

Doença renal crônica: reconhecimento dos fatores de risco pelos profissionais da atenção primária¹

Chronic kidney disease: recognition of risk factors for primary care professionals

Enfermedad renal crónica: reconocimiento de los factores de riesgo para los profesionales de atención primaria

Giani da Cunha DUARTE², Eda SCHWARTZ³, Roxana Isabel Cardozo GONZÁLES⁴, Bianca Pozza dos SANTOS⁵

RESUMO

Objetivo: investigar o reconhecimento dos fatores de risco da doença renal crônica pelos profissionais de saúde que atuam em serviços de atenção primária. **Métodos:** estudo qualitativo, em que participaram 17 profissionais da Estratégia de Saúde da Família de três Unidades Básicas de Saúde. Os dados foram coletados entre julho a agosto de 2012. A análise foi ancorada nos preceitos de Bardin. **Resultados:** os dados analisados resultaram duas categorias: reconhecimento das doenças prévias de risco mais frequentes para a doença renal crônica e reconhecimento dos fatores de risco relacionados às práticas de hábitos e estilos de vida não saudáveis. **Considerações Finais:** ao reconhecerem os fatores de risco que possam levar ao surgimento da doença renal crônica, os profissionais de saúde precisam compactuar da ideia de investir em ações de saúde efetivas, alicerçadas em estratégias de educação que promovam participação, empoderamento e liderança da pessoa em seu processo de cuidar.

Descritores: Atenção primária à saúde; Insuficiência renal crônica; Fatores de risco.

ABSTRACT

Objective: to investigate the recognition of risk factors' chronic kidney disease by health professionals working in primary care services. **Methods:** qualitative study, which was attended 17 professionals from the Health Strategy' three Basic Health Units Family. Data were collected between July and August 2012. The analysis was anchored in the precepts of Bardin. **Results:** the data analysis resulted in two categories: recognition of previous diseases of risk most frequent to chronic kidney disease and recognition of risk factors related to practical' habits and styles of unhealthy life. **Final Thoughts:** to recognize the risk factors that can lead to the development of

1 Recorte da Dissertação de Mestrado intitulada "Ações de prevenção da doença renal na atenção primária de saúde", apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS, Brasil, 2012.

2 Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Integrante do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN). Pelotas, RS, Brasil. E-mail: giani_cd@hotmail.com

3 Enfermeira, Pós-Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pesquisadora do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN) e Vice-Líder do Núcleo de Pesquisa em Saúde Rural e Sustentabilidade. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: eschwartz@terra.com.br

4 Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Docente da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: roxana_cardozo@hotmail.com

5 Enfermeira, Mestre em Ciências. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Integrante do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN). Pelotas, RS, Brasil. E-mail: bi.santos@bol.com.br

chronic kidney disease, health professionals need to condone the idea of investing in effective health actions, grounded in educational strategies that promote participation, empowerment and individual leadership in their care process.

Descriptors: Primary health care; Renal insufficiency, chronic; Risk factors.

RESUMEN

Objetivo: investigar el reconocimiento de los factores de riesgo de enfermedad renal crónica por profesionales de salud que trabajan en servicios de atención primaria. **Métodos:** estudio cualitativo, en que participaron 17 profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia de tres Unidades Básicas de Salud. Los datos fueron recolectados entre julio y agosto de 2012. El análisis se ancla en los preceptos de Bardin. **Resultados:** los datos analizados resultaron dos categorías: reconocimiento de las enfermedades previas del riesgo más frecuente para la enfermedad renal crónica y reconocimiento de los factores de riesgo relacionados con las prácticas de hábitos y estilos de vida no saludables. **Consideraciones finales:** al reconocer los factores de riesgo que pueden conducir al desarrollo de la enfermedad renal crónica, los profesionales de la salud precisan compactar de la idea de invertir en acciones de salud efectivas, basada en estrategias de educación que promuevan participación, empoderamiento y liderazgo de la persona en su proceso de cuidar.

Descriptor: Atención primaria de salud; Insuficiencia renal crónica; Factores de riesgo.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) tem recebido destaque no meio científico, devido a sua elevada prevalência.¹ Em geral, é uma doença progressiva, levando à falência do funcionamento dos rins, requerendo a adoção de Terapia Renal Substitutiva (TRS).² Mundialmente, mais de um milhão de pessoas realizam diálise, e outra parcela importante da população apresenta algum grau de perda da função renal. Estima-se que no Brasil, 10 milhões de pessoas possuem a DRC.³

Essa doença se desenvolve de modo lento e progressivo, sendo decorrente da incapacidade do rim manter a homeostase interna, observando-se perda irreversível da função renal, apontada pela Taxa de Filtração Glomerular (TFG).⁴ Ela ainda possui elevada mortalidade, tem origem multifatorial e representa um problema econômico, tendo em vista os custos médicos e sociais elevados, decorrentes de suas complicações.⁵

A confirmação diagnóstica da doença geralmente ocorre em fase avançada, em decorrência de um quadro clínico, praticamente, oculto. A característica silenciosa, a lenta progressão, as fragilidades na prevenção e as comorbidades existentes, desvelam uma situação preocupante na saúde pública, uma vez que a cada ano, eleva-se o número de pessoas que iniciam diálise. No Brasil e em muitos países, ainda existem casos não diagnosticados e de óbitos, antes mesmo, de ser discutida a possibilidade da pessoa com a DRC dialisar.⁶

O aumento dessa doença pode ser explicado pelo crescimento da expectativa de vida da população e da prevalência de casos da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM).⁷ Essas são as enfermidades que contribuem para o aparecimento e para a evolução da DRC. A identificação dos portadores na atenção primária faz com que, se torne

possível, a promoção de ações e as intervenções precoces voltadas para a prevenção e/ou para o controle da evolução da doença renal.⁸

No Brasil, o Ministério da Saúde vem realizando esforços a fim de garantir a resolutividade na rede primária, por meio da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal e a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, visando assegurar aos usuários, a detecção precoce de alterações das funções renais e cardíacas.⁹ Assim, detectar pacientes expostos aos fatores de risco, além de otimizar seus cuidados no intuito de prevenir a evolução da DRC, possibilita proporcionar a melhoria da qualidade de vida e, futuramente, a redução de altas taxas de morbimortalidade.⁵

Considera-se que o diagnóstico precoce da DRC pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio dos profissionais da saúde, permite a tomada de medidas preventivas (mudanças no estilo de vida, na dieta, na atividade física, na adesão ao tratamento) e contribui para o estadiamento da doença e o encaminhamento ao nefrologista. Salienta-se que o profissional de saúde da atenção primária apresenta maiores condições de intervir de forma ativa no tratamento da doença, dessa forma, é fundamental que a equipe da ESF reconheça quem são as pessoas expostas a essa condição de saúde.⁵

Entende-se que os profissionais, os quais atuam na ESF, estão instrumentalizados para intervir efetivamente na prevenção da DRC, uma vez que os serviços de atenção primária são procurados pela

população, mais especificamente, pelas pessoas que apresentam HAS e DM, considerados como os principais fatores de risco para a doença. Quais os fatores de risco da doença renal crônica reconhecidos pelos profissionais de saúde que atuam em serviços de atenção primária? Com base no exposto, o presente estudo tem por objetivo investigar o reconhecimento dos fatores de risco da doença renal crônica pelos profissionais de saúde que atuam em serviços de atenção primária.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, as quais possuíam cobertura da ESF e contavam com o maior número de pessoas cadastradas, portadoras de HAS e de DM. As referidas unidades foram codificadas com as letras A, B e C, visando o resguardo da identidade delas.

A unidade A estava localizada em um bairro que possuía uma população de aproximadamente 5.637 pessoas, havendo 1.543 famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), contando com um número de 180 diabéticos e 755 hipertensos. A unidade B estava localizada em um bairro que possuía uma população de 9.483 habitantes, havendo 2.001 famílias cadastradas no SIAB, contando com um número de 348 diabéticos e 1.314 hipertensos. A unidade C estava localizada em um bairro que possuía uma população de 7.432 pessoas, havendo 2.358 famílias cadastradas, contando com um número de 203 diabéticos e 969 hipertensos.

Foram entrevistados na unidade A: três enfermeiros, um médico e uma nutricionista; na unidade B: três enfermeiros, três médicos e uma nutricionista; e na unidade C: dois enfermeiros, dois médicos e uma nutricionista. Totalizando a participação de 17 profissionais. O critério de inclusão para a participação na pesquisa foi a permanência na unidade em um período mínimo de um ano. Já os critérios de exclusão compreenderam aqueles que estivessem afastados por motivos como férias, licença saúde e maternidade.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho a agosto de 2012. Para o início da entrevista, foi agendado previamente a data e o horário, conforme a disponibilidade do participante e, para a sua realização, foi utilizada uma sala reservada. A questão que norteou a entrevista semiestruturada foi: Quais os fatores de risco para o desenvolvimento da DRC, reconhecidos pelos profissionais dos serviços de atenção primária à saúde?

Para a preservação da identidade dos participantes, esses foram identificados pela letra (E) de entrevistado e de um número arábico como indicativo de ordem de entrevista, por exemplo, E1, entrevistado 1. Ainda foi acrescentada a letra utilizada para identificar a UBS, ficando A-E1 para o primeiro entrevistado da primeira unidade.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. A análise de dados foi ancorada nos preceitos de Bardin. A análise de conteúdo teve como modalidade, a temática, a qual compreende três fases: a pré-análise,

a exploração do material e o tratamento dos resultados, abrangendo a inferência e a interpretação.¹⁰

A pré-análise foi a fase da organização, em que consistiu na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais do estudo. Já a exploração do material consistiu na fase mais longa, visando à operacionalização de códigos, à decomposição e à enumeração de modo a buscar a compreensão do texto. Por fim, o tratamento dos resultados permitiu estabelecer quadro de resultados, os quais condensaram e colocaram em relevo as informações obtidas.¹⁰

Os resultados foram classificados de acordo com o objetivo do estudo, formando assim, os núcleos temáticos gerados por meio dos depoimentos dos entrevistados. Após, foram estabelecidos códigos a fim de organizar os dados e identificar as categorias temáticas, sendo essas posteriormente analisadas.¹⁰

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob o número 68/2012. Também se respeitou os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, vigente na época da realização da pesquisa, em que se trata dos aspectos éticos envolvendo seres humanos.¹¹ Foram explicados os objetivos do estudo aos participantes da pesquisa e após o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma via com o

entrevistado e outra com a pesquisadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados resultou em duas categorias, conforme o conteúdo das entrevistas: Reconhecimento das doenças prévias de risco mais frequentes para a Doença Renal Crônica e reconhecimento dos fatores de risco para a Doença Renal Crônica relacionados às práticas de hábitos e estilos de vida não saudáveis.

Reconhecimento das doenças prévias de risco mais frequentes para a Doença Renal Crônica

Diversos são os fatores de risco para as doenças cardiovasculares e renais, como histórico familiar, tabagismo, obesidade, entre outras.⁹ Os fatores de risco para o desenvolvimento da DRC, relacionados às doenças prévias e reconhecidos pelos profissionais foram:

As doenças crônicas, hipertensão e diabetes são as causas principais [...]. Depois tem as outras doenças menos prevalentes da parte renal, que entra glomerulonefrite, infecção renal, coisas que podem trazer alguma insuficiência renal a longo prazo (B-E11).

Olha, a doença renal crônica a gente sabe que os maiores fatores de risco são a hipertensão e diabetes. Então são as duas doenças crônicas que demandam um maior número de casos, de origem de casos de doença renal crônica. A gente tem também infecção urinária [...] que vai

fazer uma insuficiência renal depois (A-E6).

Os fatores de risco da doença renal crônica, os principais que eu conheço, [...] é a hipertensão, a gente sabe que leva realmente à insuficiência renal crônica, o diabetes, que são as principais preocupações (A-E5).

Hipertensão, diabetes, porque as doenças, doenças levam. A hipertensão mesmo, ela leva com o passar do tempo (A-E4).

Diabetes, hipertensão, principalmente mal controlada, mas o diabetes ele é, na minha perspectiva, na perspectiva de todo mundo, [...] ele vai conduzir à insuficiência renal mesmo quando é bem controlado. [...] Acho que é fundamentalmente isso, hipertensão e diabetes. Sim, tem outros casos, mas é mais comum da insuficiência renal, ainda é diabetes e hipertensão (C-E17).

Apesar de alguns entrevistados citarem as infecções urinárias como possíveis responsáveis pelo aparecimento da doença renal, a HAS e o DM foram relatados como os principais fatores. O reconhecimento desses, como fatores de risco para o desenvolvimento da DRC, vai ao encontro das evidências científicas relatadas pela literatura, a qual afirma que a HAS e o DM são responsáveis por 50% dos pacientes em diálise.⁹

Os profissionais da ESF compreendem que os fatores de risco para o desenvolvimento da DRC são os mesmos citados pela literatura

nacional e internacional, como a hipertensão e o diabetes. De acordo com a fala do entrevistado A-E5, as pessoas com HAS e DM são as que mais demandam e recebem atendimento nos serviços primários de saúde. Assim, pode se presumir que essa habilidade do profissional para identificar, rapidamente, as principais doenças que se constituem em risco para a DRC, seja reflexo de seu cotidiano de trabalho.

Nessa perspectiva, de todas as doenças prévias para o desenvolvimento da DRC, as mais importantes são a HAS e o DM, porque além delas causarem dano renal diretamente, aceleram o dano causado por outras nefropatias. Nesse sentido, essas doenças são as que mais contribuem para o aparecimento da DRC.^{8,12}

Um estudo realizado constatou que a HAS foi a principal doença de base em pessoas que desenvolveram a DRC, em segundo lugar foi citado o DM.¹³ Com base nesse achado, destaca-se que a progressão dessas doenças pode ser prevenida ou retardada por meio do início precoce do tratamento, almejando diminuir a frequência e a severidade dos desfechos adversos para a doença renal.² A prevalência dessas morbidades vem aumentando e ao longo dos anos, desafiando permanentemente, os serviços de saúde, assim como a constituição de políticas públicas. O seu enfrentamento requer intervenções no âmbito dos profissionais de saúde, da comunidade e da gestão.

Ao considerar esse direcionamento, o reconhecimento pelos profissionais de saúde de pessoas

que apresentem doenças prévias para desenvolverem a DRC, constitui-se em um elemento inicial e essencial para facilitar a implementação e a qualificação dos cuidados de saúde. Outra fala aponta o reconhecimento das doenças prévias, HAS e DM, como riscos para o desenvolvimento da DRC.

Toda família, além de transtorno mental, tem diabetes e hipertensão, é um fator hereditário. Eles têm, a maioria, sobrepeso e são da raça negra. Mas assim, ninguém está em hemodiálise ainda, mas é um passo (B-E7).

A citação da família e suas morbidades mostram o reconhecimento da presença das doenças prévias, além de citar alguns fatores de risco, como raça e peso, pelo profissional de saúde e ainda considera a possibilidade de que, futuramente, é possível que alguns dos membros familiares possam ingressar na TRS. Essa fala ainda revela o envolvimento dos profissionais de saúde com os usuários do território adscrito da sua comunidade, além do conhecimento das condições de saúde.

Em virtude da relevância da HAS e do DM, como principais causadores da DRC, a nefroproteção está no comprometimento dos profissionais de saúde, ao instituírem planos individualizados. Seja na própria pessoa com a doença crônica, empenhando-se no tratamento instituído, seja na família, coparticipando nos cuidados a serem adotados, objetivando, conjuntamente, minimizar ou postergar o aparecimento da doença.¹⁴

Assim, para que a prevenção da doença renal seja efetiva, faz-se necessário que os pacientes com HAS e DM e os familiares de portadores da DRC sejam investigados em relação aos riscos presentes para desenvolver a doença.^{8,12} Ação que pode ser desenvolvida amplamente em unidades de atenção primária, principalmente em unidades ESF, uma vez que esse serviço ocupa lugar estratégico para o desenvolvimento da promoção em saúde e da prevenção de agravos. Frequentemente, as pessoas com risco para desenvolver a DRC, inclusive aquelas que já estejam em algum estágio avançado para o seu desenvolvimento, procuram primeiramente os serviços prestados pelos profissionais da atenção primária.¹²

Uma estratégia relevante na assistência é desenvolver atividades de prevenção e que essas estejam voltadas para as pessoas que fazem parte dos grupos de risco para o desenvolvimento de uma doença ou agravo, dessa forma, elas se tornarão mais efetivas. Então, trabalhar com grupos específicos ou de risco, facilita a implantação de ações que contemple a prevenção de determinada doença ou agravo, sem desconsiderar a autonomia e a singularidade do ser humano.¹⁵

Reconhecimento dos fatores de risco para a Doença Renal Crônica relacionados às práticas de hábitos e estilos de vida não saudáveis

Dentre os fatores de risco relacionados às práticas de hábitos e estilos de vida não saudáveis, os profissionais de saúde afirmaram:

Eu acho que a predisposição seria assim, pessoas que não praticam exercício, [...] não usam dieta balanceada. Evitar, por exemplo, carnes vermelhas, álcool, [...] uso exagerado de sódio que vai fazer com que aumente a pressão (B-E10).

Acho que a parte nutricional, o estilo de vida, a orientação que o próprio paciente tem do conhecimento. Eu acho que são esses fatores de riscos. [...] Existem outros fatores, fatores de alimentação, hábitos alimentares que é complicado também tu lidar com isso (A-E4).

Referente ao consumo alimentar, os profissionais apontaram como incorreto em virtude do elevado consumo de sódio, podendo favorecer no surgimento da HAS, com consequente dano renal.

Alimentação inadequada também, porque às vezes o paciente não é hipertenso, mas pelo aumento do consumo de sal, ele vai acabar desenvolvendo uma hipertensão e, muitas vezes, ele não vai ser acompanhado, não vai saber que ele está danificando o rim e ele pode acabar desenvolvendo um problema renal, insuficiência renal e acabar tendo que fazer hemodiálise (A-E2).

Os hábitos alimentares das pessoas que é extremamente errado, elas não entendem o consumo excessivo de sódio e isso causa um problema sério (C-E16).

O depoimento de C-E16 revela que a prática de hábitos alimentares saudáveis pelas pessoas ocorre de forma inadequada. Ao mesmo tempo, existe a dificuldade de reverterem tal situação em decorrência dos fatores culturais.

Aqui no Sul, [...] o consumo de carne é alto, e o consumo de sal para nós aqui no sul é alto. Talvez maior do que nos outros lugares. [...] Então assim, tu tem que perguntar para os pacientes diabéticos e para os pacientes hipertensos o quanto eles consomem de proteína (C-E17).

Uma má alimentação, principalmente uma dieta rica em proteínas que é muito comum aqui no Rio Grande do Sul, na nossa cidade também, porque as pessoas comem muita carne, muito churrasco [...]. Eu já andei lendo até que uma dieta hiperproteica, ela é um dos fatores principais de levar a doença renal (C-E14).

Os profissionais da ESF compreendem que o estilo de vida está diretamente relacionado com os hábitos alimentares. Dessa forma, o processo de trabalho em saúde com essa população é complexo, uma vez que é permeado pelos aspectos culturais das pessoas que o conformam. Esse trabalho exige habilidades que vão além do conhecimento técnico do profissional. Assim, faz-se necessário a adoção de estratégias a fim de alicerçar suas ações que favoreçam e despertem no usuário o entendimento da necessidade do autocuidado.

Impedir ou abolir hábitos e estilos de vida inapropriados são recomendações do tratamento não medicamentoso, e o primeiro passo é identificar o conhecimento que as pessoas possuem sobre o assunto. Nesse contexto, o enfermeiro tem uma importante função que é caracterizar hábitos e estilos de vida dessas pessoas, para obtenção de informações reais e concretas para o planejamento de uma assistência de enfermagem individualizada, visando o controle efetivo da doença.¹⁶

Ademais, a alimentação inadequada e a falta de atividade física podem provocar a obesidade e a hipertensão. Ainda podem desencadear a hiperglicemia e o aumento dos níveis de colesterol no sangue. Esses fatores, por sua vez, contribuem para o desenvolvimento de doenças crônicas¹⁷ como a DRC. Fato esse constatado no seguinte depoimento:

Obesidade que vai levar à hipertensão, que poderá levar a uma doença renal crônica. O excesso de consumo de sal, o excesso de consumo de gordura que irão provocar também obesidade e podem provocar a doença renal crônica (C-E16).

O aumento rápido e contínuo da obesidade, hipertensão e diabetes estabelece o desafio de tomar providências que aumentem o acesso da população à alimentação saudável, como frutas e vegetais, e desencorajem o consumo de alimentos industrializados além de ações para reduzir o teor de sódio, assim como intervenções que orientem o planejamento urbano com o objetivo

de promover o hábito da atividade física regular.¹⁸

Salienta-se que para reduzir a presença da DRC, além de outras medidas, é importante a incorporação do tema nas publicidades governamentais e o empenho de ações nos Programas de Política de Saúde Pública existentes, tendo em vista aumentar o conhecimento da doença e da sua evolução.¹⁹ Estratégias que levem à discussão e ao planejamento intersetoriais são necessárias para promover e intensificar intervenções custo-efetivas que contribuam na criação de um ambiente propício às escolhas saudáveis de estilo de vida.¹⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou que os profissionais reconhecem que fatores de risco para o desenvolvimento da DRC são aqueles relacionados às doenças prévias, destacando a HAS e o DM. Incluíram em suas falas, que além da hereditariedade, também é considerado como fator de risco, o estilo de vida, uma vez que nele estejam presentes as práticas de hábitos não saudáveis, como o sedentarismo, o consumo abusivo do sal e a falta de exercícios físicos. Reconhecem, ainda, que os grupos de risco que mais contribuem para o aparecimento da DRC são aqueles que, com maior frequência, procuram o serviço de saúde da atenção primária, pessoas com HAS e DM.

Considera-se que a ESF se trata de um cenário apropriado para o desenvolvimento de estratégias e de ações que contemplem a prevenção da doença renal. Logo, se essas questões estão esclarecidas para os profissionais

por meio do reconhecimento das doenças prévias e dos fatores de risco que possam levar ao surgimento da DRC, leva-se a concluir que os mesmos precisam compactuar da ideia de investir em ações de saúde mais efetivas, alicerçadas em estratégias de educação em saúde que promovam a participação, o empoderamento e a liderança da pessoa em seu processo de cuidar. Assim, faz-se necessário o envolvimento e o comprometimento de todos os segmentos que compõem os serviços de saúde, como os gestores, as instituições de ensino escolas e os profissionais da rede.

Quanto às implicações do estudo, foram considerados aspectos positivos as interações e as disponibilidades dos profissionais para a participação. Salienta-se que eles colaboraram, oferecendo e solicitando uma maior integração entre as necessidades da comunidade e academia, dispo de uma escuta qualificada e da promoção de discussões a respeito das doenças crônicas no que tange a prevenção de agravos.

REFERÊNCIAS

1. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J bras nefrol.* 2011;33(1):93-108.
2. Spanaus KS, Kollerits B, Ritz E, Hersberger M, Kronenberg F, Eckardstein AV. Creatinina sérica, cistatina C e proteína β-traço no estadiamento diagnóstico e na predição da progressão da doença

renal crônica não diabética. *J bras patol med lab.* 2011;47(1):13-23.

3. Sociedade Brasileira de Nefrologia [Internet]. [acesso em 2013 jan 12]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/padrao.pdf>

4. Riella MC. Princípios de Nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 2010.

5. Melo AP, Mesquita GV, Monteiro CFS. Diagnóstico precoce da doença renal crônica pela Estratégia Saúde da Família. *Rev interd.* 2013;6(1):124-8.

6. Fortes VLF, Bettinelli LA, Pomatti DM, Brock J, Dobner T. O itinerário da doença renal crônica: do prenúncio à descoberta. *Rev Rene.* 2013;14(3):531-40.

7. Nwankwo E, Bello AK, El Nahas AM. Chronic kidney disease: stemming the global tide. *Am j kidney dis.* 2005;45(1):201-8.

8. Bregman R. Prevenção da progressão da doença renal crônica. *J bras nefrol.* 2004;XXVI(3):1.

9. Ministério da Saúde (BR). Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília; 2006.

10. Bardin L. Análise de conteúdo. 6ª ed. São Paulo: Edições 70; 2011.

11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

12. Bastos RMR, Bastos MG, Teixeira MTB. A doença renal crônica e os desafios da atenção primária à saúde

na sua detecção precoce. *Rev APS.* 2007;10(1):46-55.

13. Cassini AV, Malagutti W, Rodrigues FSM, Deus RB, Barnabe AS, Francisco L, et al. Avaliação dos principais fatores etiológicos em indivíduos portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Conscientiae saude.* 2010;9(3):462-8.

14. Schneider CF, Corso D, Pedro, HA, Fortes VLFF. Proteção renal em pacientes hipertensos e diabéticos. In: Corso D, Bettinelli LA, fortes VLF, Matte MM, editores. Doenças crônicas: evidências e demandas. 6ª ed. Passo Fundo: Berthier; 2012.

15. Malta DC, Merhy EE. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. *Interface-comun saude educ.* 2010;14(34):593-605.

16. Serafim TS, Jesus ES, Pierin AMG. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. *Acta paul enferm.* 2010;23(5):658-64.

17. Novais M, Leite F. Hábitos de vida - Uma análise da alimentação, do sedentarismo e do tabagismo. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar [Internet]. 2011 [acesso em 2014 out 13];1-10. Disponível em: <http://www.iess.org.br/tdiess00412011habitosdevida.pdf>

18. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet* [Internet]. 2011 [acesso em 2014 set 23];61-74. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/desenvolvi>

mento/images/stories/pdf/brazilpor4
1.pdf

19. Soares GL, Oliveira EAR, Lima LHO, Formiga LMF, Brito BB. Perfil epidemiológico de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico: um estudo descritivo. Revista multiprofissional em saúde do Hospital São Marcos. 2013;1(1):1-8.

Data da submissão: 2016-05-03

Aceito: 2016-07-03

Publicação: 2016-08-31