	200	162	136	116	101	90	81	73	66	61	56	52	49	46	43	40	38	36	34	33	31	25	21	18	16	14
37	199	161	135	116	101	89	80	72	66	61	56	52	48	45	43	40	38	36	34	33	31	25	21	18	16	14
38	198	160	134	115	100	89	80	72	66	60	56	52	48	45	42	40	38	36	34	32	31	25	21	18	16	14
39	197	159	133	114	100	88	79	72	65	60	55	51	48	45	42	40	38	36	34	32	31	25	21	18	16	14
40	196	159	133	114	99	88	79	71	65	60	55	51	48	45	42	40	37	35	34	32	31	25	21	18	16	14
41	195	158	132	113	99	88	78	71	65	59	55	51	47	44	42	39	37	35	33	32	30	25	21	18	15	14
42	194	157	131	113	98	87	78	71	64	59	55	51	47	44	42	39	37	35	33	32	30	25	21	18	15	14
43	193	156	131	112	98	87	78	70	64	59	54	50	47	44	41	39	37	35	33	32	30	24	20	18	15	14
44	192	156	130	112	97	86	77	70	64	59	54	50	47	44	41	39	37	35	33	31	30	24	20	17	15	13
45	191	155	130	111	97	86	77	70	63	58	54	50	47	44	41	39	36	35	33	31	30	24	20	17	15	13
46	190	154	129	111	97	86	77	69	63	58	54	50	46	43	41	38	36	34	33	31	30	24	20	17	15	13
47	189	153	128	110	96	85	76	69	63	58	53	49	46	43	41	38	36	34	33	31	30	24	20	17	15	13
48	189	153	128	110	96	85	76	69	63	57	53	49	46	43	40	38	36	34	32	31	29	24	20	17	15	13
49	188	152	127	109	95	84	76	68	62	57	53	49	46	43	40	38	36	34	32	31	29	24	20	17	15	13
50	187	152	127	109	95	84	75	68	62	57	53	49	46	43	40	38	36	34	32	31	29	24	20	17	15	13
51	186	151	126	108	95	84	75	68	62	57	52	49	45	42	40	38	36	34	32	30	29	24	20	17	15	13
52	186	150	126	108	94	83	75	68	62	57	52	48	45	42	40	37	35	34	32	30	29	23	20	17	15	13
53	185	150	125	107	94	83	74	67	61	56	52	48	45	42	40	37	35	33	32	30	29	23	20	17	15	13
54	184	149	125	107	93	83	74	67	61	56	52	48	45	42	39	37	35	33	32	30	29	23	19	17	15	13
55	183	149	124	107	93	82	74	67	61	56	52	48	45	42	39	37	35	33	32	30	29	23	19	17	15	13
56	183	148	124	106	93	82	74	67	61	56	51	48	45	42	39	37	35	33	31	30	29	23	19	17	14	13
57	182	148	124	106	92	82	73	66	60	56	51	48	44	42	39	37	35	33	31	30	28	23	19	17	14	13
58	182	147	123	106	92	82	73	66	60	55	51	47	44	41	39	37	35	33	31	30	28	23	19	16	14	13
59	181	147	123	105	92	81	73	66	60	55	51	47	44	41	39	37	35	33	31	30	28	23	19	16	14	13
60	180	146	122	105	91	81	73	66	60	55	51	47	44	41	39	36	34	33	31	29	28	23	19	16	14	13
61	180	146	122	104	91	81	72	65	60	55	51	47	44	41	38	36	34	33	31	29	28	23	19	16	14	13
62	179	145	121	104	91	80	72	65	59	55	50	47	44	41	38	36	34	32	31	29	28	23	19	16	14	13
63	178	145	121	104	91	80	72	65	59	54	50	47	43	41	38	36	34	32	31	29	28	23	19	16	14	13
64	178	144	121	103	90	80	72	65	59	54	50	46	43	41	38	36	34	32	31	29	28	23	19	16	14	12
65	177	144	120	103	90	80	71	65	59	54	50	46	43	40	38	36	34	32	30	29	28	22	19	16	14	12
66	177	143	120	103	90	79	71	64	59	54	50	46	43	40	38	36	34	32	30	29	28	22	19	16	14	12
67	176	143	120	102	89	79	71	64	59	54	50	46	43	40	38	36	34	32	30	29	28	22	19	16	14	12
68	176	142	119	102	89	79	71	64	58	54	49	46	43	40	38	35	34	32	30	29	27	22	19	16	14	12
69	175	142	119	102	89	79	71	64	58	53	49	46	43	40	38	35	33	32	30	29	27	22	19	16	14	12
70	175	142	118	102	89	79	70	64	58	53	49	46	43	40	37	35	33	32	30	29	27	22	18	16	14	12
71	174	141	118	101	88	78	70	63	58	53	49	46	42	40	37	35	33	32	30	29	27	22	18	16	14	12
72	174	141	118	101	88	78	70	63	58	53	49	45	42	40	37	35	33	31	30	28	27	22	18	16	14	12
73	173	140	117	101	88	78	70	63	58	53	49	45	42	40	37	35	33	31	30	28	27	22	18	16	14	12
74	173	140	117	100	88	78	70	63	57	53	49	45	42	39	37	35	33	31	30	28	27	22	18	16	14	12
75	172	140	117	100	87	77	69	63	57	53	48	45	42	39	37	35	33	31	30	28	27	22	18	16	14	12
76	172	139	117	100	87	77	69	63	57	52	48	45	42	39	37	35	33	31	30	28	27	22	18	16	14	12
77	171	139	116	100	87	77	69	62	57	52	48	45	42	39	37	35	33	31	29	28	27	22	18	16		

Tabela Validada para Identificação de TFG Através da Fórmula MDRD para Mulheres (21)

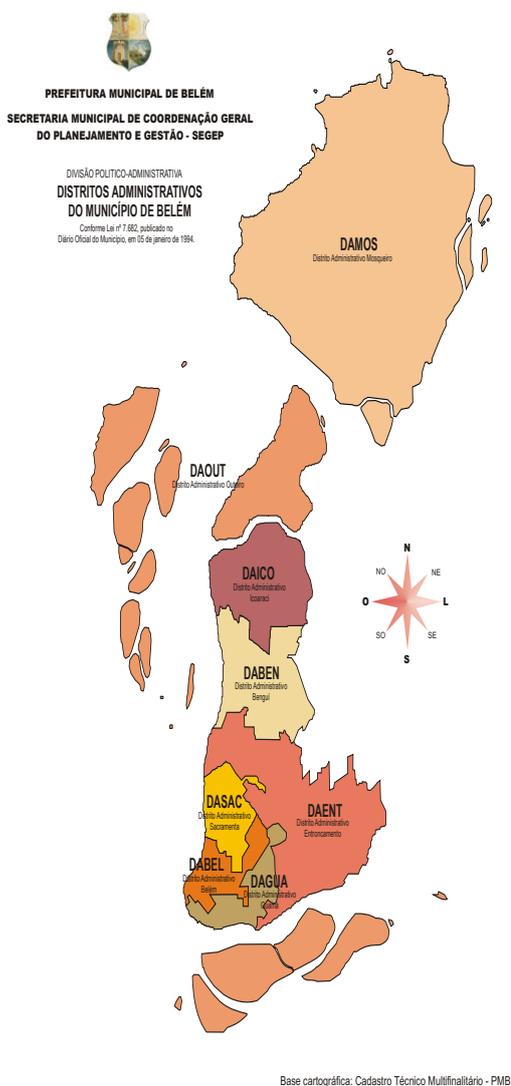
Idade (anos)	Creatinina sérica (mg/dL)																				Filtração glomerular (ml/min/1,73 m ²)					
	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	2,3	2,4		2,5	3,0	3,5	4,0	4,5
18	171	138	116	99	87	77	69	62	57	52	48	45	42	39	37	34	33	31	29	28	27	22	18	15	14	12
19	169	137	115	98	86	76	68	62	56	51	48	44	41	39	36	34	32	31	29	28	26	21	18	15	13	12
20	167	135	113	97	85	75	67	61	56	51	47	44	41	38	36	34	32	30	29	27	26	21	18	15	13	12
21	166	134	112	96	84	74	67	60	55	50	47	43	40	38	35	33	32	30	28	27	26	21	18	15	13	12
22	164	133	111	95	83	74	66	60	54	50	46	43	40	37	35	33	31	30	28	27	26	21	17	15	13	11
23	163	132	110	94	82	73	65	59	54	50	46	42	40	37	35	33	31	29	28	27	25	21	17	15	13	11
24	161	131	109	94	82	72	65	59	53	49	45	42	39	37	35	33	31	29	28	26	25	20	17	15	13	11
25	160	129	108	93	81	72	64	58	53	49	45	42	39	36	34	32	30	29	27	26	25	20	17	14	13	11
26	159	128	108	92	80	71	64	58	53	48	45	41	39	36	34	32	30	29	27	26	25	20	17	14	13	11
27	157	127	107	91	80	71	63	57	52	48	44	41	38	36	34	32	30	28	27	26	25	20	17	14	12	11
28	156	127	106	91	79	70	63	57	52	48	44	41	38	36	33	32	30	28	27	26	24	20	17	14	12	11
29	155	126	105	90	79	70	62	56	51	47	44	41	38	35	33	31	30	28	27	25	24	20	16	14	12	11
30	154	125	104	90	78	69	62	56	51	47	43	40	38	35	33	31	29	28	26	25	24	19	16	14	12	11
31	153	124	104	89	78	69	62	56	51	47	43	40	37	35	33	31	29	28	26	25	24	19	16	14	12	11
32	152	123	103	88	77	68	61	55	50	46	43	40	37	35	33	31	29	27	26	25	24	19	16	14	12	11
33	151	122	102	88	77	68	61	55	50	46	43	39	37	34	32	30	29	27	26	25	24	19	16	14	12	11
34	150	122	102	87	76	67	60	55	50	46	42	39	37	34	32	30	29	27	26	25	23	19	16	14	12	11
35	149	121	101	87	76	67	60	54	50	45	42	39	36	34	32	30	28	27	26	24	23	19	16	14	12	10
36	148	120	101	86	75	67	60	54	49	45	42	39	36	34	32	30	28	27	26	24	23	19	16	13	12	10
37	148	120	100	86	75	66	59	54	49	45	42	39	36	34	32	30	28	27	25	24	23	19	16	13	12	10
38	147	119	100	85	74	66	59	53	49	45	41	38	36	33	31	30	28	27	25	24	23	19	16	13	12	10
39	146	118	99	85	74	66	59	53	48	44	41	38	36	33	31	29	28	26	25	24	23	18	15	13	12	10
40	145	118	99	84	74	65	58	53	48	44	41	38	35	33	31	29	28	26	25	24	23	18	15	13	12	10
41	145	117	98	84	73	65	58	53	48	44	41	38	35	33	31	29	28	26	25	24	23	18	15	13	11	10
42	144	117	98	84	73	65	58	52	48	44	40	38	35	33	31	29	27	26	25	24	22	18	15	13	11	10
43	143	116	97	83	73	64	58	52	48	44	40	37	35	33	31	29	27	26	25	23	22	18	15	13	11	10
44	142	115	97	83	72	64	57	52	47	43	40	37	35	32	31	29	27	26	24	23	22	18	15	13	11	10
45	142	115	96	82	72	64	57	52	47	43	40	37	35	32	30	29	27	26	24	23	22	18	15	13	11	10
46	141	114	96	82	72	63	57	51	47	43	40	37	34	32	30	29	27	26	24	23	22	18	15	13	11	10
47	141	114	95	82	71	63	57	51	47	43	40	37	34	32	30	28	27	25	24	23	22	18	15	13	11	10
48	140	113	95	81	71	63	56	51	46	43	39	37	34	32	30	28	27	25	24	23	22	18	15	13	11	10
49	139	113	95	81	71	63	56	51	46	42	39	36	34	32	30	28	27	25	24	23	22	18	15	13	11	10
50	139	112	94	81	70	62	56	51	46	42	39	36	34	32	30	28	26	25	24	23	22	18	15	13	11	10
51	138	112	94	80	70	62	56	50	46	42	39	36	34	32	30	28	26	25	24	23	22	17	15	13	11	10
52	138	112	93	80	70	62	55	50	46	42	39	36	34	31	30	28	26	25	24	23	21	17	15	12	11	10
53	137	111	93	80	70	62	55	50	46	42	39	36	33	31	29	28	26	25	24	22	21	17	15	12	11	10
54	137	111	93	79	69	61	55	50	45	42	38	36	33	31	29	28	26	25	23	22	21	17	14	12	11	10
55	136	110	92	79	69	61	55	50	45	41	38	36	33	31	29	27	26	25	23	22	21	17	14	12	11	10
56	136	110	92	79	69	61	55	49	45	41	38	35	33	31	29	27	26	25	23	22	21	17	14	12	11	9
57	135	110	92	79	69	61	54	49	45	41	38	35	33	31	29	27	26	24	23	22	21	17	14	12	11	9
58	135	109	91	78	68	61	54	49	45	41	38	35	33	31	29	27	26	24	23	22	21	17	14	12	11	9
59	134	109	91	78	68	60	54	49	45	41	38	35	33	31	29	27	26	24	23	22	21	17	14	12	11	9
60	134	108	91	78	68	60	54	49	44	41	38	35	33	31	29	27	26	24	23	22	21	17	14	12	11	9
61	133	108	90	78	68	60	54	49	44	41	38	35	32	30	29	27	25	24	23	22	21	17	14	12	11	9
62	133	108	90	77	67	60	53	48	44	40	37	35	32	30	28	27	25	24	23	22	21	17	14	12	11	9
63	132	107	90	77	67	60	53	48	44	40	37	35	32	30	28	27	25	24	23	22	21	17	14	12	10	9
64	132	107	90	77	67	59	53	48	44	40	37	34	32	30	28	27	25	24	23	22	21	17	14	12	10	9
65	132	107	89	77	67	59	53	48	44	40	37	34	32	30	28	27	25	24	23	22	21	17	14	12	10	9
66	131	106	89	76	67	59	53	48	44	40	37	34	32	30	28	26	25	24	23	21	20	17	14	12	10	9
67	131	106	89	76	66	59	53	48	43	40	37	34	32	30	28	26	25	24	22	21	20	17	14	12	10	9
68	130	106	88	76	66	59	52	47	43	40	37	34	32	30	28	26	25	24	22	21	20	16	14	12	10	9
69	130	105	88	76	66	58	52	47	43	40	37	34	32	30	28	26	25	24	22	21	20	16	14	12	10	9
70	130	105	88	75	66	58	52	47	43	40	36	34	32	30	28	26	25	23	22	21	20	16	14	12	10	9
71	129	105	88	75	66	58	52	47	43	39	36	34	31	29	28	26	25	23	22	21	20	16	14	12	10	9
72	129	104	87	75	65	58	52	47	43	39	36	34	31	29	28	26	25	23	22	21	20	16	14	12	10	9
73	129	104	87	75	65	58	52	47	43	39	36	34	31	29	28	26	25	23	22	21	20	16	14	12	10	9
74	128	104	87	75	65	58	52	47	43	39	36	33	31	29	27	26	24	23	22	21	20	16	14	12	10	9
75	128	104	87	74	65	57	51	47	42	39	36	33	31	29	27	26	24	23	22	21	20	16	14	12	10	9
76	127	103	86	74	65	57	51	46	42	39	36	33	31	29	27	26	24	23	22	21	20	16	13	12	10	9
77	127	103	86	74	65	57	51	46	42	39	36	33	31	29	27	26	24	23	22	21	20	16	13	12	10	9
78	127	103	86	74	64	57	51	46	42	39	36	33	31	29	27	26	24	23	22	21	20	16	13	12	10	9

Tabela Validada para Identificação de TFG Através da Fórmula CKD-EPI para Homens (22)

IDADE (anos)	HOMENS																			CREATININA (mg/dL)										FILTRAÇÃO GLOMERULAR (mL/min/1,73m ²)	
	0,6	0,7	0,8	0,9	1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2	2,2	2,4	2,6	2,8	3	3,2	3,4	3,6	3,8	4	4,2	4,4	4,6	4,8		5
	18	147	139	130	124	109	97	88	80	73	67	62	56	54	50	47	42	38	34	32	29	27	26	23	22	20	19	18	17		16

MAGACHO E. J. C; PEREIRA A. C; MANSUR H.N; BASTOS M.G. Nomograma para a estimacão da taxa de filtrao glomerular baseado na Fórmula CKD-EPI. *J Bras Nefrol.* v. 34, n 3, p. 313-5, 2012.

ANEXO C DISTRITOS ADMINISTRATIVOS DE BELÉM.



- Distrito Administrativo de Mosqueiro (DAMOS) engloba a ilha fluvial de Mosqueiro a 70 Km do centro de Belém, com 19 bairros e 8 unidades municipais de saúde (UMS).
- Distritos Administrativo de Outeiro (DAOUT). Outeiro é uma ilha fluvial com 5 bairros. Neste distritos também estão incluídas as ilhas na Baía do Guajará. Possui 6 UMS.
- Distritos Administrativos Icoaraci (DAICO), com 8 possuindo 8 UMS.
- Distrito Administrativo Benguí (DABEN) com 9 bairros localizados no noroeste da cidade, com 16 UMS.
- Distrito Administrativo Entroncamento (DAENT), engloba 8 bairros. Possui 12 UMS.
- Distrito Administrativo Sacramento (DASAC), engloba 7 bairros com 19 UMS.
- Distrito Administrativo Guamá (DAGUA), são 8 bairros e partes de outros próximos no sudeste da cidade, com 11 UMS.
- Distrito Administrativo de Belém (DABEL), com 9 bairros no sudoeste, sendo a área mais valorizada da cidade. Tem um centro escola (UBS)

UMS=Unidade municipal de saúde

UBS=Unidade básica de saúde (administração estadual)

ANEXO D

SESMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE PROMOÇÃO À SAÚDE

AUTORIZAÇÃO

Informamos que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- SESMA está ciente do Projeto de Pesquisa, submetido ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão, intitulado: “ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DE PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA, DE SUA FAMÍLIA E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE”, de autoria da Doutoranda **Maria de Jesus Rodrigues de Freitas**, sob a orientação da **Profª Dra. Zeni Carvalho Lamy** já encontra-se autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres Humanos. **Portanto**, comunicamos que a pesquisa está **AUTORIZADA** pela Comissão de Análise de Projeto de Pesquisa – CAPP, do Município de Belém-Pa para ser realizada na Rede de Atenção Primária em Saúde.

Belém, 07 de Setembro de 2015

Raimunda Silvia Gatti Norte

Raimunda Silvia Gatti Norte

Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa

R. Silvia Gatti Norte
Coordenação CAPP / MUP:
Matr. 401234-010

ANEXO E**COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO**

Submission Confirmation



Thank you for your submission

Submitted to Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID CSC-2017-2048

Title TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DE PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: DESAFIOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE Care trajectory of people with chronic kidney disease: challenges for basic health care

Authors FREITAS, MARIA DE JESUS

Lamy, Zeni

Lima, Sara

Ribeiro, Clarice

Roma, Taiana

CAVALCANTE, MILADY

Gonçalves, laura

Date Submitted 14-Aug-2017

ANEXO F – NORMAS DE PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.



Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos.



No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo



artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.



6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ ...
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)



Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos



Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>



Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.



Instruções aos autores e diretrizes para apresentação de manuscritos

1. INFORMAÇÃO GERAL

1.1 Objetivos e público-alvo

1.2 Conteúdo

- 1.2.1 Artigos de pesquisa original
- 1.2.2 Revisões
- 1.2.3 Relatórios especiais
- 1.2.4 Opinião e análise
- 1.2.5 Comunicações breves
- 1.2.6 Temas atuais
- 1.2.7 Cartas ao editor

1.3 Idioma

1.4 Diretrizes e protocolos de pesquisa

1.5 Ética

1.6 Conflito de interesses

1.7 Direitos autorais

1.8 Processo de revisão por pares

1.9 Disseminação

2. DIRETRIZES PARA A APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS

2.1 Critérios gerais para a aceitação de manuscritos

2.2 Especificações para os manuscritos

2.3 Requisitos para formatação

2.4 Título

2.5 Autoria

2.6 Página de resumo e palavras-chave

2.7 Corpo do artigo

2.8 Tabelas e figuras

2.9 Apresentação do manuscrito

2.10 Correção do manuscrito

1 INFORMAÇÃO GERAL

1.1 Objetivos e público-alvo

A Revista Pan-Americana de Saúde Pública/Pan American Journal of Public Health (RPSP/PAJPH) é uma revista científica mensal de acesso gratuito, revisada por pares. É a publicação técnica e científica oficial da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), cuja Sede está localizada em Washington, D.C., Estados Unidos da América.

Sua missão consiste em servir como um importante veículo de disseminação de informação científica em saúde pública de relevância internacional, principalmente em áreas

relacionadas com a missão essencial da OPAS de fortalecer os sistemas de nacionais e locais de saúde, bem como melhorar a saúde dos povos da Região das Américas.

Para isso, a RPS/PAJPH publica materiais que refletem os principais objetivos estratégicos e as áreas programáticas da OPAS: saúde e desenvolvimento humano, promoção e proteção da saúde, prevenção e controle de doenças transmissíveis e crônicas, saúde materno-infantil, gênero e saúde da mulher, saúde mental, violência, nutrição, saúde ambiental, administração de desastres, desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, determinantes sociais de saúde, e equidade em saúde.

O objetivo da RPS/PAJPH é fechar a lacuna existente entre os responsáveis pela formulação de políticas e pesquisadores, profissionais da saúde e médicos.

1.1.2 Conteúdo

A RPS/PAJPH considera as seguintes contribuições: artigos baseados em pesquisa original, revisões, relatos especiais, opiniões e análises, comunicações breves, temas atuais, e cartas ao editor. Encontra-se a seguir uma breve descrição das características específicas de cada tipo de contribuição e na seção 2 estão indicadas as especificações de formatação para cada tipo de manuscrito.

Em geral, as seguintes contribuições não serão consideradas para publicação: relatos de casos clínicos, relatos episódicos de intervenções específicas, relatórios sobre estudos individuais propostos para publicação em série, revisões bibliográficas não críticas e descritivas, manuscritos com significativa sobreposição ou que apresentem diferenças mínimas de resultados de pesquisa anteriores e reimpressões ou traduções de artigos já publicados em outros periódicos — seja de maneira impressa ou eletrônica. Exceções à estas regras gerais serão avaliadas e poderá haver uma determinação diferente para cada caso.

1.2.1 Artigos de pesquisa original

Os relatos de pesquisa original se centram em estudos substanciais nos temas de saúde pública de interesse da Região das Américas. A pesquisa experimental ou de observação deve seguir o formato IMRAD (do acrônimo em inglês de Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Discussão).

1.2.2 Revisões

Revisões sistemáticas de prioridades e intervenções relevantes em saúde pública também serão consideradas.

1.2.3 Relatos especiais

Estes são relatos sobre pesquisa, estudos ou projetos relevantes para a Região das Américas.

1.2.4 Opinião e análise

Documentos de opiniões oficiais, reflexões e análises podem ser apresentados nos temas de interesse para o campo da saúde pública.

1.2.5 Comunicações breves

As comunicações breves descrevem técnicas ou metodologias inovadoras ou promissoras, ou detalham os resultados preliminares de pesquisa sobre temas de especial interesse para a saúde pública.

1.2.6 Temas atuais

Estes incluem análise de iniciativas, intervenções em saúde e/ou tendências epidemiológicas atuais, tanto nacionais quanto regionais, relacionadas a doenças e aos principais problemas de saúde nas Américas.

1.2.7 Cartas ao editor

Esclarecimentos, pontos de discussão, ou outras observações sobre o conteúdo apresentado na RPSP/PAJPH são bem-vindos. Cartas com comentários sobre temas específicos em saúde pública também serão consideradas.

1.3 Idioma

Os manuscritos são recebidos em inglês, português ou espanhol. **Recomenda-se firmemente que os autores os escrevam em sua língua materna.** O domínio inadequado de um segundo idioma pode tornar confuso o significado do texto e, frequentemente, não condiz com a precisão científica que requerem os artigos de pesquisa de alta qualidade.

Nomes formais de instituições, seja nos textos como na afiliação dos autores, não devem ser traduzidos, a menos que exista uma tradução oficialmente aceita. Ademais, os títulos nas referências bibliográficas devem ser mantidos em seu idioma original.

1.4 Diretrizes e protocolos de pesquisa

A RPSP/PAJPH segue os [Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas](#), criado e atualizado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE, sigla em inglês), e está listada entre os periódicos que seguem esses requisitos. Essas diretrizes incluem considerações éticas, autoria e colaboração, avaliação por pares, conflitos de interesses, privacidade e confidencialidade, proteção de seres humanos e animais, assim como questões editoriais e de publicação, como publicidade, publicações superpostas, referências e registro de ensaios clínicos. Consulte abaixo uma descrição detalhada de cada uma dessas diretrizes.

A RPSP/PAJPH espera que os autores sigam os melhores protocolos de pesquisa disponíveis. Os protocolos de pesquisa são descritos no [Centro de Recursos da Rede EQUATOR](#). A Biblioteca Nacional de Medicina (*National Library of Medicine*) dos Estados Unidos atualiza e publica uma lista completa das principais [diretrizes para a apresentação de relatos em pesquisa biomédica](#). Além disso, na Seção de [Recursos para Autores](#) da RPSP/PAJPH estão descritas as diretrizes e boas práticas adicionais para pesquisa e redação científica.

Com base nas [recomendações](#) da OMS e do ICMJE, a RPSP/PAJPH exige que os ensaios clínicos sejam inscritos em um registro público de ensaios como condição para ser considerados para publicação. O número inscrição do ensaio clínico deve ser publicado ao final do resumo com um link ao registro correspondente. A RPSP/PAJPH não estipula uma base de registro em particular, mas recomenda aos autores que inscrevam os ensaios

clínicos em um dos registros certificados pela OMS e pelo ICMJE, disponíveis na [Plataforma de Registro de Ensaio Clínicos Internacional](#).

1.5 Ética

A RPSP/PAJPH se compromete com os princípios éticos mais estritos para a condução de pesquisas, conforme previsto pela [Declaração de Helsinque, 2013 \(Espanhol\)](#) e las [International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans](#) de CIOMS. Quando se relata pesquisa realizada com seres humanos os autores devem incluir informações sobre os comitês de ética que aprovaram o estudo antes de seu início. Os estudos devem ser aprovados no país onde foram conduzidos. Se um estudo for considerado isento de revisão dos aspectos éticos, os autores devem fornecer a documentação para tal isenção.

1.6 Conflito de interesses

Os autores devem revelar todas as informações sobre qualquer subvenção ou subsídio para cobrir os custos de pesquisa recebidos de entidades comerciais ou privadas, organização nacional ou internacional, ou organismo de apoio à pesquisa. Estas declarações ajudam o leitor a melhor compreender a relação entre os autores e as diversas entidades comerciais que tenham interesse na informação revelada no artigo publicado.

A RPSP/PAJPH adere às recomendações do ICMJE para a divulgação de conflitos de interesses. O ICMJE solicita aos autores que informem os quatro seguintes tipos de informação:

1. Associações com entidades comerciais que prestaram apoio ao trabalho informado no manuscrito apresentado;
2. Associações com entidades comerciais que poderiam ter interesse no manuscrito apresentado;
3. Associações financeiras que envolvam familiares; e
4. Outras associações relevantes não financeiras.

Os autores são os únicos responsáveis pelos critérios expressos em seus textos, que não necessariamente refletem a opinião ou a política da RPSP/PAJPH. A menção de empresas específicas ou produtos de certos fabricantes não implica que sejam respaldados ou recomendados em preferência a outros de natureza semelhante. Sempre que possível, devem ser utilizados nomes genéricos para medicamentos ou produtos.

1.7 Direitos autorais

A RPSP/PAJPH respalda os princípios do modelo de livre acesso para maximizar o acesso e o benefício aos cientistas, pesquisadores e do público em geral, em todo o mundo. Por isso, a Organização Pan-Americana da Saúde (como detentora dos direitos autorais) usualmente concede autorização para usar o material publicado mediante [solicitação da autorização](#) correspondente.

Como condição para publicação, a RPSP/PAJPH exige que os autores forneçam informação indicando que o texto, ou qualquer contribuição similar, não tenha sido anteriormente publicado em formato impresso ou eletrônico, e que não esteja sendo simultaneamente

apresentado a qualquer outro periódico, até que a RPSP/PAJPH chegue a uma decisão com respeito a sua publicação. Qualquer indicação de possível publicação prévia em qualquer outro formato deve ser informado por ocasião da submissão do manuscrito e deve incluir cópia ou link da publicação. Autores que apresentem o documento para publicação também devem consentir outorgar à OPAS os direitos autorais desde o momento que o manuscrito seja aceito para publicação.

Os autores são exclusivamente responsáveis por obter a permissão para reproduzir qualquer material protegido por direitos autorais contido no manuscrito submetido. O manuscrito deve ser acompanhado de uma carta original concedendo, explicitamente, tal permissão em cada caso. As cartas devem especificar exatamente as tabelas, figuras ou o texto que estão sendo citados e a maneira em que serão utilizados, juntamente com uma referência bibliográfica completa da fonte original.

No caso de documentos contendo traduções de material citado, ao apresentar o manuscrito é preciso identificar e incluir claramente um link ou cópia daquele texto no idioma original.

1.8 Processo de avaliação por pares

Os manuscritos são submetidos à seleção por meio de um processo formal de revisão por pares. Inicialmente, um manuscrito que satisfaça os requisitos gerais de apresentação e cumpra com o alcance temático da RPSP/PAJPH será revisado pelos Editores Associados para determinar se existe validade científica e relevância para os leitores da Revista. Se este for o caso, o artigo será enviado para pelo menos três diferentes revisores que realizam a avaliação por pares na modalidade duplo cego. Ao receber todas as revisões solicitadas, os Editores Associados prepararão uma recomendação ao Editor-Chefe para: (a) rejeitar o manuscrito; (b) aceitar condicionalmente o manuscrito (seja com observações mínimas ou importantes); ou (c) aceitar o manuscrito sem alterações.

No caso de aceitação condicional, será solicitado aos autores que revisem o manuscrito para abordar as questões e recomendações dos pareceristas, ou para fornecer, alternativamente, uma justificativa detalhada das razões pelas quais estão em desacordo com tais observações. O manuscrito é novamente revisado pelos Editores Associados, assim como, em alguns casos, por novos pareceristas. Note que o texto poderá ser submetido a tantas revisões quanto forem necessárias, assegurando que os autores tenham abordado adequadamente todas as questões suscitadas.

O Editor-Chefe toma a decisão final sobre a aceitação ou rejeição de manuscritos. Todas as decisões são comunicadas por escrito ao autor correspondente.

O tempo necessário para processar um manuscrito varia, dependendo da complexidade da matéria e da disponibilidade dos pareceristas adequados.

Os documentos aceitos estão sujeitos à revisão editorial. Vide seção 2.10, "Correção do manuscrito", para maiores informações.

1.9 Disseminação

A RPSP/PAJPH é publicada em formato eletrônico no [website da Revista](#). Ademais, está indexada nas principais bases de dados bibliográficas.

A RPSP/PAJPH deposita uma versão completa dos manuscritos aceitos para publicação em formato eletrônico no Repositório Institucional da OPAS para Intercâmbio de Informações, na coleção Saúde Pública SciELO, PubMed e em outras bases de dados científicas relevantes. Os usuários podem se registrar no [website](#) da [Revista](#) para receber o índice dos artigos publicados.

Os links contidos nos metadados das base de dados levam diretamente ao texto completo dos artigos publicados.

Os manuscritos da Revista também são disseminados através de uma lista de e-mails e da [conta de Twitter](#) da Revista.

2 DIRETRIZES PARA A APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS

2.1 Critérios gerais para a aceitação de manuscritos

A seleção do material para publicação na RPSP/PAJPH se baseia nos seguintes critérios:

- Adequação quanto ao alcance temático da Revista;
- Validade científica, originalidade, relevância e atualidade da informação;
- Aplicabilidade fora de seu lugar de origem e na Região das Américas como um todo;
- Cumprimento das normas da ética médica que rege a pesquisa conduzida com seres humanos e animais;
- Cumprimento de protocolos específicos para a apresentação de informação de pesquisa;
- Coerência entre o projeto e a metodologia de pesquisa;
- Necessidade de atingir um certo equilíbrio na cobertura temática e geográfica.

Os manuscritos devem cumprir com as especificações delineadas nessas Instruções e Diretrizes para serem aceitos. Os autores devem ler cuidadosamente todas as seções antes de apresentar os documentos no sistema on-line, para assegurar que o documento satisfaça as condições para publicação.

Os manuscritos que não seguem o formato padrão da RPSP/PAJPH serão devolvidos aos autores imediatamente. O periódico pode, também, negar a publicação de qualquer manuscrito cujos autores não respondam satisfatoriamente ao questionamento editorial.

O Editor-Chefe tomará a decisão final de aceite ou não do manuscrito com base nas recomendações decorrentes do processo de avaliação por pares, descrito na seção 1.8.

2.2 Especificações para os manuscritos

Os manuscritos devem ser redigidos em software de processamento de texto em espaço duplo, em uma coluna, na fonte Times New Roman ou Arial, tamanho 12 pontos.

Para figuras e tabelas, deve-se usar o Microsoft Excel®, Power Point® ou outro software de gráficos. As figuras podem aparecer coloridas ou em preto e branco, e eles devem ser apresentados em um formato editável.

Uma vez que artigos sejam aceitos para publicação, é possível que seja solicitado aos autores que enviem figuras e tabelas em formatos mais claros e legíveis.

2.3 Requisitos para formatação

A formatação geral para as diversas seções da RPSP/PAJPH é a seguinte:

Seção	Número máximo de palavras ¹	Número máximo de referências	Número máximo de tabelas, figuras ²
Artigos de pesquisa original	3 500	35	5
Artigos de revisão	3 500	50	5
Relatos especiais	3 500	35	5
Comunicações breves	2 500	10	2
Opiniões e análises	2 500	20	2
Temas atuais	2 000	20	2
Cartas	800	5 caso seja necessário	Nenhuma

¹ Excluindo resumo, tabelas, figuras e referências.

² Contagem máxima de palavras para 5 tabelas / figuras é 1000; para 2 tabelas/figuras, 400.

2.4 Título

O título do manuscrito deve ser claro, preciso e conciso, e incluir todas as informações necessárias para identificar o alcance do artigo. Um bom título é o primeiro ponto de acesso para o conteúdo do artigo e facilita sua recuperação em bases de dados e motores de busca.

Os títulos não podem exceder 15 palavras. Palavras ambíguas, jargão e abreviações devem ser evitados. Títulos separados por pontos ou divididos em partes também devem ser evitados.

2.5 Autoria

A RPSP/PAJPH define autoria de acordo com as [diretrizes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas \(ICMJE\)](#) [sigla em inglês], recomendando que a autoria seja baseada nos quatro seguintes critérios:

- (1) Contribuições substanciais à concepção ou ao projeto do trabalho; ou à aquisição, à análise ou à interpretação de dados para o trabalho; E
- (2) Redação do trabalho ou revisão crítica do conteúdo intelectual relevante; E
- (3) Aprovação final da versão a ser publicada; E
- (4) Manifestar concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade de

qualquer parte do estudo sejam apropriadamente investigadas e resolvidas. Os autores devem declarar, na carta de apresentação, a extensão da contribuição de cada autor.

A inclusão de outras pessoas como autores por motivos de amizade, reconhecimento, ou outra motivação não científica constitui uma violação da ética em pesquisa.

Nos casos em que um grande grupo multicêntrico tenha realizado o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam assumir responsabilidade direta pelo manuscrito. Os nomes de instituições não devem ser traduzidos, a menos que exista uma tradução oficial.

Colaboração se refere à supervisão geral de um grupo de pesquisa ou apoio geral administrativo; e assistência em redação, revisão técnica, revisão linguística e verificação final.

2.6 Página de resumo e palavras-chave

O resumo é o segundo ponto de acesso a um artigo e deve permitir que os leitores determinem a relevância do artigo e decidam se lerão ou não todo o texto.

Os artigos de pesquisa original ou revisões sistemáticas devem ser acompanhados de um resumo estruturado de não mais de 250 palavras, subdividido nas seguintes seções: (a) Objetivos, (b) Métodos, (c) Resultados, e (d) Conclusões.

Os outros tipos de contribuições também devem ser acompanhados por um resumo informativo de não mais de 250 palavras.

O resumo não deve incluir nenhuma informação ou conclusões que não apareçam no texto principal. Este deve ser escrito na terceira pessoa e não deve conter notas de rodapé, abreviaturas desconhecidas nem citações bibliográficas.

As palavras-chave, extraídas do vocabulário dos [DeCS](#) (Descritores em Ciências da Saúde), da BIREME/OPAS/OMS e/ou, [MeSH](#) (*Medical Subject Headings*), da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (NLM), incluindo traduções em português e espanhol, estão disponíveis para que os autores as selecionem ao apresentar o manuscrito. Seu emprego facilita e torna mais específica a busca e recuperação do artigo em bases de dados e motores de busca.

2.7 Corpo do artigo

Artigos de pesquisa original e revisões sistemáticas são, geralmente, organizados segundo o formato [IMRAD](#) (Introdução, Materiais e métodos, Resultados e Discussão).

Embora subtítulos possam ser necessários ao longo do artigo, de maneira geral, o parágrafo que dá início ao manuscrito não precisa ser intitulado "Introdução", visto que este título é normalmente removido durante o processo de revisão. No entanto, o objetivo do artigo deve ser claramente declarado ao final da seção introdutória.

As seções "Resultados e Discussão" podem requerer subtítulos. No caso das "Conclusões", as quais devem estar incluídas ao final da seção "Discussão", também podem ser identificadas mediante um subtítulo.

Os artigos de revisão são frequentemente estruturados de modo semelhante aos artigos de pesquisa original, mas devem incluir uma seção descrevendo os métodos usados para selecionar, extrair e sintetizar os dados.

As comunicações breves seguem a mesma sequência dos artigos originais, porém, normalmente, omitem títulos de subdivisão.

Outros tipos de contribuições não seguem nenhuma estrutura pré-definida e podem utilizar outras subdivisões, em função de seu conteúdo.

Quando são usadas abreviações, estas devem ser definidas utilizando o termo por extenso por ocasião de sua primeira utilização no texto, seguido da abreviatura ou sigla entre parênteses. Na medida do possível, as abreviações devem ser evitadas. Em termos gerais, as abreviações devem refletir a forma extensa no mesmo idioma do manuscrito, com exceção das abreviaturas reconhecidas internacionalmente em outro idioma.

As notas de rodapé são esclarecimentos ou explicações à margem que interromperiam o fluxo natural do texto, portanto, seu uso deve restringir-se ao mínimo. Notas de rodapé são numeradas sequencialmente e aparecem ao final da página na qual são citadas. Links ou referências a documentos citados devem ser incluídos na lista de referências.

As citações são essenciais ao manuscrito e devem ser relevantes e atuais. Servem para identificar as fontes originais dos conceitos, métodos e das técnicas aos quais se referem, decorrentes de pesquisa, estudos e experiências anteriores. Também apoiam fatos e opiniões expressos pelo autor e apresentam ao leitor a informação bibliográfica necessária para consultar as fontes primárias.

A RPSP/PAJPH segue os [Requisitos Uniformes do ICMJE para a Preparação de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas](#) para referências (conhecidos como "Estilo de Vancouver"), que se baseia, em grande parte, no estilo do Instituto Americano de Normas Nacionais adaptado pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos para as suas bases de dados. Os formatos recomendados para uma variedade de documentos e exemplos estão disponíveis em [Citing Medicine, segunda edição](#) e [neste link](#).

Exemplo:

Rabadán-Diehl C, Safdie M, Rodin R; Trilateral Working Group on Childhood Obesity. Canada-United States-Mexico Trilateral Cooperation on Childhood Obesity Initiative. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;40(2):80-4.

As referências devem ser numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto, e identificadas por algarismos arábicos entre parênteses no texto, nas tabelas e legendas.

Exemplos:

"Observou-se (3, 4) que..."

ou:

"Vários estudos (1-5) mostraram que..."

As referências citadas somente em legendas de tabelas ou figuras devem ser numeradas de acordo com a sequência estabelecida mediante a primeira menção da tabela ou figura em particular, no corpo do texto.

Os títulos dos periódicos referidos devem ser abreviados segundo o estilo usado na [Base de Dados de Revistas](#), criada e atualizada pela [Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos](#).

A lista de referências deve ser numerada sequencialmente e deve ser iniciada em nova folha ao final do manuscrito. Todas as referências eletrônicas devem incluir a data de acesso.

2.8 Tabelas e figuras

As tabelas apresentam informação — geralmente numérica — em uma disposição de valores ordenada e sistemática em linhas e colunas. A apresentação deve ser de fácil compreensão para o leitor, complementando sem duplicar a informação do texto. Informações estatísticas em excesso podem ser, também, difíceis de interpretar. As tabelas devem ser transferidas em separado dos arquivos de texto e apresentadas em formato editável (preferencialmente arquivos Excel), e não como objetos extraídos de outros arquivos ou inseridos em documentos Word. Cada tabela deve conter um título breve, porém completo, indicando lugar, data e fonte da informação. Os títulos de colunas, também, devem ser os mais breves possíveis e indicar a unidade de medida ou a base relativa (porcentagem, taxa, índice etc.).

Informação que falta deve ser indicada por uma elipse (...). Se os dados não se aplicam, a célula deverá indicar "NA" (não se aplica). Se algum desses mecanismos, ou ambos, for utilizado, seu significado deve ser indicado com uma nota de rodapé da tabela.

As tabelas não devem ser separadas por linhas verticais, devendo apresentar três linhas completas horizontais no total: uma abaixo do título, uma segunda sob os títulos da coluna, e a terceira, ao final da tabela, acima das notas de rodapé.

As notas de rodapé de uma tabela devem ser indicadas com letras minúsculas sobrescritas, em ordem alfabética: a, b, c, etc. As letras sobrescritas no corpo da tabela deverão seguir uma sequência de cima para baixo e da esquerda para a direita.

Os autores devem se certificar de incluir "chamadas" — pontos de referência no texto a todas as tabelas do texto.

Tabelas ou dados de outra fonte publicada ou inédita devem ser reconhecidos e os autores devem obter permissão prévia para inclui-los no manuscrito. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais detalhes.

As figuras incluem gráficos, diagramas, desenhos, mapas e fotografias. Devem ser usadas para destacar tendências e ilustrar comparações de forma clara e exata. As figuras devem ser de fácil compreensão e devem adicionar informação, em vez de repetir informação anterior do texto ou tabelas. As legendas devem ser breves, porém completas, devendo incluir lugar, data e fonte da informação.

As figuras devem ser enviadas em arquivo separado, em seu formato original editável, seguindo os padrões dos programas de software mais comuns (Excel, Power Point, Open Office ou arquivos .eps).

Havendo espaço suficiente, a legenda de um gráfico ou mapa deve estar incluída como parte da própria figura. Caso contrário, deve ser incluída em seu título. Em mapas e diagramas deve ser indicada a escala em unidades do SI (veja abaixo).

Se a figura ou tabela procede de outra publicação, a fonte deve ser identificada, e deve ser obtida permissão por escrito para reprodução deve ser obtida do titular dos direitos autorais da publicação original. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais informação.

Quando unidades de medida forem utilizadas, os autores devem usar o [Sistema Internacional de Unidades \(SI\)](#), com base no sistema métrico e organizado pelo Comitê Internacional de Pesos e Medidas (*Bureau International des Poids et Mesures*).

As abreviaturas das unidades não são pluralizadas (por exemplo, usar 5 km, não 5kms), nem são seguidas de um ponto (escrever 10 mL, não 10mL.), exceto ao final de uma oração. Os algarismos devem ser agrupados de três em três à esquerda e à direita da vírgula decimal nos manuscritos em espanhol e português (ponto decimal nos manuscritos em inglês), sendo cada grupo de três algarismos separado por um espaço em branco.

Estilo correto:

12 500 350

1 900,05 (artigos em espanhol e em português)

1 900.05 (artigos em inglês)

Estilo incorreto:

12,500,350

1.900,05

Poderá ser usada uma [calculadora](#) para converter as unidades, os títulos e outras medidas ao Sistema Internacional.

2.9 Sumissão do manuscrito

Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente por meio do [sistema online de gestão de manuscritos da Revista](#).

Os autores serão notificados por e-mail do recebimento de seu manuscrito, e poderão ver o status dos seus manuscritos em qualquer momento a partir de sua conta na seção *Author Center*, em qualquer etapa do processo.

Todos os manuscritos devem ser acompanhados de uma [carta de apresentação](#) que inclua:

- Informação sobre todos os relatos e apresentações anteriores;
- Possíveis conflitos de interesses;
- Permissão para reproduzir material anteriormente publicado;
- Confirmação de que o manuscrito foi lido e aprovado por todos os autores, incluindo a contribuição de cada autor;
- Informação adicional que possa ser útil aos Editores Associados e ao Editor-Chefe.

A carta de apresentação deve ser incluída em um arquivo separado do restante do manuscrito. Nomes e afiliação dos autores não devem ser incluídos em nenhuma parte do

documento principal (documento em Word; favor não enviar documentos em PDF), no momento da submissão.

Favor examinar os arquivos e os aspectos mencionados nessas instruções antes do envio de seu manuscrito, certificando-se de que esteja cumprindo todas as Condições para a Publicação, caso seu artigo seja aceito para publicação.

2.10 Correção do manuscrito

Os manuscritos são aceitos na condição de que a editora se reserva o direito de efetuar correções necessárias em questão de uniformidade, clareza e conformidade com o estilo da RPSP/PAJPH.

Os manuscritos aceitos para publicação serão submetidos à correção de estilo e, depois, serão enviados ao autor correspondente para que responda às indagações do editor, e para aprovar quaisquer correções. Se, durante esta etapa, o autor não responder satisfatoriamente às indagações do editor, a Revista se reserva o direito de não publicar o manuscrito. A fim de evitar atraso na publicação do número correspondente, solicita-se aos autores que devolvam o manuscrito corrigido, com sua aprovação, até a data indicada na mensagem que o acompanha.

A versão definitiva em PDF será enviada ao autor correspondente para aprovação antes da publicação online. Os artigos serão publicados nos formatos HTML e PDF.

PERCEÇÃO DE PORTADORES DE DRC/FAMILIARES/PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AB

Sublinhado: entra na fala do artigo

CATEGORIA: “Tem lá perto de casa, mas nunca fui” – cor rosa

Usuários

U1:

“mas antes eu não tinha, assim, eu não ia assim, não no médico”.

“centro de saúde tem, aqui, mas eu nunca fui lá assim, nunca fui”

... “não, nunca”

U2:

“o atendimento médico é difícil, a gente tem as vezes que passar a noite toda para conseguir uma ficha pra ser diagnosticado pelo médico, pra ele avaliar nossa doença... e além de ser difícil é uma coisa que demora muito”.

“o atendimento lá na unidade de saúde foi com um colega meu que também arranhou, porque pela unidade mesmo, lá é uma lástima”

U3

“Aí no centro de saúde, depois que eu perdi a minha carteirinha, fui lá, aí botaram tanta dificuldade, não sei o que... tem certas coisas que a gente se desgosta”. Você chegar num ambiente e ter gente que lhe atenda, que diz: olha, nós vamos dar um jeito, vamos fazer isso isso e isso... mas não, não sei o que... não pode”.

“Que chegava lá, eles falavam assim, porque tinha perdido a carteira, não podia ser atendido, tinha que ser atendido lá pelo balcão, quando chegava lá era outra conversa, que tinha que marcar hora, pegar uma ficha pra ser atendido, senão não era atendido”.

“Eu não sei dizer porque nessa família saudável eu nunca fui. Nunca recebi atendimento nenhum deles”.

	<p>“Porque é uma coisa difícil, só quando se sente muito, muita coisa, é que a gente vai”</p> <p>U6: <u>“Eu só vou no centro ... tomar vacina... lá eu nunca fui atendido assim não”.</u></p> <p>U8: “Não... nenhuma visita”. (da ESF)</p> <p>U10: “Fui no posto, mas tinha gente que, que não atendia a gente. Chegava lá não tinha ficha mais, tava tudo lotado”.</p>
Famíliares	<p>F1: “eu acho que o posto de saúde, quando assim... não se tem... é muito demorado; eu acho assim. A gente já até tentou, mas pra facilitar, a gente faz os exames mesmo periódicos assim lá no pronto-socorro”.</p> <p>“Não foi atendida pelo posto com esse tipo de... com essa situação específica dela de renal crônica...”</p> <p><u>“Os exames eu acho muito fraco, não identificam realmente, e talvez, até por conta disso, a gente não procura esse... esse lado de, assim, de posto de saúde, porque a gente já vai... até porque quando a gente não faz o exame lá no pronto-socorro, a gente se reúne e faz exame particular pra ela”.</u></p> <p><u>“Os exames são superficiais, não são esclarecedores e até por conta disso, a gente não procura o posto de saúde”.</u></p> <p>F3 “geralmente o que a gente procura é a UPA, que fica aqui próximo”.</p>

	<p><u>“Só ia em caso de urgência, porque para a gente ir lá na unidade, tinha que ficar na fila, pra pegar uma consulta, tinha que dormir lá e a gente é idoso, a gente não pode tá dormindo na porta dum hospital. Ele agora que nem pode andar”.</u></p> <p>“A unidade de saúde, de procurar a gente procura, mas pra levar o meu marido, eu tenho que ter um dinheiro pra pagar um taxi pra levar ele e tudo isso é complicado pra gente”</p> <p>“Não, da família saudável não. Eu não sei nem onde é que fica e dizem que a que era pra cá, já tinha fechado”.</p> <p>F6:</p> <p>“Centro de Saúde? Tem o Centro de Saúde do Satélite, mas nos não fomos, até porque não funciona de noite, só funciona de manhã, e até mesmo ninguém lembrou, aí nos fomos pra UPA”.</p> <p>F8:</p> <p>“A gente não utiliza. Pra ele, não”. (O centro de saúde)</p> <p>“Porque eu acredito assim, que é mais demorado. É mais demorado”.</p> <p>“Se ele não tivesse o plano, será que também eles não... quando ele começou a adoecer, se por isso que procuramos porque eles (UBS) não deram suporte pra nós, pra gente, dizer “olha, vocês têm que fazer isso, isso e isso”.</p>
<p>CATEGORIA: “Foi passando e foi agravando mais”- cor verde</p>	
<p>Usuários</p>	<p>U2:</p> <p>“Ela passou os exames pra mim, ela já tava desconfiando que podia ser um problema renal”</p> <p>“Lá essa doutora me inscreveu naquele programa do SUS que a gente recebe pela farmácia, da pílula da pressão, remédio pra diabetes... que ela diagnosticou isso aí, hipertensão, pressão alta”</p>

“Às vezes me dava vontade de comer aquela carne assim, essas coisas assim... que ela passou em risco... foi falha mesmo, às vezes a falha é mesmo é nossa, porque a gente às vezes é orientado, só que a gente pensa que aquilo... que a doutora passa, “é só pra ele parar de comer essas coisas assim”. (INFORMAÇÃO)

“Às vezes eu pegava a bicicleta e ia embora pra lá e mesmo assim, ainda ficava na fila, pegava uma senha, aquele procedimento tudinho, via a pessoa passando mal lá e a gente ficava, tirava pressão.

“Lá pela família saudável, lá assim só ia pra conversar só com a doutora, mas não fazia nada, só fazia encaminhar”.

“eu não sabia disso, eu não fiquei sabendo, eu fiquei sabendo só quando eu perdi o meu dedo, mas eu não sabia que ia dar problema na minha vista, eu não sabia que ia dar problema renal”. (INFORMAÇÃO)

U3

“lá era só pra falar com o médico, o médico examinava e passava aquela receita, pra ir pegar o remédio, só isso”.

“era só pra falar com o médico, o médico examinava e passava aquela receita, pra ir pegar o remédio”

“fizeram exames, eu levei pro médico ele disse não consta nada aqui. A única coisa que consta aqui é problema de coluna e diabetes”.

“E eu já tava com inchaço nas pernas, mas ele dizia era problema de rim mas não dizia tem que fazer isso isso e isso. Não encaminhava pra nada”

“eu digo que nunca teve um médico que dissesse... a única coisa que dizia pra mim era que tinha que evitar comer coisas doces”. (INFORMAÇÃO)

U4

“Nenhum, porque lá não foi descoberto, lá não sabia. Depois que eu fui pra UPA, que eu fiquei ruim, não deu mais pra eu consultar lá ... não deu mais”

“Eu achava que eles deviam melhorar porque lá você vai não tem remédio mais; remédio mais nenhum tem”

“eu falava pra doutora ela dizia que era do remédio que eu tomava pra pressão... E ai eu fui inchando, inchando até que eu não aguentei mais”

“Eu falei com a minha médica, ela disse que era do remédio que eu tomava”

“Esta médica da família saudável passou muito tempo sem me dá exame pra fazer, muito tempo mesmo, mais de ano que não fazia exame e eu reclamava e eu inchada ... eu ruim eu me queixava toda vez”

“Só a consulta mesmo e a receita. A receita pra comprar os remédios, pra pegar os que tinha na farmácia popular. Eu pegava pra pressão e pra diabetes”.

“passou muito tempo sem exame pra fazer. Se no começo fosse descoberto, ficava mais fácil evitar eu ficar nessa situação, eu fui agravando ela dizia que era do remédio e eu não podia parar de tomar o remédio senão a minha pressão ia lá pra cima” .

U7

“porque lá, o pessoal de lá do posto de saúde lá, os exames de lá, nunca me disseram que eu, que eu tava com problema de rim lá, acabei descobrindo no hospital”.

U8:

“A dificuldade foi no Centro de Saúde mesmo, muito tempo pra fazer os exames que eles pediram... que até depois de eu já tá internado a mulher me ligou lá... tinha uns 3 ou 4 meses atrás que eu tinha pedido... aí me ligou dizendo que tava liberado pra mim fazer, pra mim buscar. Eu disse “madame eu tô até internado já, me cuidando, agora não preciso mais, dê pra outro essa vaga aí”. Eu não fui buscar o documento”.

U9:

“Porque eu acho que ele tem que explicar, chamar o paciente, exigir os exames direito e falar pro paciente o problema dele mesmo. Mas, não, só passa aquela receitinha e o paciente vai fica no mesmo jeito”.

“Porque o paciente tem que piorar e ficar num estado crítico, já depois não tem mais jeito pra poder eles fazerem alguma coisa... Eu acho que tá errado isso”.

“Geralmente era assim, eu ia fazia uma consulta, fazia um exame aqui... um exame de rotina... era só assim. Pra saber como é que tava a diabete... problema do coração. Essas coisas assim. Mas assim... do rim mesmo... nunca”.

“Porque muitas vezes eles não informam nada...”.

“Então, isso que tá faltando, aquela informação... aquela... aquele... importar com o paciente e o chegar pra ele e dizer o que está precisando”.

“Na minha opinião, precisava mais da orientação do médico, de chegar pra mim e falar”.

U10:

“era problema de diabetes, mas nunca falou que eu tinha problema de rim não, nunca. Era diabete, que eu ia lá tomar o remédio, ele me dava os comprimidos que era pra eu tomar em casa”.

	<p><u>“Não chegaram a dizer que eu era renal. Nunca disseram. Eu fui descoberto foi no hospital, lá que foi descoberto que eu era renal”.</u></p> <p><u>“Graças a Deus, eu ia lá, comparecia lá. Ia ser examinado. Os médicos toda vez faziam entrevista com a gente, examinavam a gente, mas nunca disse pra mim que eu era renal, nunca. Era diabético, tava tratando uma doença e já tava na outra”.</u></p> <p>U12:</p> <p>“Ninguém identificou, a doutora de lá não passou exame, eu já tinha pressão alta. Ninguém desconfiou”.</p> <p>“Me dava aquele enjojo, aquele mal estar, eu andava eu cansava, ai eu disse doutora, eu acho que é esse remédio que tá me dando reação, ai ela trocou”.</p> <p>“Porque se fosse descoberto anos atrás, desde eu tivesse fazendo tratamento pra anemia, se fosse, eu se tive feito um exame mais detalhado, tinha descoberto. Eu acho assim que devido o tempo que eu tava tomando tanto remédio, era pra despertar nesse posto, era pra detectar”.</p>
Familiars	<p>F3:</p> <p>“Ele ia no médico, no posto, ele dava a receita, ele pegava o remédio... ele não tinha aquele tratamento adequado exatamente pra diabetes, não tinha.</p> <p>“No posto, eles davam aquele remédio pra pegar na farmácia, ai ele tomava, mas chegou uma época que o remédio não fazia mais efeito”.</p> <p>“Foi agora... foi outubro, ou fim de setembro que ele foi pro Hospital. De lá que disseram que era problema renal. Até aí a gente não sabia. Ele inchava, começou a inchar as perna, braço, rosto”.</p> <p>F4:</p>

“Ela fazia tratamento no posto de saúde. Só era pra pressão alta. Insuficiência renal nunca cuidaram de fazer, nunca investigaram.

“ela continuava toda inchada, mas o médico dizia que era por causa do remédio que ela tomava aí não fazia exame”.

“Lá não foi um bom atendimento não; não tinha acompanhamento lá; só era pra pressão alta e diabetes mesmo. Não tinha nem remédio pra pressão alta nem pra diabetes”.

F7:

“ele fazia tratamento com essa doutora lá no posto lá no posto, só que ela só passava remédio errado pra ele. Como ele falou que ele sentia dor coração, ela passou remédio pra coração, no peito. E ele também tinha inchaço nas pernas. De vez em quando ele ia com ela, ela passava remédio pra ele desinchar e pronto”.

“Ela nunca passou exame pra saber, realmente o que ele tinha.

F8

“Foi mesmo que esse ultrassom do rim que eles olharam, mas não disseram nada”.

“Não tem função nenhuma. Eles não indicam nada, eles não informam nada pra gente. É mesmo nada. Mesmo pra senhora conseguir falar com o nefro, é seis meses pra dar entrada lá na secretaria, e espera muito”.

“Não, não encaminharam ele pro nefro, porque eles nunca nem falaram nada do rim”

“Eles nunca nos encaminharam. Orientação nenhuma. Aliás, nós não tivemos orientação nenhuma. Quer dizer, tivemos cego e ficamos cego,

	<p><u>então, eles não dão. Acho que até as vezes, muita gente até morre que nem sabe”.</u></p> <p>F10:</p> <p>“O doutor sempre batia numa tecla da dieta, sobre a questão da dieta... ele batia muito o doutor (nome)... batia muito nessa questão da dieta. Ele... ele não entendia porque ele tava apresentando o quadro. Porque ele... pra ele, ele passava o remédio e ele tava tomando, mas ele não conseguiu entender”.</p> <p>“Depois que o governo fez esse programa, dá o remédio de graça dos diabéticos, ele tomava, mas não era como tinha que tomar, igual dava, hoje é sexta? Ele tomava quinta na semana, aí ele não tomava...”</p> <p>Eles procuravam, faziam exame. Aí o médico não entendia, dizia “Ai, meu Deus, eu não tô entendendo o porque eu passo uma coisa”, e não conseguia entender”.</p> <p>F12:</p> <p>“Primeiro foi a pressão dela que agravou demais, e ela ficou inchada... aí... foi fazer os exames, ela fez uma bateria de exame, aí constatou lá várias gravidades, até a doutora se admirou: “eras, eu não sei como a senhora tá viva ainda”. Aí com poucas semanas, acho que não chegou nem um mês, ela foi internada... ela foi internada lá no Pronto socorro, aí que foram detectar mesmo que os rim dela tava parado”</p> <p>“Ela chegou a fazer uns exames, mas só atestou a pressão alta. Ela tomava remédio só pra pressão mesmo”.</p>
CATEGORIA:	“A gente perde o contato”- cor azul
Usuários	U4

	<p>“Eu não tô indo... eu não tô frequentando a família saudável ultimamente, às vezes a agente de saúde vem - agora esses dias ela veio - ela disse que eu tinha que voltar pra lá, era pra eu voltar pra lá, pra eu voltar para as consultas”.</p> <p>U8: “Nem vou lá”. (depois de iniciar HD)</p> <p>U9: <u>“e esse pessoal da Família Saudável sempre tão lá em casa”.</u> <u>“Ela me visitava na terça, como eu não tô na terça ela vai na quarta.</u> <u>“ela vai lá, consulta, se for caso de exame de... alguma coisa que a gente tá precisando, ela vai lá, pega os dados e nos encaminha”.</u></p> <p>U10: <u>“a menina passou aqui, ela falou pra mim, mas eu ainda não tive tempo de ir lá, porque eu... o médico atende, da hemodiálise”.</u> <u>“mas agora lá num souberam que eu fiquei doente, não souberam que eu já sou renal, eu tenho que ir lá dizer pro doutor que eu to tratando assim, assim. Ele não sabe que eu me tratando de rim”.</u></p> <p>U11: <u>Lá no Posto de saúde? “ Não, lá não. Depois que eu comecei com problema, que eu vim fazer hemodiálise, ai fiquei com problemas na minhas pernas, ai não pude mais ficar andando por aí”.</u></p>
Famíliares	<p>F5: <u>“a gente deixou de ir, não procurei mais. Até a enfermeira mando recado pra mim aparecer lá que ela quer conversar comigo. Porque aqui todo mês ele faz exame. E suspenderam o remédio do diabetes que ele dependia desse remédio pra receber pelo centro. Eu vou falar lá só pra dá a vaga pra outro paciente que precise. Porque ele não precisa de nenhum suporte”.</u></p>

	<p>F9:</p> <p>“Ela ainda recebe atendimento, a enfermeira e a doutora ainda vai em casa. Tem um agente de saúde que vai lá, passa de vem em quando por lá e a gente já pede, solicita a visita da doutora porque, como ela não pode tá andando e é um pouco distante, os médicos vem até ela”.</p> <p>F10:</p> <p>“Depois que ele foi lá pro Hospital ele já não foi mais... porque a gente fala pra essas agentes de saúde e elas... elas só falam que tem que ir lá, mas ele já se sente muito cansado... e não tem assim, aquela vitalidade de... como ele tinha...”</p>
<p>CATEGORIA: “Pra falar a verdade...”- cor amarela</p>	
<p>Usuários</p>	<p>U2:</p> <p>“pela família saudável(ESF) e pela unidade de Saúde, a nota que eu daria se fosse pra mim dar de 1 a 10, era 2 ou 3”.</p> <p>U6:</p> <p>“Eu acho [o atendimento do centro de saúde] fraco... eu acho fraco”</p> <p>“Eu sempre faço atendimento lá na UPA, tanto é que é só um serviço de emergência lá”.</p> <p>U9:</p> <p>“Tem que melhorar muito! Porque a carência é muito grande. Porque, eu digo que eu tinha esse problema e não sabia porque nunca me falaram nada. Então, eu acho que porque nunca me perguntaram nada direito para eu justificar... porque isso é um erro que eu acho dos postos de saúde”</p>

	<p>U11:</p> <p>“O atendimento lá do posto de saúde? É bom lá, onde eu fazia tratamento, era bom lá. Era só mesmo pra essas coisas de pressão que eu era matriculada. Todo mês a gente vai fazer controle de peso, tudinho, lá, era muito bom...”</p> <p><u>“os exames que eu fiz na casa da família saudável. Eu fui fazer esses exames, aí me chamaram, e disseram: olha tu tá com problemas muito sério nos teus rins, então aqui não tem médico pra isso, mas eu vou marcar um médico especialista pra ti pra pode tu fazer a consulta”.</u></p>
Famíliares	<p>F1:</p> <p>“mas quando vem da parte do governo, eu acho que é... não tem aquela assistência assim é... mais consistente”.</p> <p>“eu acho que faltava mais informação”.</p> <p><u>“Quando as pessoas chegam aqui na clínica, depois que chegaram do posto de saúde, eu vejo que elas ainda estão muito assim perdidas, mesmo passando por uma internação, mesmo aonde elas estiveram, informando, mas não tem algo assim que elas possam chegar num lugar, poder está bem informada”.</u></p> <p>F3:</p> <p>“Eu acho que devia ser assim, que quando a gente procurasse, a gente encontrasse. Quantas vezes a gente procura e dizem “olha, não tem médico”? Aí você tem que entrar numa fila, dia tal; é só pro mês tal.</p> <p>F5</p> <p>“Ele fazia acompanhamento uma vez por mês no Centro da Saúde”.</p> <p>“Ele foi matriculado, fez o tratamento uma vez por mês, aí levei ele lá, falei com a assistente social de lá, ela encaixou ele lá, e é difícil uma vaga. Aí foi fazendo tratamento lá, foi tomando os remédios”</p>

“O que eu acho do tratamento de lá? Eu não tenho o que reclamar. Primeiro, quando chega lá, o paciente é pesado, ele é medido, eles veem a glicemia dele, ele passa pra sala da enfermeira, a enfermagem vê os exames dele, se tiver normal, ok, senão, se tiver alterado já passa imediatamente pro médico”.

“A equipe sempre foi atenciosa, o pessoal rapidinho, se ele chegasse lá, porque tipo assim, ele é matriculado, então tem um privilégio. Rapidinho as meninas se movimentam pra ajudar, então, tudo o que eu precisei do centro de saúde, fui atendida”.

F7:

Ai isso que a gente se queixa dela, que ela não foi uma médica boa pra ele, ela tava prejudicando ele demais, porque ele tava tomando remédio errado”.

F8:

“Eles atendiam, mas é tudo complicado lá. Porque, tinha só uma doutora lá que era fixa. Assim, hoje a senhora vai ao médico, na outra semana a senhora vai a outro médico... Ele vê o seu prontuário ali, o médico que tá lá, mas ele não lhe conhece, não tem aquela, como eu vim aqui, tratar, conversar com a senhora, saber... Aí eu venho o outro mês aqui... Aí eu tenho um ano, dois anos, três anos, praticamente nós somos quase íntimas. A senhora sabe o meu problema. E o outro médico novo que chega, não, ele sabe o que tá escrito aqui no papel, mas ele não sabe da senhora. Às vezes ele nem lhe olha”. (VÍNCULO E LONGITUDINALIDADE)

“a maioria exame de sangue, foi feito no Centro de Saúde, hemograma, essas coisas, sífilis, de AIDS, tudinho isso foi no Centro de Saúde, o único que não foi, que foi particular, foi o exame do estômago, o gastro, que a doutora não era de lá”.

F9:

“família saudável no caso, ela pediu encaminhamento pra internar e a central de leito e trouxe a mamãe pra cá pro hospital”.

“Na verdade, lá ela só fazia controle mesmo da diabetes pra vê se não tava muito alto, elevada no caso e também outra questões que favorecia o diabetes, por exemplo a vista dela. Ela chegou a fazer tratamento da vista também e o caso da perna também, que a doutora ia lá em casa vê, consultar ela, ver como ela tava”.

F11:

“Ela fazia esse tratamento já há muito tempo lá no Posto de Saúde, ela era cadastrada lá, porque ela tem pressão alta. Todo mês ela ia no posto de saúde, ela fazia exame, pegava remédio lá, ela tinha acompanhamento do médico lá”.

“Foi de lá que encaminharam pra fazer o tratamento do rim”.

“Não tenho reclamação, ela sempre fez o tratamento certinho”.

“mas depois que ela começou a fazer[hemodiálise], aqui tem todo o acompanhamento. Ai a gente nunca procuramos mais lá”. “Não procuraram ela e a gente também não foi lá.

“em termo do tratamento que ela fazia pra pressão alta, não. Quando deu, eles deram logo o encaminhamento, mas quando você tá precisando a atenção é pouca. Aquele posto lá de perto de casa, nem remédio tem, tá fechado”.

PERCEÇÃO DE PORTADORES DE DRC/FAMILIARES/PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AB

CATEGORIA: “Tem lá perto de casa, mas nunca fui” – cor rosa	
Profissionais M	
Profissionais E	
CATEGORIA: “Foi passando e foi agravando mais”- cor verde	
Profissionais M	<p>M1:</p> <p>“Tempo de espera eu não sei precisar, mas eu sei que demora sim. Às vezes a gente coloca lá urgente, às vezes pede pra ir com a assistente social que quem tem um contato com esses outros hospitais quando é um caso que a gente sabe que é mais urgente, Já repassa pra assistente social que ela tenta também agendar com mais facilidade, mas infelizmente pela central às vezes demora sim”.</p> <p><u>“a nossa maior dificuldade na verdade é como a gente conversou... a questão da central [central de marcação de consultas]. Quando a gente detecta algum caso, alguma alteração que precisa de um especialista, às vezes tem essa dificuldade realmente dele conseguir chegar no especialista pra iniciar o tratamento”.</u></p> <hr/> <p>M2:</p> <p>Quando a gente detecta um caso desse, aí começa a ladainha... “olha você tem que encaminhar pro nefrologista”, aí chegam “não, não tem nefrologista, o SUS não apresenta nefrologista, mas eu vou te arranjar, não sei o que...” aí manda. Não demora muito, o paciente volta comigo, as</p>

vezes com o mesmo encaminhamento que eu mandei - “olha doutora não pode ser atendido esse caso”. Aí vai, quando tu vê a doença vai agravando, tu tendo que fazer alguma coisa. De repente você já tem que fazer o internamento do paciente, porque ele está numa situação bem mais grave, que não tem como se fazer de início um tratamento pra melhora dele. Se ele não tiver uma condição melhor... é... pra pagar um nefrologista, alguma coisa particular, a situação é difícil, muito difícil”.

É por isso que eu lhe falo que é difícil o atendimento, por falta da gente ter um atendimento mais adiante, não tem como, sempre volta, quando volta esta cada vez pior, não tem onde recorrer. Se ele não tiver uma condição melhor... é... pra pagar um nefrologista, alguma coisa particular, a situação é difícil, muito difícil.

“A primeira coisa que a gente detecta no caso da doença crônica, você vai mandar pra nefrologista, não tem nefrologista, ninguém consegue”.

M3:

“porque assim, a nossa referência de algumas especialidades é muito complicada, né? De nefro, reumato, alguma coisa... a gente até brinca que é ouro, pra nós na atenção básica”.

ME4:

Então eles têm feito é o controle adequado, mas alguns ainda são ausentes por algum motivo social inclusive, as vezes viajam, passam realmente seis meses sem vir, mesmo o agente de saúde indo na área atrás desses pacientes, as vezes eles somem do nosso controle. E são esses que por ventura as vezes ... até ano depois eles aparecem, quando a gente solicita de novo a parte do laboratório eles já tem alguma queixa, alguma desordem das... das... funções renais.

Hoje a gente ainda sente uma dificuldade muito grande desse fluxo, não é fácil conseguir uma consulta com o especialista.

mesmo, que a gente observa, mesmo que ele sendo cadastrado no centro de referência ainda assim tem a dificuldade nas consultas.

M5:

A gente vai pedindo exames pra ele, mas é paliativo. E ele... ele chega a ir pro nefrologista, às vezes. Mas assim, os poucos que chegam ao nefrologista, eles não dão seguimento ao paciente. Ter um local pra matricular, fazer acompanhamento, a cada mês, a cada dois meses, assim, a cada três meses, a cada semana. A atenção básica... até que a gente tenta fazer a nossa parte, referência e contra-referência, mas não dá certo.

A gente investiga, a gente pede os exames básicos, toda vez que a gente pode pedir na atenção básica. Quando a gente detecta algum risco, ou coisa assim, qualquer risco que eu veja, que possa tá agravando ou já dando início, a gente encaminha. Nesse momento que o paciente não chega no profissional. Não sei se tem pouco profissional na área ou se é dificuldade burocrática mesmo.

Eu peço o EAS simples, ureia, creatinina já pra mim é uma obrigação. Geralmente eu peço todos os exames. A urina pra ver se tem a questão da albumina... albuminúria já não peço, assim... que é meio prejudicado pedir lá, mas tudo o que puder pedir, eu peço.

Eu creio que seja dificuldade, dificuldade pra acesso ao especialista. É isso que eu sinto. Porque a gente pede, o básico que a gente pode pedir na atenção básica, detecta o risco de acontecer. A gente manda pro nefrologista, e eles acham... ainda ficam rindo da minha cara... da nossa cara, dos médicos que mandam.

	<p>M6:</p> <p>Ah... eu tento... por aqui é difícil, eu encaminho, mas pra conseguir uma consulta é difícil. As vezes a gente não consegue, passa anos. A não ser que se tenha algum conhecimento de médico, aí da pra...</p>
Profissionais EN	<p>E1:</p> <p>A gente deveria ter a parte preventiva, para não deixar o paciente chegar a essa doença crônica, mas infelizmente, a gente está trabalhando hoje em dia só na parte curativa</p> <p>... <u>toda dificuldade que a gente tem em trabalhar eles é quando chega na parte da especialidade.</u> Ele chega na Atenção Básica, a gente acompanha, mas quando precisa encaminhar ele para a especializada, é que nós temos dificuldade</p> <p>E muitas vezes, ele fica com a gente, por a gente não ter como encaminhar ele para dar o andamento na especializada.</p> <p>O nefrologista, que muitas vezes a gente precisa e, hoje em dia, nós temos paciente aqui que passa até três anos aguardando um agendamento com o nefrologista.</p> <p>“A gente continua é... com as mãos e os pés amarrados porque a gente consegue que ele faça a consulta especializada pra gente ouvir a posição do especialista, mas como tem uma indicação pra um tratamento mais prolongado, a gente volta à estaca zero porque nós não temos como colocar, porque pra gente cadastrar ele pra ele iniciar a hemodiálise, a diálise, eu preciso de uma avaliação desse médico que seja do SUS, e eu não tenho como fazer isto. A dificuldade da gente é muito grande, principalmente com pacientes diabéticos.”</p>

Eu acho que a gente deveria ter é... assim uma, um retorno das especialidades, uma prioridade pra esse tipo de paciente. Porque, olha, tem vez que eu tenho paciente hipertenso, preciso de uma avaliação cardiológica, ele vai pra fila de espera, ele não, não existe, muitas vezes ele agrava, até ele chegar no cardiologista, ele já fez um AVC

A gente precisa de alguns outros exames, de um parecer mais... mais é... mais correto pra gente acompanhar ele. É nesse... nesse... nessa demora que a gente peca muitas vezes.

“Nós estamos trabalhando aqui com uma comunidade muito carente, mesmo que você oriente pra ele, manter os bons hábitos alimentares, a gente conversa, entra o serviço da nutricionista, mas muitas vezes ele come o que ele tem naquele dia”.

A gente faz o acompanhamento com o clínico geral quando ele vem, ele tá matriculado aqui com o diabetes, com a pressão alta e são acompanhados pelo médico, pela enfermeira e pelo nutricionista, a gente acompanha eles, e quando o médico vê através de exames, vê que ele tá com algum problema, que precisa... ele manda pro especialista. (EQUIPE DE REFERÊNCIA)

“mas ele muitas vezes ele come o que ele tem, que é aquela mortadela frita, que é aquele feijão que ele tem no dia, ele não consegue seguir a dieta orientada pra que ele não chegue a agravar a doença crônica dele.

E2:

“A dinâmica, no caso da enfermagem, é a gente encaminha pro médico, o médico daqui, no caso da Atenção Básica, ele vai encaminhar pra algum especialista. Então ele vai colocar, vai referenciar, que a gente chama... e aí, de acordo com a referência que ele dá, vai ser colocado... vai ser

marcado uma consulta fora, especializada, através do sistema de Atenção Básica que tem, que é tudo computadorizado, aí eles marcam a consulta pra fora”.

Nós temos muito, muitos pacientes que eles são teimosos, né? Pela maioria desses pacientes serem idosos, então a gente já sabe que tem uma certa dificuldade em é... realizar o tratamento, principalmente na questão da alimentação que a gente vê que eles ainda teimam muito, assim, com relação a alimentação.

E3

“agora, em relação ao especialista, realmente existe uma demora porque a gente depende de uma central de regulação de consultas e aí, é um pouco demorado, principalmente a questão da especialidade da nefrologia”.

Bem... nefrologista é de 90 a 120 dias. É muito raro a gente mandar numa remessa e com 30 a 60 dias vir.

EN4:

Trabalhar com prevenção pra que ele não chegue a esse estágio, principalmente o paciente hipertenso e o diabético.

os pacientes de risco, alguns pacientes hipertensos, diabéticos, a gente faz acompanhamento periódico, trabalhando com palestras, prevenção e orientação desses pacientes.

A gente não tem casos na área adscrita, na área adscrita a gente não tem casos de paciente renal, mas a gente trabalha com essa prevenção, com consultas de enfermagem, com consultas médicas periódicas. Se o enfermeiro observar alguma alteração no exame do paciente a gente já encaminha para o clínico – que essa consulta também ela é periódica com o clínico desses pacientes – e o clínico já faz o encaminhamento para o

nefro através de consulta especializada e agendadas pela Central de Regulação.

“Não, a dificuldade em alguns casos é a demora. Pela consulta tem um pouco de demora por que acredito que tenham poucos nefros em Belém, deve ter poucos médicos e só demora. Mas esse paciente chega a ser consultado pelo nefrologista”.

E5:

A gente atende paciente aqui todo mês, os pacientes que são instáveis, os estáveis a gente ainda dá um tempo maior, e aí quando a gente identifica problema renal nesse paciente que não é, não são poucos, a gente tem que encaminhar pro clínico e o clínico quando, muitas vezes, ele não tem a sensibilidade, talvez na pressa, ele não olha os exames com essas alterações das escórias e aí ele não encaminha pro especialista e a gente esbarra nisso. (trabalho em equipe)

O atendimento da enfermagem mensal com aquele paciente que não tá controlado ou que tem já lesão no rim, ou lesão em outro órgão alvo, a gente, quando vê que houve uma piora, ou apareceu essa alteração, a gente encaminha pro clínico. A forma de levar é assim, aí encaminha pro clínico, o clínico, olhando os exames, se ver que tem necessidade, ele encaminha pro especialista.

Aí esse encaminhamento pra especialista é que demora às vezes um mês, dois meses, quando consegue. Às vezes, o paciente desiste de ser atendido porque há demora na marcação.

A gente já teve paciente que morreu. Já teve. Por falta de atendimento. Que a gente tinha as escórias muito alteradas e eles não tiveram o atendimento com o nefro, e aí ele chegou a óbito.

Eles seguem, na medida do possível, porque a maioria dos pacientes são pacientes pobres, de classe econômica baixa, que a dieta é difícil, de ser seguida. A gente tem uma nutricionista que orienta, mas como a família toda não adere a esse tratamento, a esse cuidado nutricional, fica difícil pra eles. Só ele, paciente, fazer uma dieta e, às vezes, na maioria das vezes, é ele que prepara a comida pra toda a família, e aí é difícil. Ele sabe que faz mal, ele é ciente, mas ele não tem como seguir... cem por cento.

E6:

E aqui as consultas com nossos pacientes elas são mensais, com equipe multiprofissional. Médico, enfermeiro. Nós temos assistente social, psicólogos. Então eu considero... assim, se, pelo menos uma boa parte dos programas realmente funcionasse... aqui eu considero que funciona, por que os pacientes são todos acompanhados. Mensalmente eles passam pela enfermeira e são encaminhados de acordo com a necessidade.

Dependendo das alterações, nos exames que a gente solicita, a gente encaminha, a gente faz a atitude de referência e contra referência pra marcar consulta com o especialista. Com o Nefrologista. Aí vai e já vai ser acompanhado por lá. Na unidade de referência especializada.

Olha, têm algumas, no caso, de nefrologia, tem umas que eu sei que demora realmente. Mas as de Nefrologia é uma média de um mês pra eles conseguirem. Mas independente, eles continuam fazendo acompanhamento aqui na unidade. Mas eles conseguem marcar.

Olha, a gente tem poucos casos de pacientes a gente vê assim poucos pacientes que realmente evoluíram com uma insuficiência renal, mas a gente faz os encaminhamentos e alguns voltam, fazem a avaliação. E aí, tomam medicação e retoma com a gente pra continuar o acompanhamento.

E7:

acho que é descuido mesmo do paciente. Paciente que não quer fazer o tratamento direitinho. Aí foge da dieta, também, que a nutricionista recomenda. Que a gente recomenda, geralmente são pacientes difíceis de lidar. Deles aceitarem a doença, de fazer o tratamento correto, é um tratamento é... para a vida toda praticamente, paciente que tem hipertensão e diabetes tem que fazer controle a vida toda praticamente.

Eu não tenho, assim, quanto tempo demora pro paciente conseguir, porque às vezes, eles nem conseguem marcar, que aí o sistema avisa que não tem vaga. Aí paciente espera, espera, espera e não consegue. Às vezes eles... eles tentam consulta particular, pagam pra... pra ser consultados, né?

E8:

Por exemplo, nefrologista, daqui a um ano essa consulta é liberada. para pegar uma consulta especializada para daqui a um ano, esse paciente ou já evoluiu à óbito ou já foi transplantado ou a situação dele já agravou mais ainda.

“é avaliado detectado que tem uma alteração bioquímica, mas não é dado seguimento nesse acompanhamento clínico”.

“Quando aparece algum paciente com uma alteração nos exames bioquímicos a gente vai até lá com o clínico, com o médico. “Doutor, olha. Teve uma alteração aqui, queria que fosse avaliado”. Mas acho que devido o médico está naquele sistema automático, de atender vários pacientes. Aí eles até não consideram o que aquele enfermeiro detectou, aquela alteração [...] não tem uma reunião, uma discussão. Não tem entrosamento da equipe”.

	<p>“A estratégia faz visitas no paciente. Detectou um paciente, aí naquele dia ela vai, o paciente foi para uma sessão de hemodiálise. Aí é remarcado uma consulta, que naquele dia o paciente não se encontrava no momento. Aí no que é agendado uma consulta, ou o profissional falta ou não tem exames para serem avaliados, ou a pessoa visitada não tem condições de vir até a unidade colher os exames, ou o exame está muito antigo. Então sempre tem um obstáculo. Se fosse uma coisa que fosse detectada. “Ó teve uma alteração, vamos acompanhá-lo para que o paciente não chega na área de especialização, naquela referência mais alta, na terciária”, o paciente poderia ser avaliado. O caso resolvido tudo na primeira vez, tudo na primária”.</p>
<p>CATEGORIA: “A gente perde o contato”- cor azul</p>	
<p>Profissionais M</p>	<p>M4: Às vezes eles voltam pra gente já na questão da visita domiciliar. Como passam a ser pacientes debilitados, com dificuldade, às vezes, de deslocamento e aí entra a questão social pelo meio.</p> <p><u>Da feita que ele chega realmente na especialidade parece que ele abona da cabeça dele... releva da cabeça dele a questão da necessidade de vir pras consultas periódicas</u> e isso é ruim, porque tendo em vista toda essa dificuldade de fluxograma, até voltar no especialista.</p>
<p>Profissionais E</p>	<p>E1: a gente barra nessa dificuldade, da continuação dele; <u>muitas vezes quando a gente consegue encaminhar ele, a gente perde o contato dele.</u></p> <hr/> <p>E5: Não são muitos, porque assim, o paciente, <u>quando ele começa a fazer hemodiálise, ele fica muito debilitado, do estado geral dele, e aí ele, como ele vê que tem um médico uro, um médico nefro, pra atender ele, ele acha</u></p>

	<p><u>assim que aqui pode ter ficado de lado, apesar da gente tentar sensibilizar de todas as formas, mas ele, muitas vezes eles nos deixam e só nos procuram quando ele tem dificuldade lá pra alguma outra coisa, ele vem nos procurar.</u></p> <p>E8</p> <p>“Quando a gente vê que o paciente tá evoluindo e desaparece, quando ele retorna à Unidade já é um paciente crônico. Já é um paciente que está preso na hemodiálise, já é um paciente que foi amputado, já é um paciente que tá naquela situação crônica mesmo. Não há um acompanhamento, clinicamente, daquele paciente no posto”.</p>
<p>CATEGORIA: “Pra falar a verdade...”- cor amarela</p>	
<p>Profissionais ME</p>	<p>M1</p> <p><u>“Atenção Básica ela é fundamental em todo o atendimento da doença crônica. Às vezes o paciente... acaba que ele passa de início por aqui, a gente acaba muitas vezes até diagnosticando as alterações, as lesões e daí encaminhando pro especialista. Então é importante fazer essa busca dentro da atenção básica. Paciente que a gente acompanha, hipertenso, diabético, costumar também solicitar... eu costumo... os exames pra ver função renal, diabético tá fazendo ultrassom, pra tá acompanhando as alterações iniciais, pra já não deixar pra descobrir num estágio tão avançado, que entra mais nessa parte também aí de um diagnóstico inicial”.</u></p> <p>“Eu costumo solicitar sempre alguns exames básicos. Entre eles ureia, creatinina, costumo pedir ultrassom abdome total uma vez por ano na maioria dos pacientes, principalmente os hipertensos e os diabéticos que a gente sabe que pode levar a esse comprometimento maior de função renal que é exatamente pra gente tá investigando e tá tentando fazer o diagnóstico o mais breve possível.</p>

“eu que estabeleci mesmo assim de... alguns, baseados em alguns protocolos. Protocolos de hipertensos, diabéticos que tem alguns exames que eles pedem pra gente tá pedindo com uma frequência mas... mais adaptados mesmo pra nossa realidade aqui também. Conforme a gente vai vendo o quê que necessita, a gente vai acrescentando.

“Nessa unidade aqui tem um ou dois pacientes renal crônico que a gente acompanha em paralelo. Que quando a gente diagnostica vai pra acompanhar no especialista pra fazer a conduta. A gente fica acompanhando mais a parte clínica mesmo.

“Retorna porque eles continuam no acompanhamento da doença base, hipertensão, diabetes, então eles continuam por aqui também”.

a gente manda a referência, mas dificilmente volta a contra referência. A gente sabe porque o paciente traz a receita do outro médico, aí a gente vê qual que foi a conduta, traz o exame que ele fez lá com o outro médico, a gente acompanha mais dessa forma.

Aqui nessa unidade não, eu trabalho em outros locais também. Nas outras unidades sim tem paciente fazendo diálise que continua também no clínico pra acompanhamento geral.

É uma das dificuldades que a gente tem aqui dentro de Belém. Que eles não valorizam nesse sentido profissional. Dificilmente tem capacitação e quando tem dificilmente vai o médico, porque a nossa agenda é cheia e dificilmente eles liberam pra participar. Acaba que vai o enfermeiro, vai um... que tem uma agenda mais flexível. É difícil mesmo a gente ir pra essas capacitações.

Geralmente os protocolos eu pego mais pela internet. Não sei dizer se tem disponível na unidade, nunca fiz procuração aqui. Mas geralmente é mais pela internet mesmo.

Aqui eu como profissional vejo que eu... no SUS pelo menos, o profissional tá bastante desvalorizado. Se a gente quer fazer algum curso, a gente tem aquele prazo pra solicitar e às vezes eles pedem pra repor o horário que tá sendo solicitado, às vezes não. Quando eles chamam é mais com relação à doença infecto contagiosa, algum surto, algo que seja mais de imediato. Mas no controle das doenças crônicas, realmente não tem.

a gente tem que ir muito atrás, ler os protocolos, procurar, porque realmente não tem esse caminho com eles”.

Isso é feito geralmente mais quando tem equipe de estratégia saúde da família, que a gente acaba... que tem aquele horário, aquele período da semana que faz a reunião global, que é muito interessante discutir o caso com os outros profissionais. Mas aqui a gente não tem como fazer isso, pela rotina da unidade não consegue.

Acho que teria que reestruturar todo o sistema. Na verdade, é um problema do sistema mesmo e são todas as especialidades que têm essa dificuldade, é... aqui na própria unidade também falta clínico, falta médico,

Na ESF o que a gente consegue é mais essa multidisciplinaridade, é tá conversando com os outros profissionais, às vezes fazendo um atendimento em conjunto daquele paciente, isso a gente consegue com mais facilidade. Mas questão de referência também é bem demorada, quando precisa também de especialista

M2:

“Olha, pra te falar a verdade mesmo, pelo tempo de trabalho que eu tenho, apesar da gente trabalhar com hipertensos, diabéticos, que leva muito a esse problema, eu não vejo quase nada! Eu não vejo assim na área básica

de saúde, quase nenhum atendimento assim melhor, específico para o renal crônico. É um atendimento assim... que não é nem regular, é péssimo, é péssimo. Não tem um atendimento direcionado assim pra isso.

Diabetes e hipertensão a gente tenta tratar da melhor possível por aqui. Nos temos os exames básicos, a gente tem como acompanhar, tem a nutricionista, que nos ajuda, então, quando o paciente vem na fase inicial, que a gente pede ajuda do nutricionista, dá medicação, aí é fácil, o tratamento é tranquilo, nessa fase de hipertenso e diabético.

Avaliação dos rins, sim, é feito.

Eu só recebi pra hipertenso e diabético. Mas só o doente renal crônico eu ainda não recebi.

Não, com certeza não, porque todo tempo eu tô lidando com isso e não vi.

“Eu que decido o que tem que fazer, como fazer porque não tem na realidade um protocolo pra seguir”.

M3:

“Eu vejo que esse grupo de profissionais são importantes pro renal crônico porque a gente tem o médico acompanhando, eh... pelo menos ele... uma vez por mês... esse paciente, eh..., o enfermeiro, verificando a questão de alguma ferida, alguma úlcera, o técnico, geralmente assim... um psicólogo, assistente social, porque geralmente o renal crônico é um paciente que tem uma debilidade... eh!... eh! Psicológica também; é um paciente que tem tendência a deprimir, a fazer depressão. Então eu vejo que o papel da atenção básica é importante nesse... nesse lado pro renal crônico, porque agrega vários profissionais; é multidisciplinar pra eles”.

“Tenho um paciente renal crônico, a parte da diálise dele, ele faz... ele faz fora, três vezes na semana. Mas a nossa assistência da atenção básica dele

é a assistência domiciliar, porque é um paciente amputado, ele teve uma amputação, então é um paciente que tem dificuldade de se deslocar até o posto”.

A ESF, que é o programa saúde da família, é um programa, que pelo menos deveria ser... a gente luta pra que seja, 80% profilático.

Todos os pacientes, pelo menos aqui, pacientes hipertensos e diabéticos, pacientes do grupo de risco, eles têm uma carteirinha. Por mais que agora o SUS estipulou para 6 meses a troca de receita dele, a gente não deixa de passar de 3 meses, sem vim consultar de novo... e nessa volta, a gente não só troca a receita, éh... a gente faz todo aquele check-up geral, inclusive a parte renal, ureia, creatinina, todo... éh, ultrassom.

É um paciente que fica amarrado com a gente. Então, todos têm cartão, cartão do idoso ou do diabético. Então, a pressão é todo tempo monitorada. Se a gente detecta que a glicose está alterada naquela consulta, ou a pressão, geralmente eu peço pra fazer aquele controle de uma semana há 10 dias e eu reencaixo ele pra daqui há 15 dias pra voltar, verifico se precisa trocar o medicamento. Então, ele fica sempre amarrado com a gente.

Alguma coisa especifica sobre doença renal crônica? Não... não. Quando a gente entra no programa Saúde da família, a gente faz uma capacitação, que eles chamam de treinamento, que é de uma maneira geral, que é mais sobre as ações do SUS, né? Mesmo. Mas, alguma capacitação sobre renal, eu te confesso que a gente não... eu não tenho escutado, porque assim... eles se atrelam mais aos programas, em capacitar pra pré-natal, em capacitar pra hanseníase, em capacitar pra TB, entendeu? Então, todo ano tem capacitação, mas eu te confesso que pra renal eu ainda não escutei falar que tem capacitação.

Olha eu ainda não sentei pra ver protocolo, não. Dessa parte não. Porque antes deu ir pro idoso, a gente, eu ficava na urgência, então, o protocolo que a gente conhecia era de urgência. E o nosso da atenção básica, não atrela essa parte de renal... é mais mesmo desses programazinhos.

A secretaria não oferece. Se a gente for abrir um leque pra tanta doença degenerativa, como se fala... cardiovascular... mas não, fica preso só em hipertensão e diabetes, mas mesmo assim... a gente não tem quase nada sobre isso é mais gestante, crescimento e desenvolvimento, MH, TB... é só aquilo ali.

M4:

Na verdade a maioria dos pacientes que são atendidos pela atenção básica e que podem vir a desenvolver a doença renal crônica são os pacientes hipertensos e diabéticos.

Nós temos um número muito grande, mas são atendidos a cada três meses, sempre nas consultas médicas. Antes era feito também intercalado um atendimento de enfermagem, mas hoje não.

A gente tenta realmente seguir protocolos, não pra doença renal crônica, porque eu acho que até nós médicos somos poucos treinados. A gente tenta seguir protocolos de atendimentos pra controle da hipertensão e diabetes e em consequência prevenir a doença renal crônica, mas não atua basicamente no protocolo da doença.

Que deveria ser uma ... uma situação por nós melhor vista, disso a gente tem consciência. Como nós não temos muitos pacientes nessa condição, às vezes, eu acho que a gente até... a gente mesmo enquanto profissional se acomoda. Aí fica: “quando aparecer encaminho pro especialista”. Apesar das dificuldades que existem, a gente ainda incorre nessa cultura.

A gente precisa melhorar nesse sentido, em termo de treinamento. De todos os profissionais de saúde, desde o agente de saúde, que as vezes vai na casa de um paciente desse e observa o paciente que a gente diz que tem cara de renal. Mas a gente não sabe, às vezes olha, vê que tem alguma coisa estranha, mas não sabe o que é e não sabe nem orientar: “olha vai numa consulta lá no posto”. Não tem esse norte.

Esse fluxo de consultas pro secundário precisa ser melhorado e esse retorno do terciário. Estabilizou, da feita que estabiliza, “é preciso realmente ficar sempre no terciário?. Esse paciente não pode voltar a ser atendido na atenção básica e eventualmente de seis em seis meses ou uma vez ao ano ? Então isso é uma coisa que a gente precisa reavaliar, mas não é o que acontece fielmente hoje em dia, infelizmente.

M5:

É nota zero. Referência, nós não temos referência, não temos um hospital pra encaminhar. Insuficiência renal crônica o paciente é visto como... como... um lixo, porque a gente encaminha, o paciente volta, ele quer que a gente resolva o problema e na atenção básica não dá pra resolver e a gente vai levando. E quando ele chega a precisar de hemodiálise ou coisa parecida, aí é que complica a situação.

Ah... bem que a gente queria, mas quando chega esses treinamentos, o diretor do posto não quer liberar a gente. Porque eles dizem que tem pouco clínico, nem chega nas nossas mãos, a gente nem sabe.

Eu acredito que a SESPA tenha alguns cursos, diabetes e hipertensão, pra saber as novidades. Não chega, não chega pra gente. Chega lá na direção, fica intocado, acho que na gaveta deles.

Os protocolos de doenças crônicas, não ta chegando pra gente. Tá chegando de doenças tipo H1N1, tá tudo aqui na parede, H1N1, dengue.

Agora essas doenças crônicas não, porque eu creio que não seja interesse deles, doença crônica.

M6:

“Ah... acho que é fundamental, pra prevenção, na parte da prevenção. Vai ter que pedir todos aqueles exames, acompanhar o paciente, ter o controle... eu acho fundamental”.

Eu confesso pra senhora que eu não conheço esses protocolos. Eu procuro seguir alguns... da atenção básica.

M8:

A atenção é primordial, tem poder resolutivo, se você levar a sério, agora se no meio da demanda ficar atendendo esses pacientes, não tem como levar a sério. Por exemplo tem que ter o programa só de hipertenso e diabético.

A gente sabe assim que é difícil, primeiro, até pelo próprio suporte que a atenção tem pra gente. Aqui a gente tem um laboratório, aqui a gente tem uma boa resposta, não demora muito pra sair. Então... mas tem muita gente que vem de outros postos pra cá, porque lá não funciona. Porque na verdade a doença crônica você sabe que a maioria é pressão alta e diabetes.

hoje existe uma preocupação maior com as doenças, o próprio paciente já tem uma ideia disso, ele tem preocupação maior, porque a informação ta chegando. É porque a informação chega, a mídia chega e ele se preocupa, quem tem na família já chega e pede “olha eu quero fazer”, muitos pacientes chegam e “eu queria fazer um check-up porque minha família...”. Então, o paciente ta chegando é... à educação.

tem um monte de coisa que a gente tem que mudar, por exemplo, eu tenho perfil, eu gosto de visitar, mas pra isso... às vezes vocês desperta na

	<p>faculdade, parar de enrolar também, na faculdade às vezes não funciona, [...]o sistema tá errado, porque às vezes você desperta isso na formação, Mas o da atenção básica tem que ser diferenciado, porque o cara que vai pra urgência é porque não funcionou a atenção</p>
<p>Profissionais E</p>	<p>E1</p> <p><u>O que a gente sabe é o que a gente leu, e a gente quando atende algum paciente que vem, a gente vai, procura ver na internet, assim que a gente vai trabalhando com eles. Não senhora, não temos nenhum protocolo.</u></p> <p>Tem, a gente tem conhecimento que tem, um protocolo, tudinho, mas a gente não tem. A Unidade não oferece pra gente ter em mãos.</p> <hr/> <p>E2</p> <p>É importante, na verdade, os pacientes terem, porque muito paciente não tem noção da importância da doença renal, então é importante; seria interessante colocar em evidência, a questão da prevenção das doenças renais na Atenção Básica que, hoje em dia, não se tem em prática na verdade, então seria muito importante ter esse controle”.</p> <p>“Na verdade, pra a doença renal a gente não faz, voltado para doença renal. A gente faz para outras doenças crônicas como a hipertensão e a diabetes. Eu tenho apenas um paciente que tem problema renal e ele está aguardando ainda pra fazer hemodiálise.</p> <p>“não tem nenhum programa que investigue ou que... como eu falei, que faça a prevenção, que fale dos cuidados. Não tem nenhum programa ou uma atenção voltada pra isso.</p>

“Sim, converso a respeito disso, às vezes, na verdade, não são com todos os pacientes, pra lhe falar a verdade, não são com todos que eu converso. Geralmente que eu converso sobre a questão renal é quando já tem algum histórico, ou quando ele se queixa de alguma, alguma patologia, alguma outra coisa associada, a gente conversa, às vezes, mas não é sempre.

Há 3 anos que eu estou na UBS, nunca tivemos nenhum tipo de capacitação, palestra ou roda de conversa, nada do tipo.

Olha, pra lhe falar a verdade, eu já li, mas faz... faz um pouco de tempo que eu li, pra lhe falar a verdade.

Seria muito relevante no caso pra Secretaria de Saúde, pra toda a Atenção Básica do município de Belém, incluir esses programas, no caso, pra doença renal principalmente a questão da prevenção, do controle, que seria interessante pra população ter conhecimento a respeito, porque realmente é uma coisa que é desconhecida ainda para a população como um todo. E quando elas sabem, elas já estão doentes.

E fazer também é... no caso, capacitações, treinamentos, pras pessoas que trabalham na Atenção Básica pra, a partir daí, você abrir um programa. Antes mesmo de abrir, porque as vezes só colocam e não treinam. Então seria relevante.

Eu faço o cadastro do paciente no Hiperdia, que é o programa de hipertensos e diabéticos. E aí é feito o controle é... a gente faz o controle dele... a consulta de enfermagem, procurar saber se ele tá bom, bem, se necessário, solicita exames é... faz todo o acompanhamento dele com relação a cuidados, encaminha pra nutricionista, psicólogo, se houver, e pro próprio médico, que ele também faz controle com o médico, se houver necessidade.

E3:

“Na minha opinião, nessa questão da assistência, na atenção básica, me baseando na nossa equipe, na nossa unidade, a gente tenta fazer um acompanhamento bimestral... de rotina, porém, ao atender de acordo com a necessidade logo, mesmo de demanda espontânea também...

Eles são, aqui na unidade como nos temos uma demanda muito grande, de cadastrados, e a gente ainda faz o acompanhamento da área não cadastrada do bairro – porque este o bairro é bem populoso, tem uma população de 20.000 habitantes, e a gente cobre uma população de 4.000, então o paciente chegando aqui e provando que ele é morador do bairro, ele entra também no programa e o acompanhamento a gente faz de 3 em 3 meses, intercalando consultas de enfermagem e consultas médicas.

A gente tem mesmos através dos exames laboratoriais, né? E a gente faz o acompanhamento, também trimestral, os exames laboratoriais, né? Quando há necessidade de monitoramento da pressão, devido a queixa, a gente fica acompanhando a semana toda... a gente monitora a semana toda. É assim que funciona.

Não. Sinceramente... em termo de hipertensão e diabetes, desde que eu estou, há 3 anos aqui na estratégia, nós não fomos convocados pra nenhum tipo de atualização. Sobre doença renal também não.

Pois é. Assim a fundo... eu sou sincera... eu sei que não a fundo. A gente segue a... a... como eu to lhe falando... dentro do hiperdia, né? Que a maioria deles é diabético, né? Mas assim a fundo mesmo, eu não tenho muito conhecimento, né?

E4:

Se o enfermeiro observar alguma alteração no exame do paciente a gente já encaminha para o clínico – que essa consulta também ela é periódica com o clínico desses pacientes – e o clínico já faz o encaminhamento para o nefro através de consulta especializada e agendadas pela Central de Regulação.

Seria interessante ter algumas palestras orientando, orientando o protocolo, qual o caminho a gente deve conduzir esse paciente.

Aqui na Unidade não tem esse protocolo. Deve existir um protocolo, mas aqui na Unidade a gente não tem protocolo de paciente de doença renal.

E5:

A Atenção Básica é fundamental, pra gente, pra descobrir essas doenças. Se a nossa Atenção Básica fosse, funcionasse como deveria, a gente poderia talvez evitar muitos casos, de problemas renais crônicos e até morte. Até porque pra chegar lá na frente, muito difícil pro paciente conseguir uma hemodiálise, médico especializado, que é muito crítico, são poucos no SUS.

Não, treinamento nenhum, a experiência que eu tenho, é que eu fiz residência e eu trabalhei com paciente em hemodiálise, então foi por, pela minha residência, passei em Clínica Cirúrgica e eu fui trabalhar na hemodiálise com paciente, com os pacientes nefrológicos, nefropatas. E aí, foi assim que eu adquiri... e eu passo pras minhas colegas, mas treinamento. Nem pra hipertensão, nem pra diabetes, nem pra nefropata, nada.

A gente tem acesso até pela internet aos protocolos.

a gente às vezes embate com outro profissional, que não... que não obedece, talvez até por falta de conhecimento, esse protocolo, não obedece.

Não, porque a gente embate assim... nós, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, dentistas, a gente consegue conversar, mas com o médico a gente não conversa porque não tem tempo.

E a gente tem muito paciente perdido aí porque não tem controle, porque no nosso programa, a gente tem no computador, mil e quinhentos pacientes cadastrados com diabetes e hipertensão, sendo que acompanhados, hoje em dia, a gente tem uns setecentos, a metade, menos que a metade, isso porque esse paciente tá perdido, ainda mais com esse advento agora de receita que vale seis meses na farmácia, aí que eles se perdem mesmo, não vêm, só vêm quando a receita vence”.

E6:

O atendimento na atenção básica, ele é de primeiríssima importância, porque é lá que a gente vai detectar. Os pacientes diabéticos, os hipertensos. Que são as patologias que podem evoluir para insuficiência renal, na maioria das vezes.

Então... Na Atenção Básica, é... a gente consegue... diagnosticar esses pacientes... e acompanhar. Como, por exemplo, na unidade que eu trabalho nós temos o serviço, um programa, o HIPERDIA, que é pra aqueles pacientes hipertensos e diabéticos.

Se pelo menos algumas das unidades conseguissem trabalhar assim, eu acho que a prevenção seria mesmo uma coisa... assim, eu acho que diminuiria bastante esse número de pacientes.

E7:

Olha, a gente aqui na Unidade, nós... atendemos poucos pacientes com hipertensão e diabetes, a equipe de enfermagem. Esses pacientes, eles vêm mais para um clínico, e geralmente eles ficam fazendo acompanhamento mais com o médico mesmo”.

Mas é o enfermeiro, o médico, toda a equipe de saúde ela tem o papel fundamental para fazer o controle desse paciente. Pra não chegar ao ponto dele... dele ser um doente renal crônico.

E8:

“Quando a gente sabe que o paciente é portador de uma doença renal, esse paciente já faz hemodiálise, quando a gente percebe que esse paciente desapareceu da unidade, então vem alguém da família e informa, quando o paciente ou evoluiu e já está fazendo a hemodiálise ou quando o paciente foi à óbito”.

“Porque eles sabem que esse paciente, o primeiro local de atendimento é a Unidade Básica. Esse paciente chega, antes de se tornar renal crônico, ele tem como evoluir para um tratamento regularmente, aqui tem estratégias de saúde da família, existe unidade, existe situação para medicamento, referência, referência de hipertensão e diabetes”.

“Não tem um olhar diferenciado para esses pacientes que vão evoluir para uma situação crônica. Que a gente sabe, que a gente atende. Não tem uma mobilidade da secretaria da saúde, um olhar diferenciado da secretaria para esses pacientes”.

“Não existe atendimento especializado para esse paciente. Ele é atendido de uma forma geral quando ele chega na Unidade, mas a gente fica

praticamente de pés e mãos atados porque a gente não sabe como proceder, para onde encaminhar, como referenciar este paciente”.

“Tava se perdendo no sistema por: não ter capacitações dos profissionais, não ter uma olhar diferenciado a esse paciente, e o paciente também esbarra muito no fluxograma do sistema público, para ele poder chegar a um especialista, é um paciente que fica no sistema, a consulta dele é jogada

“Acho que não acontece porque tem muito profissional que não entende os problemas da saúde pública, não tem um olhar diferenciado, não tem uma rotina. Acha que é comum. Então já é aquele profissional que já vai deixando. Deixa pra lá, paciente vai voltar, o paciente vai evoluir bem. Estão sempre achando que aquilo é apenas uma besteira, que o paciente vai acabar retornando [...] então paciente acaba se perdendo no sistema, acaba evoluindo para uma situação que poderia ser prevenida antes dele se tornar um renal crônico”.

“Olha. Não, porque eu acho também que tem que começar a equipe falar a mesma língua”

“Quando a gente começa a trabalhar em saúde pública, nos é logo colocado um atendimento ao portador de tuberculose, portador de hanseníase, sala de vacina. Mas especificamente ao portador de uma doença renal crônica, ou alguma outra doença crônica, a gente tem que lidar com o dia a dia... porque não existem capacitações pela Secretaria de Saúde relacionado a esse tipo de comorbidade”.

A gente não tem, se a gente tivesse um protocolo, um fluxograma de atendimento, pelo sistema, uma capacitação dos profissionais médicos e enfermeiros, a gente teria uma visão melhor no atendimento para esses pacientes”.

“Quando a gente... quem trabalha no setor na ponta, na Saúde Pública, nós não escolhemos o atendimento, então, se tivesse um protocolo de atendimento, como tem para as outras doenças, se tivesse capacitação como tem para outros atendimentos que nós realizamos. Nós não ficaríamos tão perdidos no sistema. Talvez a gente pudesse evitar um meio por cento de um paciente chegar a ser um crônico. E se tivesse também o feedback entre o profissional da ponta e o profissional da área especializada, a gente poderia amarrar a situação e ver como poderia resolver. Mas se o profissional da ponta, não tem um esclarecimento do profissional especializado, fica difícil a gente fazer uma... vai acabar que muitos pacientes que são hipertensos, vão acabar evoluindo para uma situação crônica. Vão acabar se tornando um paciente que vai necessitar fazer hemodiálise, vai ser mais custo ao governo”.

Quando o paciente se encontra como renal crônico, a gente não tem uma direção, um protocolo de atendimento, um encaminhamento. Ele é atendido de uma forma geral quando ele chega na Unidade, mas a gente fica praticamente de pés e mãos atados porque a gente não sabe como proceder, para onde encaminhar, como referenciar este paciente.