



## ARTIGO ORIGINAL

### AÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA DETECÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

#### THE ACTIONS OF THE PROFESSIONALS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE DETECTION OF CHRONIC RENAL DISEASE

#### LAS ACCIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Ana Paula Rodrigues Melo<sup>1</sup>, Gerardo Vasconcelos Mesquita<sup>2</sup>, Eucário Leite Monteiro Alves<sup>3</sup>, Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle<sup>4</sup>, Maria Eliete Batista Moura<sup>5</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** investigar as ações de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na detecção da Doença Renal Crônica em hipertensos. **Método:** estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Foi aplicado formulário a 156 profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em Teresina-Piauí. Para análise estatística dos dados utilizou-se o software SPSS versão 19.0. **Resultados:** dos profissionais, 78% são do sexo feminino e 54,5% da Enfermagem; o tempo de formação profissional foi de nove anos para 46% dos médicos e 41% dos enfermeiros; cerca de 80% dos profissionais possuem especialização. Dos enfermeiros, 53% encaminharam o hipertenso de risco ao especialista. Foram identificadas dificuldades, sendo a referência e contrarreferência uma delas. **Conclusão:** a detecção e o diagnóstico da doença renal crônica no paciente hipertenso ainda representam um entrave para o enfrentamento da doença fazendo-se necessário o aprimoramento das ações da atenção básica através de cursos de capacitação. **Descritores:** Doença Renal Crônica; Saúde da Família; Prevenção; Atenção Primária.

#### ABSTRACT

**Objective:** to investigate the actions of physicians and nurses of the Family Health Strategy in the detection of Chronic Kidney Disease in hypertensives. **Method:** descriptive study of a quantitative approach. There was applied a form to 156 medical professionals and nurses of the Family Health Strategy in Teresina, Piauí. For statistical analysis of the data, we used the SPSS software version 19.0. **Results:** of all professionals 78% are female and 54,5% of Nursing; the training time was from nine years to 46% of physicians and 41% of nurses; about 80% of those professionals have expertise. From all nurses, 53% referred to the hypertensive at risk to the specialist. Difficulties have been identified with reference and counter-reference being one of them. **Conclusion:** the detection and diagnosis of chronic kidney disease in hypertensive patients still represent an obstacle to fighting the disease, making necessary the improvement of primary care shares through training courses. **Descriptors:** Chronic Kidney Disease; Family Health; Prevention; Primary Attention.

#### RESUMEN

**Objetivo:** investigar las acciones de los médicos y enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia en la detección de la Enfermedad Renal Crónica en pacientes hipertensos. **Método:** estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo. Se aplicó una forma a 156 profesionales médicos y enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia en Teresina, Piauí. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 19.0. **Resultados:** el 78% de los profesionales son mujeres y el 54,5% de Enfermería; el tiempo de entrenamiento fue de nueve años a 46% de los médicos y el 41% de las enfermeras; aproximadamente el 80% de los profesionales tienen especialización. De los enfermeros, 53% de ellos encaminaron el hipertenso de riesgo a un especialista. Dificultades se han identificado, siendo la referencia y la contra-referencia una de ellas. **Conclusión:** la detección y el diagnóstico de la enfermedad renal crónica en pacientes hipertensos siguen representando un obstáculo para la lucha contra la enfermedad por lo que es necesaria la mejora de las acciones de atención primaria a través de cursos de formación. **Descritores:** Enfermedad Renal Crónica; Salud de la Familia; Prevención; Primaria.

<sup>1</sup>Médica, Especialista Nefropediatra, Mestra em Saúde da Família. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [anaprmelo2510@gmail.com](mailto:anaprmelo2510@gmail.com); <sup>2</sup>Médico. Professor Doutor em Cirurgia, Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [gvmesquita@uol.com.br](mailto:gvmesquita@uol.com.br); <sup>3</sup>Médico, Professor Doutor em Medicina Cirurgia Torácica e Cardiovascular, Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [ealves@uninovafapi.edu.br](mailto:ealves@uninovafapi.edu.br); <sup>4</sup>Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [andreiarncvalle@hotmail.com](mailto:andreiarncvalle@hotmail.com); <sup>5</sup>Enfermeira, Professora Doutora Enfermagem (Pós-Doutora), Graduação em Enfermagem / Programa de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/UFPI, Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [mestradosaudedafamilia@uninovafapi.edu.br](mailto:mestradosaudedafamilia@uninovafapi.edu.br)

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) universaliza o acesso à saúde e reorganiza o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), em 1994 concebe o Programa Saúde da Família (PSF) atualmente denominada Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF surge para democratizar, propondo transformar o modelo centrado no biológico em práticas hospitalares em um modelo de saúde multiprofissional e coletivo focando a família e a comunidade. A ESF baseia-se na relação entre o trabalhador e o usuário através da vinculação de compromisso e de responsabilização.<sup>1</sup>

O modelo da ESF se fundamenta nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. A equipe de saúde composta de médicos e enfermeiros têm como meta a reorganização da assistência pautada na acessibilidade, na humanização, na integralidade, no vínculo, na responsabilização e no participar da comunidade. A ESF constitui-se a porta de entrada do sistema e se tornou o eixo central de organização do SUS.<sup>2-3</sup>

Mencionar sobre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) pela linha do cuidado consiste em articular ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência. Os serviços de saúde na Atenção Básica encontram-se ordenados na forma de uma rede de assistência com a finalidade de atender aos problemas mais comuns da população, de coordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações desta rede e de comprometer-se com a saúde da população adstrita nas redes de atenção à saúde e às equipes de cuidados primários.<sup>4</sup>

Os profissionais, médico e enfermeiro, devem estabelecer uma abordagem integral, de forma contínua e dinâmica com as pessoas que acolhe assim as ações destes precisam ser desenvolvidas com coerência a fim de resolver

de forma efetiva as necessidades de saúde da comunidade.<sup>3</sup> As linhas de cuidado devem ser referência estruturante tanto para o cuidado à saúde desenvolvido pelos profissionais individualmente e em equipe quanto para a organização de uma Unidade de Saúde da Família (USF). O processo de coordenação do cuidado estabelece uma ligação entre os profissionais e a população um “encontro de práticas e saberes”, assim as ações da equipe de saúde pautadas na coordenação do cuidado se vinculam e se responsabilizam pela população adstrita.<sup>5-6</sup>

Entendendo a organização dos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS), o relacionamento entre os profissionais e a comunidade encontra-se como ponto referencial de acesso a todos os níveis de atenção à saúde. Uma equipe de saúde estruturada, organizada e capacitada permite rastrear doenças e promover saúde. A efetivação das ações tem um relevante papel em detectar e prevenir a Doença Renal Crônica (DRC) atualmente uma epidemia mundial.

A doença renal crônica (DRC) é uma síndrome clínica decorrente de uma lesão renal que progride no decorrer de vários meses a anos de forma irreversível sendo definida por redução da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), isto é, quando menor que 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, por três meses ou mais, com ou sem lesão renal (proteinúria). A DRC apresenta cinco estágios de acordo com a TFG onde permite detectar, avaliar e tratar a doença (Figura 1).<sup>7-8</sup>

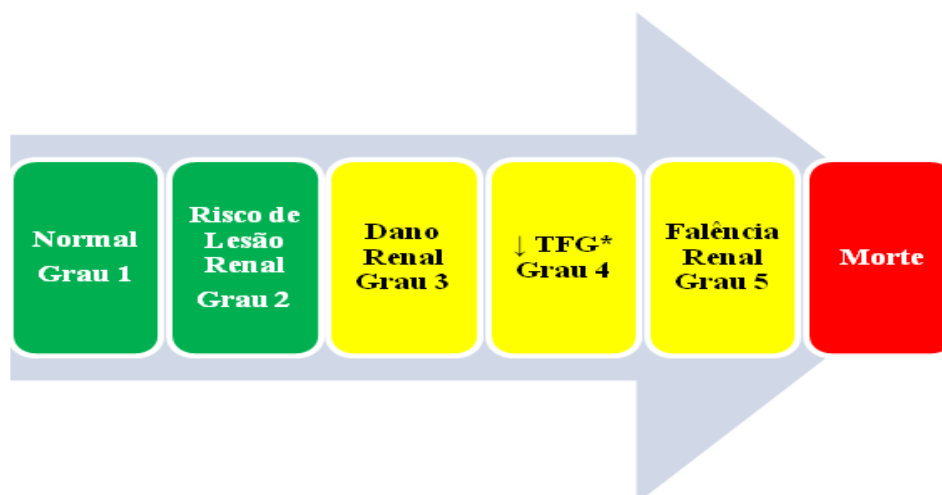


Figura1. Extratificação e progressão da Doença Renal Crônica determinada pela Taxa de Filtração Glomerular. Fonte: Adaptado DURVASULA e HIMMELFARB, 2011

Legenda: Taxa de Filtração Glomerular\*

A DRC é uma doença silenciosa, por meio de recursos simples como exames laboratoriais podem ser utilizados para diagnosticar DRC nos seus estágios iniciais. O diagnóstico tardio implica em elevada morbimortalidade necessitando de recursos tecnológicos complexos e de alto custo, como as Terapias Renais de Substituição (TRS), a diálise.

De modo alarmante a DRC causa impacto na saúde pública mundial afetando nos Estados Unidos da América (EUA) 13% da população adulta sendo 0,2% em diálise ou transplante renal. O que impressiona é a taxa anual de 7 a 10% extrapolando o crescimento populacional geral.<sup>9-10</sup>

A população brasileira estimada em TRS corresponde a mais de 92 mil pacientes em programa crônico de diálise representando um custo anual acima de 2 bilhões de reais. Entretanto, em uma análise de dados laboratoriais revelou cerca de 2,9 milhões de brasileiros em estágio de DRC 3.<sup>11-2</sup>

No Brasil e no mundo a DRC atinge proporções alarmantes. Assim, compete aos profissionais médicos e enfermeiros da ESF zelar pela comunidade e suas necessidades. Através da estratificação de grupos de risco para desenvolvimento da DRC, dentre eles o hipertenso, a avaliação da função renal, a detecção de proteinúria no exame de urina simples e a utilização de equações para o cálculo do clearance de creatinina determinada através da TFG conduz ao diagnóstico, tratamento e prevenção da falência renal no nível primário de atenção.

O médico da equipe da ESF deve ser um generalista que atenda a todos os componentes da família, comprometa-se com a pessoa e se envolva com a responsabilização de referenciar a especialidades e direcionar o acesso ao melhor cuidado.<sup>13</sup> O enfermeiro deve assistir as pessoas que necessitem de seus cuidados, cabe a ele realizar consulta de

enfermagem detectando grupos de risco, pacientes com a doença já instalada, assim conhecendo o estadiamento da DRC tem o papel de intervir junto aos pacientes e encaminhar o indivíduo ao médico, quando necessário; bem como desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade.<sup>14</sup>

O Ministério da Saúde recomenda as diretrizes nos Cadernos de Atenção Básica nº 14 e 15 informando sobre como rastrear os grupos de risco, determinar o diagnóstico de DRC, prevenir a doença e encaminhar ao nefrologista. Na ESF encontram-se os hipertensos já doentes renais necessitados de toda uma rede ordenada de cuidado desta forma as ações de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, concretizam-se na atenção dos níveis de saúde. Pacientes com DRC no estágio inicial devem ser atendidos nível primário de atenção, com a piora da função renal necessitam se reportar a cuidados de nível secundário e no estágio tardio exigem nível terciário de atenção à saúde.<sup>15-6</sup>

A Política Nacional de Atenção Integral ao Portador de Doença Renal é um modelo de atenção e gestão em que os pacientes renais devem ser abordados de forma integral. Visa prevenir a doença renal, diminuir o número de casos, identificar os determinantes das doenças que levam à doença renal e assim desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida. Um objetivo importante desta política é a qualificação da assistência e promoção de educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos.<sup>17</sup>

Assim torna-se relevante disponibilizar a prestação de serviços de saúde de forma eficiente e de qualidade de modo a estabelecer e negociar responsabilidades, garantir a comunicação e transferência segura do cuidado entre os profissionais e o usuário. Dessa forma, o presente estudo deseja

Melo APR, Mesquita GV, Alves ELM et al.

contribuir para um melhor seguimento do portador de doença renal.

Diante desta problemática, o estudo tem como objetivo:

- Investigar as ações de profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na detecção da Doença Renal Crônica em pacientes hipertensos.

## MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado com médicos e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) na cidade de Teresina, Piauí, no período de novembro de 2013 a junho de 2014.

A amostra estimada total foi de 196 profissionais porém, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão obteve-se um total 156 profissionais, sendo 71 médicos e 85 enfermeiros. Foram selecionados os que trabalhavam, no mínimo, há 1 ano como médico e enfermeiros; foram excluídos os profissionais temporariamente afastados do trabalho (férias, licenças etc.).

O instrumento foi preenchido pelos pesquisadores na presença dos participantes, que consistiu de três partes: (1) identificação do perfil sócio profissional, constituída por perguntas objetivas sobre: sexo, idade, estado civil, tempo de formação, especializações e vínculo de trabalho; (2) conhecimento da DRC e sua relação com a hipertensão; (3) foi elaborada uma pergunta aberta sobre a possibilidade de diagnosticar precocemente a DRC na ESF e quais ações praticadas pelos profissionais envolvidos no estudo contribuiriam para facilitar este diagnóstico.

Após a coleta dos dados, organizaram-se as variáveis sendo construído um banco de dados catalogado no Microsoft Excel e posteriormente digitados no programa

Ações de profissionais da Estratégia Saúde da Família...

Statistical Package for the Social Science (SPSS) 19.0. Para o tratamento dos resultados utilizou-se como tipo de análise a estatística descritiva, com frequências absolutas e percentuais, média com desvio-padrão apresentando-os em tabelas e gráficos.

Quanto à questão aberta listaram-se as ações e dificuldades mais frequentes relatadas pelos profissionais quanto à detecção da DRC. Em relação a comparação de grupos utilizou-se o teste qui-quadrado e teste exato de Fischer. Valores com  $p < 0.05$  foram considerados estatisticamente significantes.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 156 médicos e enfermeiros da ESF com predominância de 78% do sexo feminino, e 54,5% enfermeiros. O estudo revelou 51,3% de profissionais jovens com faixa etária menor ou igual a 40 anos, com média de idade de 42 anos e desvio padrão de +/- 12 anos. Encontraram-se 63 % dos profissionais casados sendo, os médicos em 76 % e os enfermeiros em 55%.

Tempo de formação profissional 46% dos médicos e 41% dos enfermeiros tinham até 9 anos. Em relação ao tempo de atuação profissional 55% dos médicos e 65% dos enfermeiros exerciam atividade até 6 anos. Quanto à pós-graduação 80% dos enfermeiros possuía especialização e 79% dos médicos. Em relação ao vínculo 75 % destes profissionais trabalhavam em outros serviços de saúde (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sócio profissional dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família: segundo sexo, idade, situação conjugal, tempo de formação e atuação profissional, pós-graduação e vínculo de trabalho. Teresina, 2014.

Variáveis		Médicos		Enfermeiros	
		n*	%	n	%
Sexo	Feminino	41	58	81	90
	Masculino	30	42	4	10
	Total	71	100	85	100
Idade	25 a 35	28	39	34	40
	36 a 46	16	23	18	21
	47 a 57	17	24	26	31
	58 a 68	10	14	7	8
	Total	71	100	85	100
Situação conjugal	Casado	54	76	45	55
	Não casado	17	24	40	45
	Total	71	100	85	100
Tempo de formação profissional	0 a 9 anos	33	46	35	41
	10 a 18 anos	15	21	20	24
	19 a 27 anos	14	20	19	22
	28 a 40 anos	9	13	11	13
	Total	71	100	85	100
Tempo de atuação profissional	0-6anos	39	55	55	65
	7-12anos	23	33	21	25
	13-17anos	9	12	9	10
Total	71	100	85	100	
Pós-graduação	Especialização	56	79	68	80
	Mestrado	2	3	10	12
	Não possui	13	18	7	8
Total	71	100	85	100	
Possui outro vínculo trabalhista	Sim	53	75	63	74
	Não	18	25	22	26
Total		71	100	85	100

Legenda: \*Número em quantidade.

Dos 97,5% enfermeiros que correlacionaram HAS e DRC 42% disseram conhecer os estágios da DRC e 84% destes não calculam o clearance de creatinina. Dentre os 79% dos médicos que conhecem estágios de DRC 55% não calculam o

clearance de creatinina estimado (Tabela 2). Cerca de 53% dos enfermeiros e 81,6% dos médicos referiram encaminhar o paciente ao nefrologista.

Tabela 2. Conhecimento dos profissionais para diagnosticar doença renal crônica na Estratégia Saúde da Família. Teresina, 2014.

Variáveis	Profissão				
	Enfermeiro		Médico		
	Sim n %	Não n %	Total	Sim n %	Não n %
Você sabe da correlação entre HAS e DRC ?	(83) 97,5	(2) 2,5	100	(70) 98,5	(1) 1,5
Você calcula o clearance de creatinina ?	(13) 15	(72) 85	100	(32) 45	(39) 55
Você conhece os estágios da DRC ?	(36) 42	(49) 58	100	(56) 79	(15) 21

Legenda: HAS\*: Hipertensão Arterial Sistêmica\*  
DRC \*\*: Doença Renal Crônica\*\*

Quando se estratifica a DRC em graus de lesão renal 46% dos profissionais não encaminhariam o paciente ao nefrologista. Dos enfermeiros 69% não encaminharia ao especialista. Dos profissionais que encaminhariam o paciente ao especialista 54%

o fariam até grau 3 de disfunção renal. Dos médicos em torno de 80% encaminhariam ao nefrologista em estágios variáveis 22,5% no estágio 1, 32,4% estágio 2 e 25,4% estágio 3 de DRC (Figura 1).

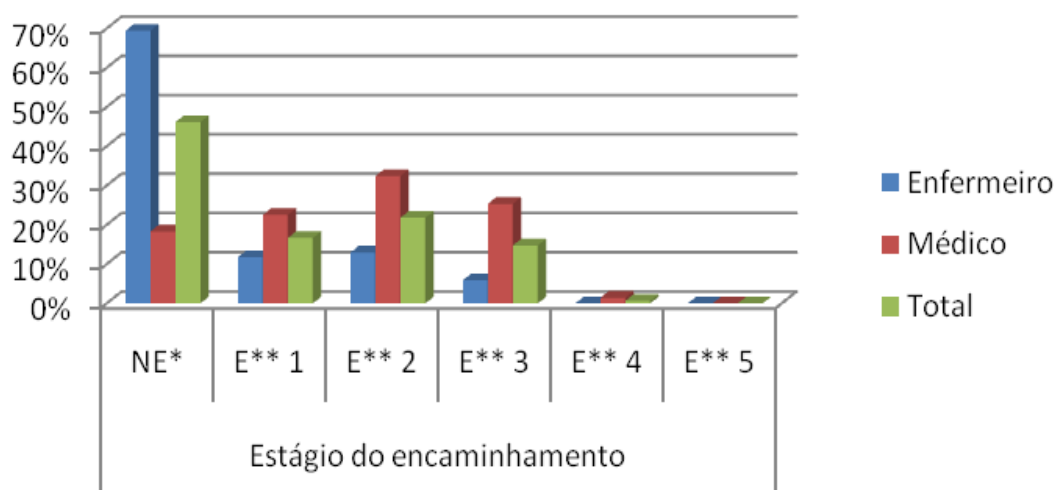


Figura 1. Ações dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na detecção da insuficiência renal nos pacientes hipertensos de acordo com o clearance de creatinina. Teresina, 2014. Legenda: NE\*não encaminha; E\*\*encaminha.

Quanto às ações que viabilizam o diagnóstico de DRC pelos médicos e enfermeiros da ESF, as falas foram identificadas com base no relato dos mesmos. Refere-se como competência dos profissionais já definidas em consensos acompanhar

paciente HAS de risco, controlar níveis pressóricos; monitorar função renal; encaminhar ao nefrologista; busca ativa dos pacientes de risco e consultas periódicas bem como acolhimento; orientações gerais e palestras.<sup>15-16</sup>

Tabela 3. Identificação das ações práticas relatadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família que facilitariam o acompanhamento e detecção da Doença Renal Crônica no paciente hipertenso. Teresina, 2014.

Identificação das ações dos profissionais	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
Acolher e acompanhar paciente hipertenso de risco	07	09	19	22
Controlar níveis pressóricos	14	20	11	13
Monitorar função renal	44	61	47	55
Encaminhar ao nefrologista	8	11	09	10
Buscar ativamente os pacientes de risco	10	14	16	19
Realizar consultas periódicas no paciente hipertenso de risco	06	08	08	08
Orientações gerais e palestras e facilitar medicamentos	18	25	28	33

Quanto às dificuldades citadas pelos profissionais no diagnóstico de DRC pela ESF foram identificadas as mais frequentes de acordo com as falas dos participantes do estudo. Distribuem-se as dificuldades: adesão

e o autocuidado do paciente, a capacitação da equipe; o excesso de contingente; a dificuldade em encaminhar, ou seja, a referência x contra-referência e necessidade de protocolo de seguimento dos pacientes.

Tabela 4. Relação das dificuldades segundo os profissionais da Estratégia Saúde da Família para a detecção da Doença Renal Crônica no paciente hipertenso. Teresina, 2014.

Dificuldades relatadas pelos profissionais	Médicos		Enfermeiros	
	n	%	n	%
Adesão e autocuidado do usuário	13	18,4	16	19
Facilitar encaminhamento ao paciente	06	8,5	07	8,1
Falta de capacitação da equipe	20	28	28	33
Excesso de contingente e dificuldade de acesso do paciente	16	22,5	17	20
Sistema de referência e contra-referência precário	11	15,5	08	9,4
Ausência de protocolo de seguimento do paciente	01	1,5	04	4,7
Outros relatos	04	5,6	05	5,9
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

## DISCUSSÃO

Neste estudo predominou sexo feminino o que corrobora com outro estudo que identificaram feminização entre os profissionais da saúde, principalmente entre os das equipes de saúde da família, possivelmente explicando-se pela expansão do mercado de trabalho, elevação dos níveis de escolaridade das mulheres, somado à redução de taxa de fecundidade. Não se pode esquecer que a saúde possui uma particularidade, pois há uma ligação com “linha cuidado”, uma habilidade feminina.<sup>2</sup>

Dos profissionais participantes 54,5% eram enfermeiros, sendo 90% destes do sexo feminino o que não foge à caracterização da força de trabalho em enfermagem, composta, em sua expressiva maioria, pelas mulheres.<sup>5,18</sup>

Este estudo revelou que 63% dos profissionais encontravam-se casados. Dado concordante com literatura encontrada no país e talvez haja associação com a idade encontrada no presente estudo.<sup>19</sup>

Neste estudo, 39,7% dos profissionais tinha até 35 anos de idade, e a média de idade para médicos foi de 43 anos e para enfermeiros, 41 anos, porém, alguns estudos identificaram a média de idade dos profissionais de saúde em torno de 40 anos para médicos sexo masculino,<sup>17</sup> entretanto, a média de idade é de +/- 35 anos para as enfermeiras e de +/- 37 anos para os médicos.<sup>20</sup> Outro estudo encontrou alta concentração de profissionais na faixa etária de 30 a 49 anos.<sup>2</sup>

Dos profissionais que apresentou um tempo de formação profissional de até 9 anos (43,5%), 46% são médicos e 41% enfermeiros. A média de tempo de formação profissional situou-se em 16 anos. Um outro estudo revelou que a maioria dos médicos possuíam mais de nove anos de tempo de formação profissional.<sup>18</sup>

Um dado a ser ressaltado é o percentual de 53% dos profissionais com tempo de formação de até 12 anos; e 34% acima de 19 anos. É um dado que de certa forma desmistifica um fato do trabalho no SUS ser uma possibilidade apenas para os primeiros anos de carreira, pois a ESF pode ser uma alternativa para o mercado de trabalho mesmo para médicos com larga trajetória profissional, incluindo aposentados ou aqueles prestes a recorrer à aposentadoria.<sup>2</sup>

Dados revelaram 60% dos profissionais com um tempo de atuação de até 6 anos. A média de tempo de atuação profissional encontrada foi de 7 anos com desvio-padrão de 5 anos o

que corrobora com um estudo onde o tempo de atuação foi de de cinco anos.<sup>18</sup>

O presente estudo demonstrou que 80% dos profissionais possui especialização, porém não direcionado à ESF. A qualificação dos profissionais de nível superior para a concretização da atenção primária à saúde no SUS é um grande desafio para a gestão pública e demanda estratégia de aprimorar competências técnicas específicas de cada profissão e competências do “campo” da atenção primária para ações coletivas e atuação comunitária.<sup>21</sup>

Neste estudo, cerca de 80% dos médicos informaram encaminhar o paciente hipertenso de risco ao especialista em estágios variáveis de DRC, porém, apenas 45% destes informou calcular o clearance de creatinina. A filtração glomerular (FG) é o principal marcador da IRC estimando a perda de função renal. Deste modo a avaliação funcional do rim pelo clearance de creatinina serve para rastreamento, estadiamento da DRC e identificação de paciente de risco da perda da função, pois quanto menor é o clearance de creatinina de um paciente maior se torna o risco da necessidade de diálise. Em um estudo os dados revelam a mensuração de taxa de filtração glomerular realizada por profissionais médicos em pacientes hipertensos apenas de 4,1% entretanto infere-se neste trabalho como clearance de creatinina estimado.<sup>13</sup>

Nesse estudo, os dados do cálculo de clearance de creatinina apesar de não representar o ideal às determinações do Ministério da Saúde, sugere haver preocupação dos profissionais em detectar a DRC no paciente hipertenso que mesmo assintomático deve ser avaliado com exames (exame de urina, creatinina sérica, clearance de creatinina e microalbuminúria). Mais de acordo com os graus de disfunção renal determinado pelo clearance de creatinina estimado o indivíduo deve ter o mesmo calculado pelo menos uma vez ao ano no grau 1, semestralmente no estágio 2 e trimestralmente no estágio 4 e ser obrigatoriamente encaminhado no grau 5 de DRC.<sup>15</sup>

A maioria dos médicos (55%) e enfermeiros (85%), não determinou o clearance de creatinina assim não determinaria os graus de declínio da função renal. Sabe-se que os profissionais da ESF desempenham um papel importante no diagnóstico da DRC e no encaminhar ao nefrologista, porém um revelou no seu estudo baixa detecção da DRC nos hipertensos de risco.<sup>22</sup>

Neste estudo obteve-se que 98,5% dos médicos conheciam a associação entre HAS e

Melo APR, Mesquita GV, Alves ELM et al.

DCR, porém apenas 45% calculou o clearance de creatinina, determinou os estágios da doença renal. Deste modo não seria possível rastrear o hipertenso de risco, diagnosticar e de encaminhar ao especialista indo de encontro às determinações do Ministério da Saúde.<sup>15</sup>

Dos médicos que informaram calcular o clearance de creatinina 80% referiu encaminhar os pacientes hipertensos de risco ao especialista. Mesmo na Inglaterra a aceitação e compreensão de DRC por parte dos profissionais é incerta e alguns profissionais não tem conhecimento de como desempenhar ações de gerência desta condição de forma adequada.<sup>22</sup> No Brasil, um estudo evidenciou que o enfrentamento dos profissionais da estratégia em determinar a DRC implicou no momento de encaminhar o paciente sob seus cuidados a nível secundário de atenção à saúde.<sup>13</sup>

Cerca de 69% dos enfermeiros informou não encaminhar ao especialista e apenas 15% calculou o clearance de creatinina. Os enfermeiros que encaminham ao nefrologista encaminham no grau 1, 2 e 3, respectivamente, 12%, 13 % e 6%. Seriam ações do enfermeiro a detecção dos grupos de risco e de pacientes com doença instalada, além de conhecer o estadiamento da DRC e de intervir junto aos pacientes.<sup>14</sup> Porém este procedimento não tem sido realizado frequentemente e os pacientes geralmente são encaminhados tardiamente, quando os resultados de exames estão muito alterados e os pacientes apresentam um risco maior de morbimortalidade.

Dos 80% de médicos que conhece os estágios da DRC 19 % encaminharia o paciente hipertenso de risco ao especialista no estágio 1, 33% estágio 2 e 28 % estágio 3. Constatou-se em um estudo que a maioria dos pacientes estudados foram encaminhados ao nefrologista no estágio 3 de DRC.<sup>12</sup>

Este estudo revelou pelo teste qui-quadrado e exato de Fischer, o profissional que calcula o clearance tem um forte indício que ela saiba os estágios da DRC. Assim é importante que o profissional da ESF utilize as determinações do Ministério da Saúde e adote ações práticas de determinar o clearance de creatinina.<sup>15-6</sup>

As ações identificadas pelos profissionais de saúde da ESF revelou médicos e enfermeiros preocupados na busca ativa dos pacientes, no controle pressóricos dos paciente mais rigoroso, nas orientações gerais aos hipertensos, na monitorização da função renal e no encaminhamento do especialista. Ressalta-se o acolhimento como um modo de

Ações de profissionais da Estratégia Saúde da Família...

operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários.<sup>23</sup>

Um estudo na Inglaterra revelou que mesmo naquele país em que existe trabalho com modalidade de pagamento por desempenho, por exemplo, médicos generalistas teriam como meta reduzir os níveis pressóricos dos pacientes hipertensos. Apesar da DRC ser uma prioridade do ensino houve a preocupação em quando encaminhar o paciente para atenção secundária e também necessidade de capacitação profissional.<sup>24</sup>

Os profissionais da ESF neste estudo informaram dificuldades em detectar a DRC. Citaram o excessivo número de famílias acompanhadas por equipe como o principal entrave para o efetivo exercício das atividades. Esse aspecto evidencia cada vez mais a necessidade das equipes serem completas e com limite máximo considerado de famílias.<sup>5</sup>

Outra dificuldade relatada foi a precariedade do sistema de referência e contra referência. Ainda convive-se com a escassez de estudos sobre a referência do paciente para o nefrologista em estágios mais precoces da nefropatia. Um trabalho inferiu a necessidade de mais estudos para avaliar a eficiência dos modelos de referência e contra-referência operantes no país, com o intuito de racionalizar oferta e demanda de atendimento de média complexidade em nefrologia.<sup>25</sup>

Questiona-se a deficiência de informação sobre a Doença Renal Crônica pelos profissionais ou mesmo se nos currículos escolares há um direcionamento mais efetivo de forma a promover e prevenir agravos à população. Sabemos que existem consensos de fácil acesso aos profissionais e políticas de atenção e cuidado a DCNT e seus agravos. Pergunta-se sobre a existência de entraves para a detecção, o diagnóstico e intervenções de encaminhamento aos serviços de saúde. As ações dos profissionais mostram-se tímidas e as dificuldades parecem ser o maior enfrentamento da DRC.

Os dados alarmantes mundiais e locais sobre a DRC requer um esforço conjunto de profissionais da saúde, dos gestores de saúde pública em implementar protocolos de seguimento a pacientes de risco como forma de detectar ainda no início a doença renal. Prevenir de forma eficaz os agravos à população diminui os custos com a saúde. A organização e o preparo das equipes de saúde por meio de protocolos específicos, de



cursos de capacitação e educação permanente pode possibilitar a efetividade das ações dos profissionais facilitando o enfrentamento da Doença Renal Crônica.

## CONCLUSÃO

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família em Teresina caracterizam-se por serem mulheres, jovens e especialistas. O tempo de atuação profissional e o tempo de atuação encontram-se de acordo com a literatura, de até 6 anos. Os médicos e enfermeiros, apesar de conhecerem a associação que existe entre hipertensão e Doença Renal Crônica, não determinaram, em sua maioria, o clearance de creatinina. Em geral quem não estimou o clearance de creatinina apresentou dificuldade em referenciar o paciente ao especialista. Questiona-se sobre capacitação profissional, pois o incremento das competências relaciona-se com a qualidade da atenção.

A detecção da doença renal ainda é um desafio mesmo com diretrizes já estabelecidas. Apesar do diagnóstico de DRC ser estabelecido de forma simples o rastreamento da doença renal parece tímido na Estratégia Saúde da Família em Teresina. As ações dos profissionais de saúde baseadas na linha de cuidado devem voltar-se para a prevenção de agravos e doenças. É importante identificar, detectar e encaminhar o paciente hipertenso de risco nos estágios iniciais.

A ESF organizada, estruturada e capacitada é um palco de transformação ativo e dinâmico na saúde dos usuários onde todos que compõem esta rede de atenção podem usufruir sem discriminações de forma integral e universal como reza os princípios do Sistema Único de Saúde.

Futuros estudos podem ser desenvolvidos relacionados à elaboração e validação de um protocolo de detecção da Doença Renal Crônica em pacientes hipertensos na Estratégia Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

1. Pessanha RV, Cunha FTS. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2009 Apr/June [cited 2015 July 17];18(2):233-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/05.pdf>
2. Espíndola PS, Lemos CLS, Reis LBM. Perfil do profissional de nível superior na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2012 Oct/Dec [cited 2015 July 17];24(4):367-75. Available from:

<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2095/2388>

3. Cordeiro H, Romano VF, Santos EF, Ferrari A, Fernandes E, Pereira TR et al. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. *Physis* [Internet]. 2009 [cited 2013 Sept 31];19(3):695-710. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000300008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300008&lng=en).
4. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. 2th ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.
5. Pinto HA. Linhas de cuidado na Bahia: um conceito em viva produção. *Rev. baiana saúde pública* [Internet]. 2009 [cited 2014 Dec 4];33(1):22-34. Available from: [http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/185/pdf\\_2](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/185/pdf_2)
6. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface* [Internet]. 2010 Sept [cited 2013 Oct 23];14(34):593-606. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-2832010000300010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-2832010000300010&lng=en)
7. Durvasula RV, Himmelfarb J. Chronic renal failure and dialysis. *ACP Medicine*; 2011.
8. National Kidney Foundation. Clinical practice guidelines for Chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis*. [Internet] 2002[cited 2014 Dec 21];39(suppl.1):s1-s266. Available from: <https://www.kidney.org/professionals/guidelines>
9. Levey AS, Jong PE, Coresh J, El NM, Astor BC, Matsushita K, et al. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report. *Kidney Int* [Internet]. 2011 July [cited 2 Dec 2013];80(1):17-28. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21150873>
10. Almeida MIC, Cardoso MS, Garcia CPC, Oliveira JRF, Gomes MLF. Perfil dos pacientes renais crônicos de um hospital público da Bahia. *Revista Enfermagem Contemporânea* [Internet]. 2013 [cited 2015 July 17];2(1):157-68. Available from: <http://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/290/225>
11. Sesso RCC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Watanabe Y, Santos DR. Diálise Crônica no Brasil - Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2012 Sept [cited 2015 July 17];34(3):272-7. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002012000300009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002012000300009&lng=en).

12. Crestani Filho VJ, Rodrigues RAC. Progressão da doença renal crônica: experiência ambulatorial em Santarém - Pará. J Bras Nefrol [Internet]. 2013 [cited 2013 Oct 22];35(2):99-106. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010128002013000200004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002013000200004&lng=en)

13. Pena PFA, Silva Júnior AG, Oliveira PTR, Moreira GAR, Libório AB. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012 [cited 2013 Oct 22];17(11):3135-44. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100029](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100029).

14. Travagim DAS, Kusomota L. Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. Rev enferm UERJ [Internet] 2009 July/Sept [cited 2013 Sept 15];17(3):388-93. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a16.pdf>

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília (DF):Ministério da Saúde; 2006.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/Conselho Nacional de Saúde. Brasília (DF):CONASS; 2007.

18. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Estratégia da Saúde da Família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. Semina cienc biol saúde [Internet]. 2005 July/Dec [cited 2015 July 17];26(2):101-8. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3558/2872>

19. Lopes E, Bousquat A. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia de Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. Rev bras med fam comunidade [Internet]. 2011 [cited 2013 Sept 13];6(19):118-24. Available from: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/185/313>

20. Zanetti TG, Van der Sand ICP, Girardon-Perlini NMO, Kopf AW, Abreu PB. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2010 July/Sepp [cited 2013 Oct 26]; 9(3):448-55.

Available from:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article/viewFile/7664/6655>

21. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. Cien Saude Colet [Internet]. 2010 [cited 2015 July 17]; 15 (5): 2355-65. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500011&script=sci_arttext)

22. Diamantidis CJ, Diamantidis CJ, Powe NR, Jaar BG, Greer RC, Troll MU, Boulware LE. Primary care-specialist collaboration in the care of patients with chronic kidney disease. Clin J Am Soc Nephrol [Internet]. 2011 Feb [cited 2013 Oct 26];6(2):334-43. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21212420>

23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

24. Crinson I, Gallagher H, Thomas N, Lusignan S. How ready is general practice to improve quality in chronic kidney disease? A diagnostic analysis. Br J Gen Pract [Internet]. 2010 June [cited 2013 Oct 26];60(575):403-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20529495>

25. Bahiense-Oliveira M, Duarte D, Meira GGC, Codes JJ, Ribeiro MZ. Referência para o ambulatório de nefrologia: inadequação da demanda para o especialista. J Bras Nefrol [Internet]. 2010 June [cited 2014 June 29];32(2):145-8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002010000200002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000200002&lng=en).

Submissão: 03/09/2015

Aceito: 04/10/2015

Publicado: 01/05/2016

#### Correspondência

Ana Paula Rodrigues Melo  
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ  
Programa de Pós Graduação Mestrado  
Profissional em Saúde da Família  
Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123  
Bairro Uruguai  
CEP 64073-505 – Teresina (PI), Brasil