

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Ismael Vieira Gonçalves

**DOENÇA RENAL CRÔNICA: PLANO DE INTERVENÇÃO NA
PRÁTICA ASSISTENCIAL, NA EQUIPE REGIONAL VI, MUNICÍPIO
GUANHÃES, MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte
2021**

Ismael Vieira Gonçalves

**DOENÇA RENAL CRÔNICA: PLANO DE INTERVENÇÃO NA
PRÁTICA ASSISTENCIAL, NA EQUIPE REGIONAL VI, MUNICÍPIO
GUANHÃES, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Gestão do Cuidado em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Verônica Amorim Rezende

Belo Horizonte

2021

Ismael Vieira Gonçalves

**DOENÇA RENAL CRÔNICA: PLANO DE INTERVENÇÃO NA
PRÁTICA ASSISTENCIAL, NA EQUIPE REGIONAL VI, MUNICÍPIO
GUANHÃES, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Verônica Amorim Rezende.

Banca examinadora

Professora Verônica Amorim Rezende, Mestre, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Professor Dra Helisamara Mota Guedes- UFVJM

Aprovado em Belo Horizonte, em 10 de fevereiro de 2021

Ao meu pai, Pedro (in memoriam), com
muito amor e saudade.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, pelo dom da vida e por me conceder saúde e coragem para enfrentar os desafios ao longo de minha vida.

A minha esposa, Eucerlangy, que sempre será meu porto seguro e que nunca me deixou desistir, obrigada por todo amor, dedicação, cuidado e compreensão e pelo apoio e incentivo na conclusão deste trabalho.

Aos meus pais, por todo amor.

A minha família, por todo apoio.

A minha orientadora, Verônica, pela orientação, confiança e atenção na construção deste trabalho.

A todas as tutoras que me acompanharam ao longo do curso, por me proporcionarem o conhecimento.

A Secretaria de Saúde pela confiança dada a mim.

A ESF Regional VI, por toda colaboração.

Por fim, agradeço a todos aqueles que torceram por mim ao longo de toda essa jornada.

“O sucesso é uma consequência e não um objetivo.” (Gustave Flaubert)

RESUMO

Este trabalho aborda a Doença Renal Crônica, levando-se em consideração os diversos fatores de risco para o desenvolvimento da doença. A Doença Renal Crônica é considerada um problema de saúde pública e em razão de sua gravidade promove uma nova realidade de vida para o paciente. O estudo teve como objetivo apresentar um projeto de intervenção para incentivar o diagnóstico da Doença Renal Crônica em estágios iniciais na comunidade pertencente a equipe Regional VI, em Guanhães, Minas Gerais. Foi realizado um levantamento de referências bibliográficas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Online (SCIELO) e Literatura Latinoamericana e do Caribe (LILACS), no período de 2010 a 2020. Fez-se a análise do referencial para destacar a visão da literatura acerca da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus como fatores de risco, e a forma como prevenir o progresso da doença. Foram encontrados como nós críticos deste plano de intervenção: Acompanhamento insatisfatório dos doentes crônicos, quanto à ureia e creatinina; Falta de educação em saúde para o grupo de risco para Doença Renal Crônica; Acompanhamento irregular de consultas para pacientes com fatores de risco para Doença Renal Crônica; Hábitos e estilos de vida que favorecem o aparecimento dos principais fatores de riscos (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes); Sobrepeso e utilização de remédios nefrotóxicos. Conclui-se que a Doença Renal Crônica pode ser prevenida, ou pelo menos retardada, caso tenha-se um controle dos fatores de risco e/ou diagnóstico precoce. Assim, o plano de intervenção possibilita busca ativa desses pacientes.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica. Doença Crônica. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This work addresses of Chronic Kidney Disease, taking into account the various risk factors for the development of the disease. RDC is considered a public health problem and because of its severity, it promotes a new reality for the patient. The study aimed to present an intervention project to encourage the diagnosis of Chronic Kidney Disease in stages initiated in the community belonging to the Regional VI team, in Guanhães, Minas Gerais. A survey of bibliographic references was carried out in the databases of the Virtual Health Library, the Online Medical Literature Analysis and Recovery System (MEDLINE), Scientific Electronic Online (SCIELO) and Latin American and Caribbean Literature (LILACS), in the period from 2010 to 2020. An analysis of the framework was carried out to highlight the view of the literature on SAH and DM as risk factors, and how to prevent the progress of the disease. The following were found as nodes adapted from this intervention plan: Unsatisfactory monitoring of chronic patients, regarding urea and creatinine; Lack of health education for the group at risk for the DRC; Irregular follow-up of consultations for patients with risk factors for RDC; Habits and lifestyles that favor the appearance of the main risk factors (SAH and Diabetes); Overweight and use of nephrotoxic drugs. It is concluded that a RDC can be prevented, or at least delayed, if there is a control of risk factors and / or early diagnosis. Thus, the intervention plan enables the active search for these patients.

Descriptors: Renal Insufficiency Chronic. Chronic disease. Family Health. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Quadro de profissionais da Equipe de Saúde Regional VI pertencente à UBS Vermelho localizada no município de Guanhães, Minas Gerais.	22
Quadro 2 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Regional VI, da UBS Vermelho, município de Guanhães, estado de Minas Gerais.	25
Quadro 3 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Subdiagnóstico de DRC com elevado número de usuários com fatores de risco para DRC”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Regional VI, do município Guanhães, estado de Minas Gerais.	36
Quadro 4 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Subdiagnóstico de DRC com elevado número de usuários com fatores de risco para DRC”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Regional VI, do município Guanhães, estado de Minas Gerais.	37
Quadro 5 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Subdiagnóstico de DRC com elevado número de usuários com fatores de risco para DRC”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Regional VI, do município Guanhães, estado de Minas Gerais.	38
Quadro 6 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Subdiagnóstico de DRC com elevado número de usuários com fatores de risco para DRC”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Regional VI, do município Guanhães, estado de Minas Gerais.	39
Quadro 7 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Subdiagnóstico de DRC com elevado número de usuários com fatores de risco para DRC”,	40

na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Regional VI, do município Guanhães, estado de Minas Gerais.

Quadro 8 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 6” relacionado ao problema “Subdiagnóstico de DRC com elevado número de usuários com fatores de risco para DRC”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Regional VI, do município Guanhães, estado de Minas Gerais.

41

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Levantamento de alguns problemas de saúde identificados pela equipe Regional VI, da UBS Vermelho, localizada em Guanhães, Minas Gerais.	24
Tabela 2 – Quantitativo dos fatores de risco para DRC na comunidade da Equipe Regional VI, da UBS Vermelho, localizada em Guanhães, Minas Gerais.	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CISCEN	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Nordeste
CNS	Cartão Nacional do SUS
CTE	Centro de Tratamento especializado
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRC	Doença Renal Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LILACS	Literatura Latinoamericana e do Caribe
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PIB	Produto Interno Bruto
SAAE	Serviço Autônomo de Água e Esgoto
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SCIELO	Scientific Electronic Online

SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município	13
1.2 O sistema municipal de saúde	15
1.3 Aspectos da comunidade Vermelho	18
1.4 A UBS do Vermelho	21
1.5 A Equipe de Saúde da Família Regional VI	21
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Regional VI	22
1.7 O dia a dia da equipe Regional VI	23
1.8. Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	24
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	25
2 JUSTIFICATIVA	26
3 OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo geral	27
3.2 Objetivos específicos	27
4 METODOLOGIA	28
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	29
5.1 Doença Renal Crônica (DRC)	29
5.2 Principais fatores de risco para DRC	30
5.3 Classificação e tratamento da DRC	31
5.4 Papel da Atenção Básica (AB) na abordagem da DRC	32
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	33
6.1 Descrição do problema	33

6.2 Explicação do problema.....	33
6.3 Seleção dos “nós críticos”	34
6.4 Desenho das operações	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERENCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Guanhães é uma cidade do Estado de Minas Gerais, localizada no Vale do Rio Doce, a 249 km da capital Belo Horizonte. Os habitantes se chamam guanhanenses. Faz divisa com Sabinópolis, São João Evangelista, Peçanha, Virgíópolis, Açucena, Braúnas, Dolores de Guanhães e Senhora do Porto. Tem uma população de 34.573 pessoas, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), população estimada para 2020. Possui densidade demográfica de 29,08 hab/km², com área da unidade territorial de 1.075,124 km², seu bioma é a mata atlântica (IBGE, 2020).

Segundo IBGE, os primeiros habitantes de Guanhães foram os índios Guanahães, que ocuparam as margens do Rio Guanahães, que assim deu origem ao nome do município Guanhães (IBGE, 2020).

A procura de ouro e pedras preciosas, vários conquistadores desceram o Rio Guanhães e Santo Antônio. Em 1952, o serrano João Azevedo Lemo encontrou ouro nos “Descobertos ouríferos do Graypu”. Essa descoberta despertou grande interesse na região, tornando-se assim motivo para novos moradores, em consequência, formou-se um povoado na região, chamado São Miguel e Almas, e posteriormente foram criados outros povoados, limítrofes de Guanhães, que com o passar dos anos foram emancipados. Influenciado pelo Rio Guanhães, São Miguel e Almas, passa a ser chamada de São Miguel de Guanhães (IBGE, 2020).

Capitão Venâncio Gomes Chaves era um fazendeiro, que junto com outros fazendeiros formaram uma empresa que iniciou a exploração de lavras do Condonga. Passado algum tempo descobriram outra lavra em São Miguel e Almas. José Coelho da Rocha foi o primeiro habitante de São Miguel e Almas (IBGE, 2020).

Em 1982 foi criada a Paróquia, cujo padroeiro é São Miguel. A cidade comemora seu aniversário em 25 de outubro (IBGE, 2020).

Guanhães possui grande movimentação de pessoas diariamente, por ser referência regional. Atende mais de 20 municípios da região e oferece aos mesmos serviços de saúde, educação, trabalho, comércio, hotelaria, bancários e logística. Faz parte do Circuito Turístico Trilhas do Rio Doce, circuito esse que contribui para o fortalecimento do turismo em Guanhães e várias cidades.

A cidade teve um grande crescimento urbano nos últimos anos, tendo como oferta à população novos loteamentos e residenciais. Possui mais de 35 bairros.

Por estar localizada no encontro das rodovias BR-120 e da BR-259, Guanhães serve de acesso a vários outros municípios, a mesma tem movimentação diária de aproximadamente 20 mil pessoas.

Vale ressaltar que Guanhães possui um comércio amplo e diversificado, o município supre a demanda de vários outros municípios da região, oferecendo serviço de saúde, educação, alimentação, bancos, hotelaria e agropecuária. O clima da região favorece o cultivo e produção de vários alimentos como mandioca, milho e feijão. Grande parte da população possui uma renda favorável.

O salário médio mensal dos trabalhadores formais, em 2018, é de 1,9 salários mínimos. Tem como pessoal ocupado, em 2018, cerca de 7.238 pessoas. A população ocupada, no referido ano, é de aproximadamente 21,3% e percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo (2010) é de 39,2%. Conforme crescimento da cidade, já é bem acentuado a existência de áreas periféricas com alto grau de vulnerabilidade. Pode-se perceber uma acentuada diferença de classe entres os bairros (IBGE, 2020).

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita, referente ao ano de 2017, é de 18.134,31. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), referente ao ano de 2010, é de 0,686. O IDHM possui uma faixa entre 0 e 1, sendo considerado pior quanto mais próximo de 0 e melhor mais próximo de 1. Há os seguintes componentes: longevidade, educação e renda. No referido município, o componente educação é avaliado em 0,576, renda em 0,683 e longevidade 0,820. Desse modo, nota-se que o componente longevidade é o mais bem avaliado (IBGE,2020).

Segundo o Plano Municipal de Saúde a cidade conta com um Hospital Regional que atende em torno de 11 municípios. Este é filantrópico, mantido pela prefeitura municipal, recursos estaduais e doações.

No município o serviço de água e esgoto é Serviço Autônomo de Água e Esgoto de Guanhães (SAAE), esse serviço enfrentou nos últimos anos maior crise hídrica da cidade. O SAAE foi criado pela Lei Municipal nº 1355 de 16 de maio de 1983 (SAAE).

O saneamento básico da cidade tem sofrido um grande descaso em relação ao abastecimento de água. O município teve escassez de água, passando dias sem

água, o serviço se mostrou um pouco acomodado, somente há alguns meses teve uma solução parcial do problema. Segundo SAAE, o manancial de abastecimento de Guanhões é o Ribeirão Graipu. O sistema de esgoto é básico sem muita tecnologia, por isso quando a água da chuva e o lixo das ruas vão para o sistema de esgoto ocorre alagamentos nas residências próximas as redes de esgoto (PREFEITURA MUNICIPAL DE GANHÃES, 2020).

O município tem alcançado destaque na educação, as escolas municipais somam 16 escolas distribuídas em zona urbana e zona rural, na rede estadual há nove escolas, e o município conta ainda com duas escolas particulares. No ensino superior o município abriu espaço para algumas faculdades bem conceituadas como a PUC Minas, FACIG e pólos da UNIUBE e ULBRA. Para as crianças, conta ainda com duas creches chamadas Creche Lar dos Pequeninos que atende a 160 crianças e a Creche do Proinfância (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUANHÃES, 2020).

Em 2017, os alunos dos anos iniciais do ensino fundamental da rede pública da cidade tiveram nota média de 6,2 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Para os alunos dos anos finais do ensino fundamental, essa nota foi de 4,2. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 98,5 (IBGE, 2020).

Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (2020) a situação da educação que compõe o IDHM da educação está paralelamente relacionada ao número de crianças e jovens que frequentaram a escola tendo concluído o ensino ou ainda em percurso.

1.2 O sistema municipal de saúde

A rede municipal de serviços de saúde está estruturada na atenção primária com 13 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), lotadas em 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), representando uma cobertura de cerca de 98,2% da população, estando todas completas, inclusive com equipe de saúde bucal. Há um Posto de Saúde funcionando no Distrito de Sapucaia, que conta com uma médica duas vezes por semana, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem todos os dias; Um Centro de saúde, onde funcionam os seguintes serviços especializados: pediatria; ginecologia e obstetrícia; clínica médica; ortopedia; cirurgia geral, odontologia e pequenas cirurgias; Uma Unidade Básica de Saúde Mental, a

unidade ainda está em transição para Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), inclusive está em reforma, com um psiquiatra, dois psicólogos, uma fonoaudióloga e uma enfermeira; uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com dois fisioterapeutas, um nutricionista e uma fonoaudióloga. Há também uma Farmácia Central.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Nordeste (CISCEN) tem sede em Guanhães, atende os 11 municípios consorciados com consultas especializadas e serviço de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) móvel (terceirizado). São consorciados os municípios de Carmésia, Conceição do Mato Dentro, Dom Joaquim, Dolores de Guanhães, Guanhães, Materlândia, Sabinópolis, Serro Azul de Minas, Senhora do Porto, Rio Vermelho e Virginópolis. As consultas e exames do CISCEN são realizadas no centro do CISCEN ou nas Clínicas Centro de Tratamento especializado (CTE), JR medical, Sinclair de Oliveira Phillips – consultas e Tomus e Imagem LTDA.

Como o serviço municipal de saúde detém de pouco serviço especializado, muitos pacientes são encaminhados ao atendimento macrorregional localizado em Itabira ou Belo Horizonte, para fins diversos, tratamento, cirurgias e diagnóstico. A prefeitura dispõe de ambulâncias, carros de apoio e o transporte de Tratamento Fora de Domicílio (TFD). O requerimento do transporte se dá por meio de relatório médico onde é solicitado ao centro de regulação do município. Não há Serviço Móvel de Urgência (SAMU).

A atenção terciária é constituída por um Hospital Regional filantrópico, que atende em torno de 11 municípios. Este possui 80 leitos, sendo 21 de clínica médica, 14 de clínica cirúrgica, 18 de clínica pediátrica, 13 de clínica obstétrica (alojamento conjunto), destes dois são apartamentos, todos com berçário, seis com incubadora aquecida. Além deste ponto de atenção, conta também com a referência do Hospital de Ipatinga que dista 141Km do município ou os pacientes são encaminhados para a capital Belo Horizonte.

O município conta ainda com os serviços de Vigilância em Saúde que abrange Saúde do Trabalhador, Promoção à Saúde, Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária.

A cidade ainda não tem uma estrutura de saúde completa, por isso conta com serviços de saúde privado que trabalham de forma complementar, através de credenciamento com a Secretaria de Saúde e fazem parte, a saber:

- Clínica de Fisioterapia Nossa Senhora de Fátima: Fisioterapia;
- Clínica de Fisioterapia Carla Marina LTDA: Fisioterapia;
- Clínica Ortopédica e Radiológica LTDA: Fisioterapia;
- Laboratório de Análises Clínicas Araújo Barbosa: Exames Laboratoriais;
- Hospital Regional Imaculada Conceição: Consultas especializadas, RX, Fisioterapia;
- Serpa Dias Laboratório Ltda: exames laboratoriais;
- MEDIMAGEM Medicina e Imagem Guanhães: Ultrassonografia;

Os pacientes são atendidos nas Unidades de Saúde e, quando necessário, são encaminhados para o centro de regulação que refere para os demais serviços.

A Assistência Farmacêutica é realizada por meio de uma Farmácia Central. Uma vulnerabilidade que pode comprometer o adequado funcionamento das atividades pertinentes da farmácia é a possível falta de medicamentos decorrentes do não cumprimento dos prazos de entrega por parte dos fornecedores. No momento está sendo controlado este problema.

A Farmácia Central conta com uma equipe de sete funcionários, sendo quatro efetivos e três contratados, conforme pode ser identificado na planilha de recursos humanos.

Dentre as atividades desenvolvidas destacam-se: controle de estoque, distribuição dos medicamentos, estudos de consumo, planejamento das atividades, avaliação, etc.

A farmácia conta com os programas Farmácia de Minas e o programa de Anticoncepcionais e outros Insumos da Saúde da Mulher podendo surgir novos programas no decorrer do ano. O número de pessoas atendidas diariamente é em média 350 pessoas, sendo o horário de funcionamento de 7:00 às 17:30 horas.

Alguns medicamentos são fornecidos por programas estaduais específicos que o município aderiu. Através do programa Farmácia de Minas, vários medicamentos são enviados pelo Governo Estadual, onde o município contribui com uma contra partida, esses medicamentos são entregues trimestralmente seguindo o que foi solicitado pelo município.

De forma bem organizada, a Atenção Básica é a porta de entrada dos usuários nos pontos de atendimentos. A partir da Atenção Básica, se necessitar de um atendimento de emergência, são referenciados para o Hospital, caso seja um atendimento especializado é encaminhado para o centro de regulação, onde será autorizado e agendado seu atendimento.

A unidade Vermelho conta com prontuários eletrônicos, sendo tudo registrado no e-SUS, no momento da consulta, identificando o prontuário do paciente por meio de seus dados pessoais, clínicos e número do Cartão Nacional do SUS (CNS).

Na cidade não tem hospital municipal, o atendimento é realizado em um hospital regional filantrópico, que conta com recursos da prefeitura para o atendimento da população. Então o atendimento predominante da cidade é a Atenção Primária.

O grande problema de saúde para a população da cidade é falta de um hospital com atendimento livre, ou seja, um hospital municipal. O existente na cidade é um hospital filantrópico, e muitas vezes deixa a desejar no número de atendimento, justificando que o recurso repassado pela prefeitura não é suficiente para a demanda.

O modelo assistencial predominante nos atendimentos é o biomédico, muitos profissionais ainda aderiram ao modelo centrado na pessoa e não somente na doença, esse processo de transição segue lentamente.

1.3 Aspectos da comunidade

A ESF Regional VI, na qual o autor do presente trabalho atua, localiza-se no bairro Vermelho, possui uma população equivalente a 3478 pessoas, distribuída em nove microáreas, sendo a equipe composta por um profissional médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e nove ACS's.

A ESF Regional VI fica localizada na BR 120, Nº 1145, Bairro Vermelho, ao sudoeste do município de Guanhães, em sua composição estão os seguintes bairros:

Zona Urbana: Bela Vista, Lagoa do Evaristo, Canaã, João Miranda e Vermelho.

Zona Rural: Cedro, Pintos, França, Ponte Alta, Barra Mansa, Conquista, Fazenda Moreira, São Geraldo, Bom Fim, São Sebastião, Perdeneira, São José, Gordura, São Supliano, Córrego Quati, Córrego Minhocas, Maia, Ponte de Tábua, Valongo, e Serrinha. Tendo como limite a ESF do Amazonas, ESF Pito ao Sul, ESF Santa Tereza, ESF do município Senhora do Porto, e a ESF do município de Dores de Guanhães.

O bairro obteve um grande aumento da área comercial, muitos empresários da cidade investiram no bairro em postos de gasolina, restaurantes, oficinas e casas de construção. Geralmente tem um movimento expressivo rotineiramente.

O bairro conta com alguns condomínios ou casas de aluguel, geralmente os moradores que vêm de fora, são os que alugam essas moradias, fortalecendo a economia da comunidade. Parte da comunidade empregada trabalha em empresas, prefeitura ou vivem do aluguel de suas propriedades. Tem uma população pequena de desempregados ou com economia informal.

A estrutura de saneamento básico na comunidade é satisfatória, em relação ao esgotamento sanitário. A coleta de lixo é realizada três vezes na semana.

Parte da comunidade vive em moradias dignas e confortáveis. Tem um nível escolar baixo, alguns profissionais com ensino superior.

A população conserva hábitos e costumes próprios da população urbana, conservando a comida mineira.

O bairro tem uma creche, que atualmente está em reforma, com ampliação para 150 vagas.

Como aspectos demográficos a comunidade apresenta um perfil muito comum divididos por faixas etárias. De acordo com os dados coletados no cadastro individual da população, no ano de 2020, possui 64 crianças menor de 1 ano (28 feminino e 36 masculino), 204 crianças de 1 a 4 anos (91 masculino e 113 feminino), 501 na faixa de 5 a 14 anos (228 masculino e 273 feminino), 311 entre 15 a 19 anos (146 masculino e 165 feminino), 519 entre 20 a 29 anos (247 masculino e 272 feminino), 566 ente 30 a 39 (259 masculino e 307 feminino), 492 entre 40 a 49 anos (239 masculino e 253 feminino), 321 entre 50 a 59 anos (167 masculino e 154 feminino), 274 entre 60 a 69 anos (145 masculino e 129 feminino), 147 entre 70 a 79 anos (76 masculino 71 feminino), 79 maiores de 80 anos (38 masculino e 41 feminino), somando 3478 no total.

Como realidade geral no Brasil, a equipe possui uma população com maioria das pessoas do sexo feminino. Os dados cadastrais apontam um número expressivo de crianças, pois a equipe abrange bairros periféricos, uma população de baixo poder aquisitivo e baixo nível de escolaridade, ou população que as famílias são grandes e com um espaçamento curto entre uma criança e outra. O número de idosos comparado a população geral se torna um número baixo, porém são pessoas que dependem unicamente do SUS, e muitas acabam não tendo uma saúde de qualidade, assim também como hábitos de vida não saudáveis.

É possível conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da ESF por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população.

A área possui 31 gestantes, 616 hipertensos, 143 diabéticos, 37 pessoas com doenças respiratórias (asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), enfisema, outras), 12 pessoas que tiveram Acidente Vascular Cerebral (AVC), 9 pessoas que tiveram infarto, 40 pessoas com doença cardíaca, 20 pessoas com Doença Renal Crônica (DRC) (insuficiência renal, outros), 19 pessoas com câncer, 45 pessoas com sofrimento mental, 10 acamados, 153 fumantes, 249 pessoas que fazem uso de álcool e 8 usuários de drogas.

As principais causas de óbitos em 2016, em Guanhães, foram AVC com 22 casos, infarto agudo do miocárdio com 12 casos, DPOC com nove casos, diabetes sete casos e hipertensão arterial com seis casos.

O número de agravos notificados no ano de 2016 em Guanhães foi de 319 casos de dengue, 176 casos de violência interpessoal/autoprovocada, 145 atendimentos antirrábicos, 105 casos de acidentes por animais peçonhentos e 78 intoxicação exógena.

De janeiro a novembro de 2020 a ESF Regional VI teve 24 internações sendo nove de urgência/emergência hipertensiva, cinco de diarreias, três de intoxicação alimentar, quatro de nefrolitíase e três de úlcera Gástrica.

Trata-se de uma população com um nível financeiro insuficiente para ter uma vida tranquila e confortável, portanto poucos têm condições financeira de procurar atendimento privado quando sua necessidade não pode ser solucionada pela equipe. Infelizmente o sistema público de saúde, mais especificamente o centro

de regulação se torna muito burocrático, impedindo ou retardando o diagnóstico e tratamento.

1.4 A Unidade Básica de Saúde do Vermelho

A ESF Regional VI funciona atualmente na UBS do Vermelho. A admissão dos profissionais da UBS ocorre de duas maneiras: aprovação em concurso público municipal e processo seletivo municipal.

O treinamento introdutório é feito para os funcionários recém-admitidos, através da leitura das normas gerais do serviço e repasse da rotina do serviço pelo enfermeiro e coordenação da Atenção Básica Saúde. O quadro dos profissionais de saúde deste departamento segue na planilha de recursos humanos.

A UBS disponibiliza de vários equipamentos duráveis. Abaixo listam os equipamentos de maior relevância:

- 06 computadores;
- 01 aparelho telefônicos;
- 01 balança pediátrica tipo concha;
- 01 balança antropométrica;
- 01 aparelho micronebulizador com cinco saídas
- 02 aparelhos esfigmomanômetro com coluna de mercúrio de rodas;
- 01 cadeiras de roda;
- 01 câmara para vacina;
- 01 oxímetro;
- 02 termômetros;

Sua área física é estruturada da seguinte forma: recepção, três banheiros, um consultório dentário (sem funcionamento), um consultório de enfermagem, um consultório médico, sala de curativo, sala de vacina e copa.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Regional VI

A equipe é composta pelos seguintes profissionais: um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um médico e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O quadro, a seguir, contém descritivo dos profissionais pertencentes a equipe:

Quadro 1 – Quadro de profissionais da Equipe de Saúde Regional VI pertencente à UBS Vermelho localizada no município de Guanhães, Minas Gerais

Profissionais	Descrição
ACS micro-área 01	• Trabalha há 1 ano e 9 meses. Estudou ensino médio completo. A Micro-área conta com 412 pessoas cadastradas e 134 famílias.
ACS micro-área 02	• Trabalha há 6 anos. Estudou técnico em enfermagem. A Micro-área conta com 470 pessoas cadastradas e 149 famílias.
ACS micro-área 03	• Trabalha há 6 anos. Estudou ensino médio completo. A Micro-área conta com 385 pessoas cadastradas e 133 famílias.
ACS micro-área 04	• Trabalha há 16 anos. Estudou ensino médio completo. A Micro-área conta com 400 pessoas cadastradas e 131 famílias.
ACS micro-área 05	• Trabalha há 3 anos. Estudou ensino médio completo. A Micro-área conta com 417 pessoas cadastradas e 130 famílias.
ACS micro-área 06	• Trabalha 3 anos. Estudou ensino médio completo. A Micro-área conta com 391 pessoas cadastradas e 113 famílias.
ACS micro-área 07	• Trabalha 18 anos. Estudou ensino médio completo. A Micro-área conta com 300 pessoas cadastradas e 95 famílias.
ACS micro-área 08	• Trabalha há 19 anos. Estudou ensino médio completo. A Micro-área conta com 322 pessoas cadastradas e 98 famílias.
ACS micro-área 09	• Trabalha há 10 meses. Estudou ensino médio completo. A Micro-área conta com 381 pessoas cadastradas e 135 famílias.
Médico	Profissional da equipe há 6 anos
Enfermeiro	Profissional da equipe há 5 meses
Técnica de Enfermagem	Profissional da equipe há 6 anos
Técnica de Enfermagem	Profissional da equipe há 2 meses

Fonte: Autoria Própria

A equipe de saúde da família possui no total 3478 habitantes e 1118 famílias cadastradas.

A relação da equipe com a comunidade é bastante satisfatória, uma vez que há interação e vínculo forte. Além dos atendimentos internos da UBS, a equipe realiza atividades em domicílio, como visitas e curativos, assim também como atividades em grupos como palestras e rodas de conversas.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Regional VI

A UBS Vermelho tem seu funcionamento de atendimento de 07:00h às 17:00h, com a equipe da ESF.

O atendimento se dá por meio de demanda espontânea e demanda programada. Os ACS, além das visitas domiciliares e serviços de sua competência, auxiliam a equipe em ações e organização do atendimento.

Semanalmente acontece ações de educação em saúde, de acordo com a agenda da unidade e sugestão da coordenação da atenção básica, abordando temas de acordo com a realidade da comunidade.

1.7 O dia a dia da equipe Regional VI

O tempo da Equipe Regional VI está dividido com as atividades de atendimento da demanda espontânea e com o atendimento de alguns programas, como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, controle de receita especial.

O Acolhimento é realizado desde a recepção, triagem, consulta e procedimentos, ou seja, desde a entrada até a saída do paciente da UBS. Inclui a escuta qualificada, resolução do problema e/ou direcionamento para as outras redes de atenção. Na unidade ainda não é utilizado o dispositivo da Política Nacional de Humanização, a classificação de risco é realizada por ordem de chegada, exceto situações de urgências.

As atividades de educação em saúde e de educação permanente acontecem de forma produtiva, pois a comunidade é muito participativa. O ensino-aprendizagem dos profissionais, como educação permanente, acontece sempre que a equipe e/ou coordenação julga necessário, assim não tem uma frequência de encontro determinada.

As visitas domiciliares são realizadas mensalmente pelos ACS a cada domicílio ou sempre que necessário, e uma vez na semana o médico e enfermeira visita acamados ou impossibilitados de comparecer a UBS. A visita permite uma melhor proximidade com os pacientes, fortalecendo o vínculo.

O planejamento e avaliação são realizados por meio de reunião com a ESF. A equipe ainda não possui sistema para avaliar a satisfação dos pacientes sobre o atendimento. No momento, não é utilizado monitoramento de indicadores específicos de planejamento e avaliação das ações.

A rotatividade dos profissionais é uma barreira que quebra a organização em relação a planejamento em longo prazo. Porém, a equipe se organiza e procura se

adaptar com a demanda de funcionamento, dando a importância devida ao acolhimento, apesar de não ter classificação de risco, agendando visitas domiciliares, e assim nos diversos serviços e atendimento vai suprindo a necessidade mais urgente da população.

1.8. Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Para identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência da equipe de ESF, foram coletados dados disponíveis no cadastro individual da população, o qual permitiu de modo bem prático conhecer o perfil epidemiológico da população adscrita. A seguir, dados quantitativos de alguns problemas de saúde da comunidade:

Tabela 1 - Levantamento de alguns problemas de saúde identificados pela equipe Regional VI, da UBS Vermelho, localizada em Guanhães, Minas Gerais

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Hipertensos	616
Diabéticos	143
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	37
Pessoas que tiveram AVC	12
Pessoas que tiveram infarto	9
Pessoas com doença cardíaca	40
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	20
Pessoas com sofrimento mental	45
Acamados	10
Fumantes	153
Pessoas que fazem uso de álcool	249
Usuários de drogas	8
Acima do peso	439

Fonte: e-SUS 2020.

Pelos dados levantados é possível reconhecer que a população possui número expressivo de pessoas com hipertensão arterial. A quantidade de pessoas com diabetes mellitus é bem menor, porém não exclui a necessidade deste grupo ter um acompanhamento criterioso. Nota-se também que é preocupante o número de pessoas fumantes e que fazem uso de álcool. O número de pessoas acima do peso também é bem expressivo, uma vez que essas pessoas possuem grande risco de desenvolver doenças citadas acima.

Com isso é possível identificar um grande grupo de pessoas com fatores de risco para DRC, que se não forem tratadas, educadas e criteriosamente acompanhadas, poderão desenvolver outras doenças que também são fatores de risco para DRC, como diabetes e hipertensão. O número de pacientes com DRC deixa claro o subdiagnóstico desta doença.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

O quadro 03 apresenta a classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade:

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Regional VI, da UBS Vermelho, município de Guanhães, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Subdiagnóstico de Doença Renal Crônica (DRC) com elevado número de usuários com fatores de risco para DRC	Alta	10	Parcial	1
Elevada prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Alta	9	Parcial	2
Diabetes Mellitus (DM), sem controle adequado	Alta	8	Parcial	3
Elevada prevalência de Sobrepeso	Alta	7	Parcial	4
Elevado número de casos de Tabagismo	Alta	6	Parcial	5

Fonte: Autoria Própria

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Segundo Bertoldo (2019) a definição de doença renal crônica tem relação com o decréscimo da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) menor que 60 ml/min/1.73m², e/ou marcadores de lesão renal, por um período superior a três meses. A maioria das pessoas é assintomática e o diagnóstico é determinado somente por exames laboratoriais. O controle glicêmico para a nefropatia diabética e otimização da pressão arterial são essenciais para retardar a progressão da doença.

São diversos os problemas de saúde identificados na área de abrangência da equipe Regional VI, porém, a DRC foi identificada como um problema prioritário tendo em vista que há um subdiagnóstico desta patologia, uma vez que o sistema do e-SUS conta com um total de 20 afetados em algum estágio da doença, porém, na prática pode-se ver que esse número é muito maior, e que os pacientes crônicos necessitam de uma avaliação mais criteriosa e frequente para que se resolva tal problema. Trata-se de uma área de pessoas com poucas condições financeiras, sendo que a população é muito receptiva, uma vez que poucos conseguem ter algum plano de saúde ou procurar atendimento no setor privado. Certamente a população é bem vulnerável ao desenvolvimento da DRC, já que há um elevado número de fatores de risco associados na comunidade, além de ser uma doença progressiva, silenciosa e que está ligada diretamente a perda da qualidade de vida.

Na prática profissional é bem comum a identificação de alterações nos exames laboratoriais de creatinina, ureia e, em alguns casos, proteinúria. Torna-se de extrema relevância destacar que a maioria desses pacientes já tem um diagnóstico de DM, HAS ou Nefrolitíase.

Levando em consideração as políticas de saúde públicas que priorizam o atendimento integral a cada paciente, percebe-se a importância da prevenção e/ou identificação DRC precocemente, ou seja, em seus estágios iniciais, uma vez que outros problemas considerados como “nós críticos” são fatores de risco para a mesma.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção para incentivar o diagnóstico da Doença Renal Crônica em estágios iniciais na comunidade pertencente à equipe Regional VI, da UBS Vermelho, em Guanhães, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

1. Acompanhar pacientes crônicos de diabetes e hipertensão, para rastreamento de doença renal crônica.
2. Determinar o estágio da DRC em pacientes diagnosticados/rastreados.
3. Propor ações de educação em saúde para os grupos de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica.
4. Prevenir complicações da DRC

4 METODOLOGIA

Como metodologia para este trabalho foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com o texto de apoio Planejamento, Avaliação e Programação das ações em Saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Foram realizadas buscas de referências bibliográficas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Online (SCIELO) e Literatura Latinoamericana e do Caribe (LILACS), no período de 2010 a 2020. Para esta busca foram utilizados os seguintes descritores: Insuficiência Renal Crônica; Doença Crônica; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde. Foram utilizados também dados do e-SUS, ferramenta do Ministério da Saúde, para obtenção de dados individuais da população cadastrada.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo - Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017)

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Doença Renal Crônica (DRC)

Segundo Xavier *et al.* (2018) a DRC é uma doença que se desenvolve de forma lenta e progressiva, destruindo os nefróns, unidade funcional dos rins, diminuindo assim, a função renal, causando grandes prejuízos para qualidade de vida dos pacientes, tendo impacto significativo em sua vida social, profissional, familiar, muitas vezes, impedindo que tenha uma vida como antes da manifestação da doença.

Por se tratar de uma doença silenciosa e de evolução lenta, a maioria dos pacientes não é identificada ou diagnosticada, se manifestando somente quando a doença já evoluiu, ou seja, quando a DRC já está em graus elevados, pois no Brasil ainda há muitos portadores subdiagnosticados (SARMENTO *et al.*, 2018).

Por ser uma doença insidiosa, a DRC tem produzido inúmeros gastos para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois o SUS oferece assistência a estes pacientes, sobretudo no que se refere ao tratamento, seja por Terapia Renal Substitutiva (TRS), hemodiálise ou diálise peritoneal, ou Transplante Renal. O SUS financia cerca de 90% do tratamento dos pacientes renais crônicos, é um tratamento caro em que os pacientes não conseguem financiar por contra própria (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018).

Segundo Pereira *et al.* (2018), no Brasil estima-se que em 2006 o país alcançou um número de 1,75 milhões de pessoas acometidos de DRC, em algum grau da doença, em 2009 o Brasil possuía cerca de 400 pessoas com DRC por milhão de habitantes. Em 2014, cerca de 112.004 pessoas estavam em TRS no Brasil.

A DRC é um problema de saúde pública, atingindo cerca de 500 milhões de pessoas no mundo inteiro (EBSERH, 2016). Desenvolve-se em pessoas de variadas idades, porém tem prevalência em pessoas idosas ou pacientes portadores de outras doenças crônicas, principalmente HAS e DM, já que tais doenças lesionam os rins. Diante de tal importância dos fatores de risco, percebe-se que a DRC tem ganhado um grande espaço no meio das pesquisas, para que se alcance um diagnóstico precoce, prevenindo ou retardando a necessidade de se utilizar a TRS (GONZÁLEZ, 2015)

5.2 Principais fatores de risco para DRC

Para o Ministério da Saúde (MS), a HAS e a DM são os principais fatores de risco, ou seja, encontra-se prevalência de DRC nesse grupo, onde a doença primária já compromete a funcionalidade renal. Por isso a necessidade do monitoramento frequente das TFG diante de pacientes com alterações nas taxas de creatinina e ureia ou com essas doenças descompensadas ou com histórico familiar. Infelizmente, a Atenção Primária não é eficiente no que diz respeito à prevenção de complicação renal secundária a HAS e DM (BRASIL, 2014).

A HAS, também conhecida como pressão alta, é uma doença crônica, silenciosa, progressiva, que ocorre quando os níveis da pressão sanguínea se elevam, saindo dos níveis padrões, ou seja, quando os níveis se mantêm igual ou maior que 140/90 mmHg. Quando a níveis de pressão se elevam de forma sustentada, o coração fica sobrecarregado tendo que exercer um esforço fora do padrão para conseguir distribuir o sangue para todo o corpo (BRASIL, 2014).

Segundo Magnani (2014), entre as causas mais comum de DRC a HAS supera todas as outras, pois favorece a progressão, implicando assim, na diminuição da TFG, ou seja, a HAS interfere diretamente na qualidade de vida do paciente, favorecendo a perda da função renal. A HAS pode-se apresentar como causa ou consequência da DRC, o que torna a condição do paciente mais grave.

Outro fator de risco a ser considerado no desenvolvimento da DRC é a DM, uma doença que se caracteriza por aumento da glicose no sangue, que como consequência há susceptibilidade de desenvolvimento da DRC, levando a maioria dos portadores a TSR (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). É perceptível o aumento de casos de DM, em decorrência dos números de pessoas obesas, do envelhecimento da população que reflete no aumento de doenças crônicas degenerativas, e também aos avanços da medicina que tem retardado a morte desses pacientes, ou seja, prolongando a vida e retardando possíveis complicações que levariam a morte (SILVA JÚNIOR *et al*, 2016).

A DM é classificada em DM1 e DM2, ambas oferecem risco de desenvolvimento da DRC em todo e qualquer portador. No mundo estima-se que tenha mais de 190 milhões de portadores de Diabetes. Os principais fatores de risco a serem considerados no desenvolvimento da DM, entre outros são: urbanização crescente, envelhecimento da população, sedentarismo, sobrepeso, hereditariedade

e HAS. Percebe-se então uma relação significativa entre as três doenças já mencionadas. Diante de inúmeras comprovações desta relação entre HAS, DM e DRC se faz necessário um acompanhamento criterioso de pacientes em ambas as condições/problemas com o objetivo de evitar que estes pacientes já portadores de alguma dessas doenças crônicas desenvolva secundariamente outra delas, assim também como evitar a necessidade desses pacientes entrar em TSR, ou seja, que atinjam o grau mais elevado da doença, onde já se tem uma perda significativa de funcionalidade renal, onde os rins desses pacientes já não capazes de suprir a necessidade que o corpo exige (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

5.3 Classificação e tratamento da DRC

O tratamento da DRC vai depender prioritariamente da TFG, juntamente com a avaliação de presença ureia, creatinina, proteínas na urina, e para um diagnóstico mais completo um exame de imagem, preferencialmente a Ultrassonografia. Levando em consideração a TFG pode-se classificar a DRC, para assim definir o tipo de tratamento e referir o paciente ao serviço especializado, assim também é possível identificar o prognóstico do paciente, quanto mais precoce for o diagnóstico mais positivo será o prognóstico. A partir da classificação da doença pode-se definir para qual nível de tratamento esse paciente será referido, podendo ser um tratamento conservador, quando detectada a DRC nos estágios de 1 a 3, pré-diálise quando detectada a DRC em níveis de 4 e 5- não dialítico e TRS quando 5-dialítico. Quando é possível intervir somente com tratamento conservador, este vai ter o objetivo de controlar a progressão da DRC, preservando a TFG pelo maior tempo possível. Quando o diagnóstico é feito mais tardiamente e o paciente já está nos níveis de 4 e 5, este será inserido no tratamento pré-diálise, com o objetivo de manter ainda o tratamento conservador e preparar para o adesão da TRS, seja por hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal (BRASIL, 2014).

A classificação da DRC direciona a escolha do tratamento adequado e possibilita a identificação do prognóstico do paciente portador desta doença, assim se faz necessário que todo paciente diagnosticado seja classificado, de acordo com seu estágio definido pela TFG. Por isso a importância do diagnóstico precoce que permite a identificação da doença ainda em fases iniciais, e quando este é classificado em estágios iniciais facilita o controle da progressão da doença. De

acordo o autor a DRC é classificada em 5 estágios: Estágio 1: TFG \geq 90 mL/min. Estágio 2: TFG 60 – 89 mL/min. Estágio 3a: TFG 45 – 59 mL/min. Estágio 3b: TFG 30 – 44 mL/min. Estágio 4: TFG 15 – 29 mL/min. Estágio 5: TFG $<$ 15 mL/min. (BRASIL, 2014).

5.4 Papel da Atenção Básica (AB) na abordagem da DRC

Como em toda e qualquer doença a AB tem bastante influencia no diagnóstico precoce da DRC, assim também como no desenvolvimento e evolução da doença. De acordo com Andrade, Almeida e Santos (2016), o diagnóstico precoce da DRC juntamente com o tratamento específico para cada estágio da doença, retardam a progressão e diminui o sofrimento dos pacientes, uma vez que é um tratamento demorado e constante, e também diminui os custos ao sistema público, uma vez que o tratamento conservador tem um custo menor comparado ao TSR. Por esta perspectiva, foram criadas as políticas de saúde para que esses pacientes tenham uma melhor qualidade de vida, uma vez que o tratamento e o impacto do diagnóstico mudam radicalmente a vida do paciente.

Segundo Paula *et al.* (2016), a DRC ainda é uma doença que apresenta problemas de gravidade mais complexos, uma vez que a atenção básica ainda não desempenha completamente seu papel em relação as doenças que evoluem para DRC, como HAS e DM. Muitas vezes a doença é subdiagnosticada ou simplesmente não tratada. Observada a necessidade de novas estratégias para prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o MS tem intensificado suas políticas a este grupo de portadores, um exemplo é o programa de HIPERDIA. Como uma característica própria da atenção primária de saúde ela atua como porta de entrada a esses pacientes e acompanha a progressão da doença uma vez já instalada, ou os fatores de riscos uma vez já identificados.

A atenção ainda tem um longo caminho nessa assistência, apesar da incidência a doença ainda é subdiagnosticada, desconhecida pela população, e como consequência o impacto da doença na vida do paciente é maior do que o esperado pela equipe.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Subdiagnóstico da Doença Renal Crônica”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

6.1 Descrição do problema

A seguir, apresenta-se o quadro com a descrição do quantitativo de usuários com fatores de risco para DRC e o número de diagnosticados com a doença:

Tabela 02 - Quantitativo dos fatores de risco para DRC na comunidade da Equipe Regional VI, da UBS Vermelho, localizada em Guanhães, Minas Gerais

Descrição	n
Hipertensos	616
Diabéticos	143
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	20
Acima do peso	439
Pessoas que tiveram AVC	12
Pessoas com doença cardíaca	40
Fumantes	153

Fonte: e-SUS

A partir da análise do quadro acima, pode-se concluir que na comunidade em questão, o número de pessoas com fatores de riscos para DRC é muito alto. Por outro lado, o número de pessoas com diagnóstico de DRC é baixo, conclui-se então, o subdiagnóstico.

A população necessita de rastreamento da DRC, uma vez que é uma doença progressiva e que ao longo dos anos podem chegar a TSR.

6.2 Explicação do problema

As principais causas da DRC é a HAS e Diabetes. Na área de abrangência da equipe Regional VI, tem um número elevado de pacientes diabéticos e hipertensos, e muitos ainda subdiagnosticados por também serem doenças silenciosas. A DRC foi colocada em prioridade para a realização da intervenção por ser cada dia mais comum encontrar pacientes diabéticos e hipertensos, que

infelizmente não fazem o controle próprio da doença. Muitas vezes, o paciente fica anos sem fazer os exames sugeridos, e quando são realizados apresentam alterações nos resultados de urina, sobretudo no de ureia e creatinina. Alguns já estão em nefropatia diabética ou qualquer grau da DRC.

Os principais fatores de risco para as DRC são:

- Pessoas com diabetes (quer seja do tipo 1 ou do tipo 2);
- Pessoa hipertensa, definida como valores de pressão arterial acima de 140/90 mmHg em duas medidas com um intervalo de 1 a 2 semanas;
- Idosos;
- Portadores de obesidade (IMC > 30 Kg/m²);
- Histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca);
- Histórico de DRC na família;
- Tabagismo;
- Uso de agentes nefrotóxicos, principalmente medicações que necessitam de ajustes em pacientes com alteração da função renal.

Como equipe de atenção básica, onde geralmente as pessoas com fatores riscos são atendidas, é importante reconhecer quem são os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver a doença renal crônica, com o objetivo do diagnóstico precoce e início imediato do tratamento.

6.3 Seleção dos “nós críticos”

Para uma boa resolução do problema pode-se destacar algumas causas do problema, tais como:

1. Acompanhamento insatisfatório dos doentes crônicos, quanto à ureia e creatinina;
2. Falta de ações em saúde direcionadas para o grupo de risco;
3. Acompanhamento irregular de consultas para pacientes com fatores de risco para DRC
4. Hábitos e estilos de vida que favorecem o aparecimento dos principais fatores de riscos (HAS e Diabetes);
5. Sobrepeso;
6. Utilização de remédios nefrotóxicos;

6.4 Desenho das operações

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós críticos”, as operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Subdiagnóstico de DRC com elevado número de usuários com fatores de risco para DRC”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Regional VI, do município Guanhães, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Acompanhamento insatisfatório dos doentes crônicos, quanto à ureia e creatinina.
6º passo: operação (operações)	Acompanhamento laboratorial de pacientes crônicos
6º passo: projeto	“Identificando DRC em estágios iniciais”
6º passo: resultados esperados	Diagnóstico precoce de DRC. Prevenção de complicações da DRC Melhora da qualidade de vida dos usuários
6º passo: produtos esperados	Consultas quinzenais para pacientes com DM e HAS. Solicitações de exames regularmente, de acordo com protocolos
6º passo: recursos necessários	Organizacional: organização da agenda médica para atendimento Cognitivo: conhecimento acerca do tema Financeiro: recursos para exames Político: mobilização social; articulação com o setor de regulação Estrutural: recursos humanos capacitados
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: recursos financeiros para exames laboratoriais
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	A equipe: enfermeiro e ACS se dispôs a ajudar no projeto, com motivação favorável Garantia de acesso aos exames, diminuindo a parte burocrática com o centro de regulação.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	A equipe multidisciplinar: médico, enfermeiro e ACS se responsabilizará em conjunto para desenvolvimento das atividades durante 30 dias
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A equipe se reunirá quinzenalmente para avaliação, por meio consultas e interpretação de exames

Fonte: Autoria Própria

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2 ” relacionado ao problema “Subdiagnóstico de DRC com elevado número de usuários com fatores de risco para DRC”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Regional VI, do município Guanhães, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Falta de ações em saúde direcionadas para o grupo de risco
6º passo: operação (operações)	Educação em saúde para pacientes com HAS e/ou diabetes
6º passo: projeto	Prevenindo DRC
6º passo: resultados esperados	Redução da incidência de DRC e promoção de saúde dos HAS e DM.
6º passo: produtos esperados	Palestras educativas com entregas de folders e panfletos Sala de espera com orientações acerca do tema
6º passo: recursos necessários	Organizacional: organização da agenda médica para atendimento Cognitivo: conhecimento acerca do tema Financeiro: recursos financeiros para aquisição de folders e panfletos Político: mobilização social; Estrutural: espaço para palestras
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Organizacional: organização da agenda médica para atendimento Cognitivo: conhecimento acerca do tema
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Serão realizadas palestras e dinâmicas para que assim o grupo seja sensibilizado quanto à mudança necessária no seu estilo de vida. A equipe: enfermeiro e ACS se dispôs a ajudar no projeto, com motivação favorável
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	A equipe multidisciplinar: médico, enfermeiro e ACS se responsabilizará em conjunto para desenvolvimento das atividades durante 60 dias
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A equipe se reunirá quinzenalmente para avaliação, por meio de questionários para avaliar a aquisição de conhecimento.

Fonte: Autoria Própria

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Subdiagnóstico de DRC com elevado número de usuários com fatores de risco para DRC”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Regional VI, do município Guanhães, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Acompanhamento irregular de consultas para pacientes com fatores de risco para DRC
6º passo: operação (operações)	Acompanhamento criterioso de pacientes crônicos e/ou com queixas renais específicas ou histórico familiar de DRC.
6º passo: projeto	Prolongando a função renal
6º passo: resultados esperados	Diagnóstico de pacientes assintomáticos em estágios iniciais.
6º passo: produtos esperados	Consultas médicas, de enfermagem e nutrição com pacientes com fatores de riscos e exames laboratoriais sugestivos de DRC Busca ativa de usuários com fatores de risco
6º passo: recursos necessários	Organizacional: organização da agenda médica, de enfermagem e nutrição para atendimento Cognitivo: conhecimento acerca do tema Financeiro: recursos financeiros para exames laboratoriais Político: mobilização social; Estrutural: adquirir espaço para consultas
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: recursos financeiros para exames laboratoriais
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	A equipe: enfermeiro e ACS se dispôs a ajudar no projeto, com motivação favorável, por meio de busca ativa e monitoramento de pacientes com fatores de riscos.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	A equipe multidisciplinar médico, enfermeiro, nutricionista e ACS se responsabilizará em conjunto para desenvolvimento das atividades.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A equipe se reunirá quinzenalmente para avaliação por meio de planilhas de acompanhamento com diagnósticos dados.

Fonte: Autoria Própria

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Subdiagnóstico de DRC com elevado número de usuários com fatores de risco para DRC”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Regional VI, do município Guanhães, estado de Minas Gerais

Nó crítico 4	Hábitos e estilo de vida que favorecem o aparecimento dos principais fatores de riscos.
6º passo: operação (operações)	Ações educativas para o grupo predisposto ao desenvolvimento de HAS e Diabetes.
6º passo: projeto	Incentivando mudanças no estilo de vida.
6º passo: resultados esperados	Sensibilizar mudanças de hábitos e estilo de vida saudáveis. Melhora nos níveis pressóricos e glicêmicos
6º passo: produtos esperados	Palestras educativas e dinâmicas realizadas, mensalmente, com entrega de folders. Rodas de conversas com o objetivo de conhecer a realidade de cada paciente.
6º passo: recursos necessários	Organizacional: espaço para palestras sobre a temática Cognitivo: conhecimento acerca do tema Financeiro: recursos financeiros para aquisição de folders e panfletos Político: mobilização social.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: confecção do material Político: mobilização social Cognitivo: conhecimento acerca do tema
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Serão realizadas palestras e dinâmicas para que assim o grupo seja sensibilizado quanto à mudança necessária no seu estilo de vida. A equipe de saúde da família se dispõe a ajudar no projeto, com motivação favorável.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	A equipe multidisciplinar: médico, enfermeiro e ACS se responsabilizarão em conjunto para desenvolvimento das atividades em 90 dias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A equipe se reunirá quinzenalmente para avaliação por meio de questionários para investigar aquisição de conhecimentos

Fonte: Autoria Própria

Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Subdiagnóstico de DRC com elevado número de usuários com fatores de risco para DRC”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Regional VI, do município Guanhães, estado de Minas Gerais

Nó crítico 5	Sobrepeso
6º passo: operação (operações)	Ações educativas para o grupo predisposto ao desenvolvimento de HAS e Diabetes
6º passo: projeto	Redução de peso, redução de riscos
6º passo: resultados esperados	Perda de peso dos pacientes com sobrepeso Melhora do nível de saúde dos usuários com sobrepeso
6º passo: produtos esperados	Palestras educativas acerca do tema Consultas com nutricionistas sobre alimentação saudável
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento acerca do tema Financeiro: recursos financeiros para aquisição de folders e panfletos Político: mobilização social; articulação com a Nutricionista Estrutural: adquirir espaço para palestras sobre a temática e consulta com nutricionista.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: confecção do material Político: mobilização social; articulação com a nutricionista Estrutural: adquirir espaço para palestras sobre a temática e consulta com nutricionista.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Serão realizadas palestras, dinâmicas e consultas com nutricionistas. A equipe: enfermeiro e ACS se dispôs a ajudar no projeto, com motivação favorável.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	A equipe multidisciplinar (equipe de saúde da família e nutricionista) se responsabilizará em conjunto para desenvolvimento das atividades em 30 dias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A equipe se reunirá quinzenalmente para avaliação, por meio de planilhas para acompanhamento do peso dos usuários participantes

Fonte: Autoria Própria

Quadro 8 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 6” relacionado ao problema “Subdiagnóstico de DRC com elevado número de usuários com fatores de risco para DRC”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Regional VI, do município Guanhães, estado de Minas Gerais

Nó crítico 6	Utilização de remédios nefrotóxicos
6º passo: operação (operações)	Reavaliação do uso de remédios de uso contínuo em pacientes com doenças crônicas
6º passo: projeto	Evitando medicamentos desnecessários
6º passo: resultados esperados	Redução dos casos de DRC, gravidade do quadro e complicações da doença
6º passo: produtos esperados	Levantamento dos casos de usuários em uso dos medicamentos nefrotóxicos pela enfermeira da equipe Consultas médicas específicas de reavaliação de remédios para substituição Substituição de medicação, se possível, e acompanhamento clínico e laboratorial de pessoas que seguem com remédios nefrotóxicos. Busca ativa de faltosos em uso de medicamento nefrotóxicos pela enfermeira da equipe
6º passo: recursos necessários	Organizacional: espaço para consultas Cognitivo: conhecimento acerca do tema Financeiro: recursos financeiros para aquisição de folders e panfletos Político: mobilização social; articulação com a enfermeira
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: recursos financeiros para aquisição de folders e panfletos Cognitivo: conhecimento acerca do tema Político: mobilização social; articulação com a Enfermeira
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	A equipe (enfermeiro e ACS) se dispôs a ajudar no projeto, com motivação favorável. Ação estratégica: fazer levantamento desses pacientes e suas medicações.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	A equipe multidisciplinar se responsabilizará para desenvolvimento das atividades em 30 dias
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A equipe se reunirá quinzenalmente para avaliação, por meio de planilhas de acompanhamento

Fonte: Autoria Própria

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi destacado nesse estudo, que a DRC é uma doença ainda subdiagnosticada, portanto, pacientes crônicos devem ser acompanhados a fim de ter um diagnóstico precoce e conseqüentemente minimizar as complicações a longo prazo, diminuir o risco de mortalidade e permitir uma melhor qualidade de vida aos pacientes. A população estudada apresenta um número expressivo de pacientes com fatores de risco para DRC, sobretudo, HAS e DM. Diante do estudo bibliográfico é perceptível a necessidade de se trabalhar nesse tema, ou seja, diversas literaturas sustentam a importância do diagnóstico precoce dessa doença.

A DRC, embora seja uma doença que vem demonstrando ao longo dos anos uma prevalência significativa, tornando-se assim um tema comum na rotina da atenção primária, se trata de uma doença complexa, que exige um atendimento especial, pois ainda é muito negligenciada por muitos profissionais. As literaturas consultadas sinalizam prejuízos irreparáveis na saúde do paciente, no que diz respeito à progressão da doença e perda da função renal.

Por se tratar de pacientes crônicos, com medicação de uso contínuo, apesar da visível necessidade de intervenção, o município se mostrou um tanto quanto resistente à proposta, o que demandou buscar fundamentação para todos os objetivos propostos no projeto. Por outro lado, após a aceitação do projeto, de forma facilitadora, o município se dispôs a oferecer apoio para todas as ações propostas, assim como também, a equipe de saúde da família abraçou o projeto, colaborando para a sua construção.

Diante da proposta apresentada no plano de intervenção e dos números apresentados, se torna perceptível a importância da atuação da atenção primária junto a esses pacientes. Ainda se tem muito a alcançar, há necessidade de programas e protocolos na atenção primária, com o objetivo de auxiliar e também de estimular o cuidado e atenção a pacientes predisposto a desenvolver DRC.

O plano apresentando, diante da importância do tema, é uma abordagem limitada, que aponta a necessidade de estudos acerca do tema e da população estudada, a fim de garantir qualidade de vida e evitar ou retardar a evolução da doença.

REFERÊNCIAS

ALCALDE, P. R. KIRSZTAJN, G. M. Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. **J. Bras. Nefrol. [online]**, v.40, n.2, pp.122-129, 2018. Disponível em:

<[ANDRADE, I.; ALMEIDA, M. R. S. A.; SANTOS, R. V. Atuação da enfermagem em atenção básica na prevenção e progressão da insuficiência renal crônica. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, v. 4, n. 4, p. 23-31, Salvador, jul./dez. 2016. Disponível em:](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwic39retYjsAhVwE7kGHU9CBpYQFjAAegQIBRAB&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fpdf%2Fjbn%2Fv40n2%2Fpt_2175-8239-jbn-3918.pdf&usg=AOvVaw0zNfEHnYYQH-dqRaBI0X1_>. Acesso em: 10 set 2020.</p>
</div>
<div data-bbox=)

<http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Atua%C3%A7%C3%A3o-da-enfermagem-em-aten%C3%A7%C3%A3o-b%C3%A1sica-na-preven%C3%A7%C3%A3o-e-progress%C3%A3o-da-insufici%C3%Aancia-renal-cr%C3%B4nica-v-4-n-4.pdf>.

Acesso em: 10 out 2020.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Guanhães, MG. **IDHM**. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/guanh%C3%A3es_mg>. Acesso em: 12 mai. 2020.

BERTOLDO, M. T. **Desempenho diagnóstico de equações baseadas em creatinina para estimar a taxa de filtração glomerular em receptores de transplante renal**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Caxias do Sul, 2019.

Disponível em:

<

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.** Brasília, 2014. Disponível em: <<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiS6rrbt4jsAhWjF7kGHUVWCB4QFjACegQICxAE&url=http%3A%2F%2Fportal.arquivos2.saude.gov.br%2Fimages%2Fpdf%2F2014%2Fmarco%2F24%2Fdiretriz-cl--nica-drc-versao-final.pdf&usg=AOvVaw05Yc01L8CPs8fP8a4dYhkq>>. Acesso em: 10 set 2020.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S.L. **Iniciação à metodologia:** Trabalho de Conclusão de Curso. Belo Horizonte. NESCON/ UFMG 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf>. Acesso em: 09 set 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Ações da rede Ebserh levam orientações no Dia Mundial do Rim. **Ministério da Educação.** Mar. 2016. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/acoes-da-rede-ebserh-levam-orientacoes-no-dia-mundial-do-rim>>. Acesso em: 20 set. 2020.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

GONZALEZ, A.R. **Plano de intervenção para promover o rastreamento de doença renal crônica em pacientes hipertensos e diabéticos no centro de saúde Vista Alegre em Belo Horizonte - Minas Gerais.** Trabalho de conclusão de Curso. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2015. 35f. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000004711>>. Acesso em: 28 nov. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/guanhaes/panorama>>. Acesso em: 12 mai 2020.

MAGNANI, B. M. *et al.* Doença Renal Crônica em Hipertensos e Diabéticos. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. Ipatinga, v.6,n.3,pp.60-62 (Mar – Mai 2014). Acesso em: 28 dez 2020. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140501_180830.pdf.

PAULA, E. A. *et al.* Potencialidades da atenção primária à saúde no cuidado à doença renal crônica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.24, e2801, Ribeirão Preto 2016Epub Sep 09, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692016000100412&sCriptsci_arttext&tIng=pt>. Acesso em: 15 agost. 2020.

PEREIRA. A. C. *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes renais crônicos em tratamento. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.12, n.9, p.2293-300, set., 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234508/29894#:~:text=6%20O%20n%C3%BAmero%20total%20estimado,em%202014%2C%20f oi%20de%20112.004.&text=Sabe%2Dse%20que%20as%20comorbidades,%C3%A0%20infec%C3%A7%C3%A3o%20e%20%C3%A0s%20neoplasias.>>. Acesso em: 28 out 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL GUANHÃES. **Município de Ganhães**.

Disponível em: <<https://guanhaes.mg.gov.br/administracao/secretarias/>>. Acesso em: 11 mai 2020.

SARMENTO, R. L. J. *et al.* Prevalência das causas primárias de doença renal crônica terminal (DRCT) validadas clinicamente em uma capital do Nordeste brasileiro. **J. Bras. Nefrol.**, v.40, n.2 São Paulo Apr./June 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01018002018000200130&Ing=en&nrm=iso&tIng=pt>. Acesso em: 28 nov. 2020.

SILVA JÚNIOR, G. B. *et al.* Obesidade e doença renal. **J Bras Nefrol** v. 39, n. 1, 2016. Disponível em:

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiH2qe20KbtAhXeG7kGHTaKDIMQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fpdf%2Fjbn%2Fv39n1%2Fpt_0101-2800-jbn-39-01-0065.pdf&usg=AOvVaw2SJWUZH7r7P5iogrVYkMfo>. Acesso em: 28 nov. 2020.

SOCIDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diabetes e Doença Renal Crônica.** Artigos sobre Diabetes. São Paulo, 2014. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/para-voces/sbd-na-imprensa/623-diabetes-e-doenca-renal-cronica>>. Acesso em: 28 nov 2020.

XAVIER, S. S. M. *et al.* Na correnteza da vida: a descoberta da doença renal crônica. **Interface (Botucatu)**, v.22, n.66, pp.841-851, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22n66/841-851/#>>. Acesso em: 23 set. 2020.