



NURSING CONSULTATION FOR CHRONIC RENAL FAILURE PREVENTION IN A LIVING GROUP

A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA

LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN UN GRUPO DE CONVIVENCIA

Aíla Marôpo Araújo¹, Ana Elza Oliveira de Mendonça², Rejane Maria Paiva de Menezes³

ABSTRACT

Objective: to highlight the nursing consultation in the prevention of risk factors for the chronic renal failure (CRF) in hypertensive and diabetic people. **Method:** descriptive study with quantitative approach, performed in a Basic Health Unit in Natal/RN, which involved 23 adults and elderly people. The data was collected in June and July, 2011 during the nursing consultations through a semi structured form. The study was approved by the Committee of Ethics in Research upon Human Beings at the Universidade Federal do Rio Grande do Norte, protocol nº 229/2011 and CAAE nº 00620051000-11. **Results:** the characterization data pointed women predominance (82,6%), aged 65 years old or more (60,9%), married (56,5%), with incomplete high school (87%), and one to three minimum wages as a family income (52,2%). Concerning the risk factors for kidney damage, 87% were hypertensive and 8,7% diabetic, both of them with CRF family history. From these people, 78,3% were sedentary people and 52,2% had inadequate eating habits. 23 nursing consultations were done, and the following actions were developed: blood pressure verification, physical examination, requirement of extra exams, investigation of risk factors for cardiovascular and kidney diseases, educational practices in health, among others. **Conclusion:** the nursing consultation was highly important for the identification of users with a higher exposition to risk factors for renal complications due to arterial hypertension and diabetes Mellitus. It provides the nurse professional with the development of actions of extension and education in individual and group health. **Descriptors:** primary prevention; hypertension; diabetes mellitus; renal insufficiency, chronic; nursing care.

RESUMO

Objetivo: destacar a consulta de enfermagem na prevenção dos fatores de risco para insuficiência renal crônica (IRC) em hipertensos e diabéticos. **Método:** estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde de Natal/RN, que envolveu 23 adultos e idosos. Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2011, durante as consultas de enfermagem através de um formulário semiestruturado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP_UFRN) sob o nº 229/2011 e CAAE nº 00620051000-11. **Resultados:** os dados de caracterização evidenciaram predomínio de mulheres (82,6%), idade igual ou superior a 65 anos (60,9%), casados (56,5%), ensino fundamental incompleto (87%), e renda familiar de 1 a 3 salários-mínimos (52,2%). Quanto aos fatores de risco para lesão renal, 87% eram hipertensos e 8,7% diabéticos, ambos com história familiar de IRC. Destes, 78,3% eram sedentários e 52,2% tinham hábitos alimentares inadequados. Durante as 23 consultas de enfermagem (total), eram desenvolvidas as seguintes ações: verificação da pressão arterial, realização de exame físico, solicitação de exames complementares, investigação de fatores de risco para doenças cardiovasculares e renais, orientação para as práticas educativas em saúde, entre outras. **Conclusão:** verificou-se que a realização da consulta de enfermagem foi fundamental na identificação de usuários com maior exposição a fatores de risco para complicações renais decorrentes da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus, pois instrumentaliza o enfermeiro no desenvolvimento de ações para o cuidado de educação em saúde individual e coletiva. **Descritores:** prevenção primária; hipertensão; diabetes mellitus; insuficiência renal crônica; cuidados de enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: destacar la consulta de enfermería en la prevención de los factores de riesgo para insuficiencia renal crónica (IRC) en hipertensos y diabéticos. **Método:** estudio descriptivo de abordaje cuantitativo, realizado en una Unidad Básica de Salud de Natal/RN, que involucró 23 adultos y ancianos. Los datos fueron recolectados en los meses de junio y julio de 2011, durante las consultas de enfermería a través de un formulario semiestruturado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte bajo el nº 229/2011 y CAAE nº 00620051000-11. **Resultados:** los datos de caracterización evidenciaron predominio de mujeres (82,6%), edad igual o superior a 65 años (60,9%), casados (56,5%), enseñanza fundamental incompleta (87%), y renta familiar de 1 a 3 salarios-mínimos (52,2%). En cuanto a los factores de riesgo para lesión renal, un 87% era hipertenso y un 8,7% diabético, ambos con historia familiar de IRC. De estos, un 78,3% era sedentario y un 52,2% tenía hábitos alimentarios inadecuados. Fueron realizadas 23 consultas de enfermería, siendo desarrolladas las siguientes acciones: verificación de la presión arterial, realización de examen físico, solicitud de exámenes complementarios, investigación de factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares y renales, prácticas educativas en salud, entre otras. **Conclusión:** la realización de la consulta de enfermería fue fundamental en la identificación de usuarios con mayor exposición a factores de riesgo para complicaciones renales decurrentes de la Hipertensión Arterial y del Diabetes Mellitus, pues instrumentaliza al enfermero en el desarrollo de acciones de extensión y educación en salud individual y colectiva. **Descriptores:** prevención primaria; hipertensión; diabetes mellitus; insuficiencia renal crónica; atención de enfermeira.

¹Enfermeira. Acadêmica do 5º período do Curso de Graduação em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Bolsista - Monitora do PET-SAÚDE/Vigilância em Saúde da UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: ailamaropo@yahoo.com.br;

²Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN/RN/BRASIL. Professora Mestre da Graduação em Enfermagem da Universidade Faculdade de Ciências, Cultura e Extensão do Rio Grande do Norte/UNIFACEX. Natal (RN), Brasil. E-mail: a.elza@uol.com.br; ³Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo/USP. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. Vice-Coordenadora da Base de Pesquisa Práticas Assistenciais e Epidemiológicas em Saúde e Enfermagem, do Departamento de enfermagem da UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: rejemene@terra.com.br

INTRODUÇÃO

No cuidado às pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), principais fatores de risco para Insuficiência Renal Crônica (IRC), o enfermeiro desempenha importante função no cenário da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse nível de assistência destacam-se os grupos de convivência através das ações de educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, no âmbito individual e coletivo, com acompanhamento do usuário de modo a possibilitar maior aproximação do seu contexto social com o serviço.¹⁻²

O número de doentes renais é crescente em todo o mundo, e o Brasil já representa o terceiro maior mercado de hemodiálise do mundo, em que são gastos 10% do orçamento do Ministério da Saúde (MS) com esse tipo de tratamento. A Doença Renal Crônica (DRC) atinge aproximadamente dois milhões de brasileiros e, destes, 60% não conseguem nem mesmo serem diagnosticados.³

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (2004) propõe a identificação dos determinantes e condicionantes das principais enfermidades que levam à doença renal.⁴ Nesse sentido, no cuidado às pessoas com HAS e DM, o enfermeiro, dentre outras atribuições que possui na AB, destaca-se pela realização da Consulta de Enfermagem, conforme preconiza a Portaria nº 2.488/GM de 21 de outubro de 2011, que institui a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).⁵

Nesse sentido segundo as disposições da Lei nº 7.498/86, Artigo 8º do Decreto nº 94.406/87, e Resolução nº 159/1993 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a consulta de enfermagem é reconhecida como prática do enfermeiro na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às necessidades de saúde individual e coletiva.⁶

O estudo justifica-se por compreender que a consulta de enfermagem é um valioso instrumento para o cuidado de enfermagem, pois viabiliza a escuta qualificada, investigação dos problemas de saúde e criação de um plano de cuidados frente às demandas e limitações dos usuários para que se tenha um acompanhamento periódico destes. Cabe mencionar algumas atribuições específicas do enfermeiro como integrante da equipe de saúde na AB, como a solicitação de exames complementares, prescrição e transcrição de medicamentos, conforme protocolos

estabelecidos nos programas do MS e disposições legais da profissão.

A relevância do estudo se pauta na elevada prevalência de IRC no âmbito mundial e nacional, assim como na importância de os enfermeiros da AB atuarem na prevenção dos fatores de risco dessa morbidade, favorecendo seu controle, prevenção de complicações associadas, contribuindo para a redução da mortalidade e a redução significativa de gastos que incorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Frente ao exposto, questiona-se: Quais ações são realizadas pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem aos usuários com diagnóstico de HAS e DM na atenção básica? Que ações podem contribuir na prevenção dos fatores de risco para IRC?

OBJETIVO

- Destacar a consulta de enfermagem como instrumento de prevenção dos fatores de risco para insuficiência renal em um grupo de convivência na atenção primária à saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo e abordagem quantitativa, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Natal/RN, por meio do acompanhamento das consultas de enfermagem aos usuários hipertensos e diabéticos, incluídos no Programa Nacional de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

O estudo foi realizado numa UBS pertencente ao Distrito Sanitário Sul, organização político-administrativa que teve início em 1987 com o processo de distritalização, dispõe de uma equipe multiprofissional e encontra-se direcionada pela Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), com supervisão de uma Enfermeira.⁷

As Enfermeiras realizam consultas de enfermagem mediante os programas do MS e de demanda espontânea, atendimento integral no ciclo vital, atividades de educação em saúde, notificação de doenças e agravos, supervisão de agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, investigação de doenças e agravos, visita domiciliar e alimentação de dados para o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Foram participantes do estudo 23 adultos e idosos que integram o grupo de convivência “Amigos do Coração”, onde são executadas

ações de educação em saúde, de maneira a promover qualidade de vida e o autocuidado aos portadores de diabetes e hipertensão.

Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2011, durante a realização da consulta de enfermagem nos encontros quinzenais do grupo com os participantes da pesquisa. Utilizou-se um formulário semiestruturado, constituído por dados de caracterização pessoal, como sexo, idade, situação conjugal, escolaridade e renda familiar mensal; dados relacionados aos os fatores de risco pessoais para IRC, como etilismo, tabagismo, dieta, uso de temperos prontos, adição de sal de cozinha à comida já pronta, consumo de embutidos, realização de atividades físicas ou esportes, e adesão ao tratamento, além, dos dados referentes aos antecedentes familiares de inerentes à história familiar de IRC, como hipertensão, diabetes e de problemas renais.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP_UFRN) sob o nº 229/2011 e CAAE nº 00620051000-11, conforme exigência da Resolução de Nº. 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisas com seres humanos.⁸

Para a análise, os resultados foram digitados em planilhas do Microsoft Excel 2010 e apresentados em gráficos e tabelas simples conforme a estatística descritiva simples, e discutidos por meio da literatura especializada.

RESULTADOS

Os resultados focalizaram em três aspectos principais: caracterização dos sujeitos; ações realizadas pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem e ações do enfermeiro na consulta de enfermagem voltadas à prevenção dos fatores de risco para IRC.

• Caracterização dos usuários

Dos 23 adultos e idosos que participaram do estudo, a maioria era do sexo feminino (82,6%), com idade superior a 65 anos (60,9%), 56,5% eram casados, com o ensino fundamental incompleto (87%) e renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos (52,2%), considerando o salário mínimo vigente, de R\$ 545,00, no período da coleta de dados (Figura 1).

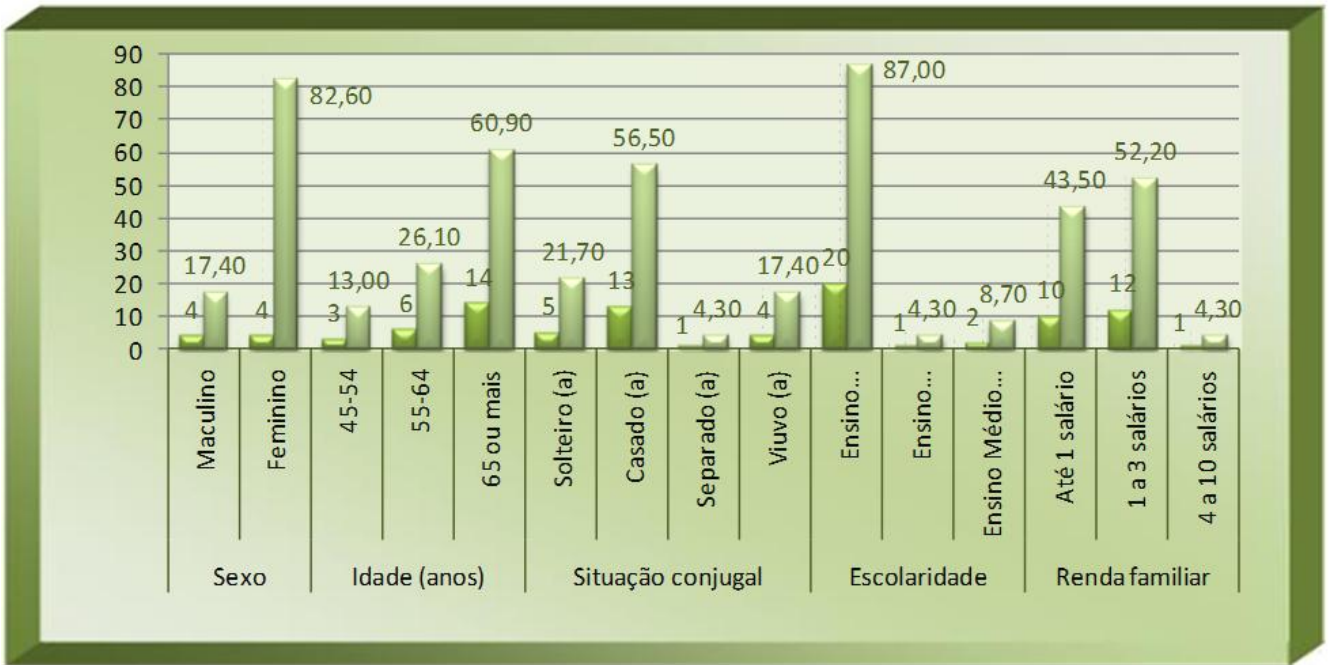


Figura 1. Caracterização dos sujeitos quanto às variáveis sociodemográficas: sexo, idade (anos), situação conjugal, escolaridade e renda familiar, em adultos e idosos entrevistados. Natal/RN, 2011.Fonte: Dados da pesquisa, 2011

Em relação aos fatores de risco pessoais para IRC, a Figura 2 revela que 17,4% eram etilistas ou tabagistas, 73,9% realizavam dieta

e 56,5% integravam temperos prontos na alimentação.

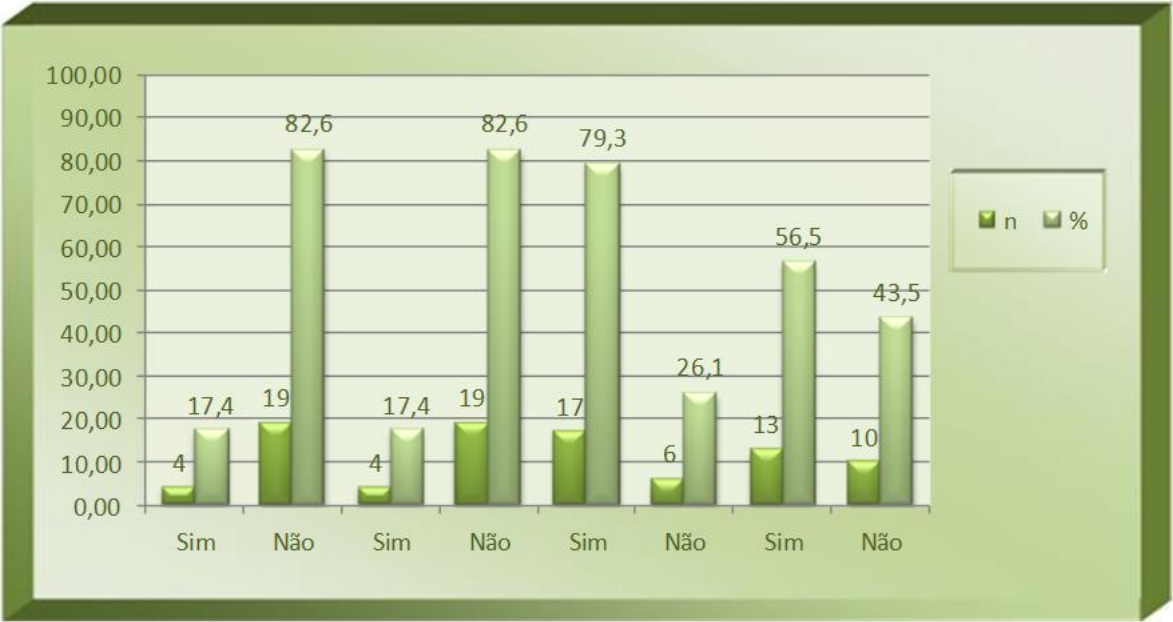


Figura 2. Caracterização quanto aos fatores de risco pessoais para insuficiência renal crônica: etilismo, tabagismo, dieta e temperos prontos, em adultos e idosos entrevistados. Natal/RN, 2011. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2011

Verificou-se ainda que 69,6% afirmaram receber orientações dietéticas nos encontros quinzenais do grupo de convivência e nas consultas de enfermagem realizadas com os

participantes, no entanto, 13% referiram adicionar sal de cozinha à comida já pronta e 52,2% disseram consumir embutidos junto à alimentação (Figura 3).

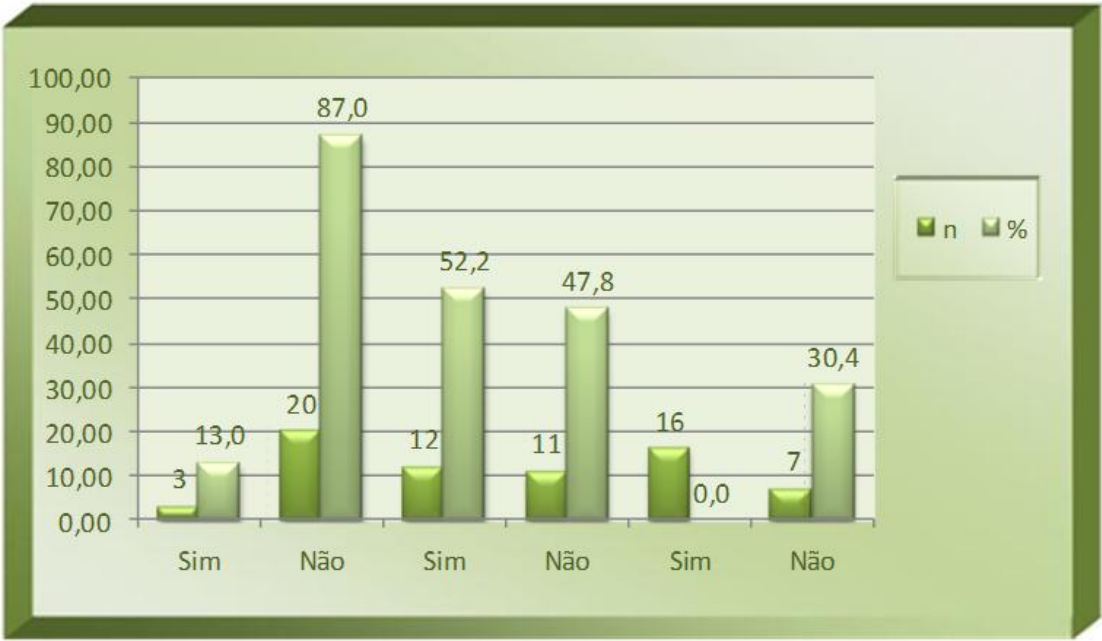


Figura 3. Caracterização dos fatores de risco pessoais para insuficiência renal crônica: consumo de sal de cozinha adicionado à comida já pronta no prato, consumo de embutidos e cumprimento das orientações dietéticas, em adultos e idosos entrevistados. Natal/RN, 2011. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2011

Dentre os integrantes, 78,3% revelaram que não realizavam atividades físicas, 87% possuíam Hipertensão e 8,7% eram diabéticos.

Embora esses valores sejam revelados, 87% colocaram que cumpriam rigorosamente o horário das medicações (Figura 4).

]



Figura 4. Caracterização quanto aos fatores de risco pessoais para insuficiência renal crônica: atividade física, hipertensão, diabetes, cumprimento da dieta e horário dos medicamentos, em adultos e idosos entrevistados. Natal/RN, 2011. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2011

Os dados de caracterização dos fatores de risco relacionados à história familiar de IRC revelam que 87% possuíam história familiar de Hipertensão, Diabetes (34,8%) e problemas renais (34,8%). Nesse caso foram considerados, os familiares com os seguintes graus de parentesco e consanguinidade em

linha reta: pais e avós; e em linha lateral: irmãos. O desenvolvimento de Hipertensão em indivíduos com história familiar foi um achado relevante no grupo pesquisado, pois 87% já haviam sido diagnosticados como hipertensos (Figura 5).



Figura 5. Caracterização dos fatores de risco relacionado à história familiar de insuficiência renal crônica, em adultos e idosos entrevistados. Natal/RN, 2011. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2011

Acredita-se ser o enfermeiro ator importante na prevenção e no controle dos fatores envolvidos no desenvolvimento de IRC. A consulta de enfermagem (Histórico de Enfermagem, Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição da Assistência de Enfermagem, Evolução da Assistência de Enfermagem e Relatório de Enfermagem) torna-se uma ferramenta de identificação e intervenção frente aos fatores de risco que compõem essa morbidade.

● **Ações executadas pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem**

Verificou-se que as consultas de enfermagem eram conduzidas mediante as queixas informadas pelos usuários. Na

investigação dos aspectos clínicos observou-se predominância no seguimento do tratamento farmacológico, na investigação de fatores de risco para doenças cardiovasculares e renais, na observação do estado geral do usuário e na verificação da Pressão Arterial (PA).

Constatou-se ainda nas consultas o acolhimento; estabelecimento de vínculo; escuta; cadastro dos pacientes não incluídos no Programa Nacional de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (Hiperdia); identificação precoce de morbidades; e abordagem da importância da família/cuidador nesse processo, e como extensão a visita domiciliária. Consideramos o histórico de enfermagem a partir dos dados de caracterização dos membros do grupo

supracitado.

Quanto ao exame físico presente em todas as consultas, o enfermeiro observou a aparência do usuário, aferiu a PA, o peso corporal e algumas vezes realizou a aferição do perímetro da cintura, avaliação dos pulsos periféricos (pés) e presença de edemas. De maneira complementar foram realizadas pelo enfermeiro a prescrição e transcrição dos medicamentos e solicitação de exames complementares.

• Ações do enfermeiro na consulta de enfermagem voltadas para a prevenção dos fatores de risco de IRC

Quanto às ações que podem contribuir na prevenção dos fatores de risco para IRC, a educação em saúde apareceu como extensão da consulta de enfermagem na atenção básica.

Dentre as ações desenvolvidas foram destacadas: realização de práticas educativas em saúde no grupo de convivência, sensibilização dos usuários para a mudança de hábitos de vida, principalmente no que tange aos fatores de risco modificáveis (tabagismo, álcool, obesidade e sedentarismo). Além disso, foram desenvolvidas medidas que auxiliassem no controle da DM e HAS, além de fomentar a troca de experiências entre hipertensos e diabéticos através do grupo de convivência.

DISCUSSÃO

Quanto às características sociodemográficas, estas apontam que o grupo de convivência era formado preferencialmente por indivíduos do sexo feminino, com idade superior a 65 anos, casados, com ensino fundamental incompleto e renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos.

A elevada frequência de participantes do sexo feminino conflui com os dados do Censo Demográfico realizado em 2010, cuja análise em nível de Brasil reflete uma razão de sexo de 96 homens para cada 100 mulheres, e essa predominância acompanha a tendência histórica na composição por sexo da população nacional. Na Região Nordeste a relação é de 95,3 homens para cada 100 mulheres.⁹⁻¹⁰

A faixa etária predominante foi de 65 anos ou mais (60,9%), achado em conformidade com os dados de envelhecimento da população brasileira analisados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a qual identificou que 21 milhões de pessoas no Brasil possuem 60 anos ou mais de idade.¹¹

Mediante o Censo Demográfico, tem-se verificado um alargamento no topo da pirâmide etária brasileira com o crescimento da população de idade igual ou superior a 65 anos, a qual era de 4,8% em 1991, 5,9% em 2000, chegando a um percentual de 7,4% em 2010. Na Região Nordeste, a proporção de idosos para essa faixa etária representou 5,1% em 1991, 5,8% em 2000, e 7,2% em 2010. Vale ressaltar que a idade de 65 anos é considerada limítrofe para a condição da velhice em países desenvolvidos, e 60 anos para países em desenvolvimento.⁹⁻¹⁰⁻¹¹ O censo brasileiro de diálise realizado em 2010 destacou que o maior percentual de pacientes em diálise no país possui idade igual ou maior que 65 anos (30,7%).¹²

No tocante à situação conjugal dos participantes, 55,6% eram casados; 21,7%, solteiros; e 17,4%, viúvos. Os dados se aproximam aos de outro estudo realizado com população semelhante, cujos percentuais são de 66,2% (casados), 23,5% (viúvos) e 4,1% (solteiros).¹³

Quanto à renda familiar mensal, obteve-se uma percentagem maior de indivíduos (52,2%) com 1 a 3 salários mínimos. Em estudo realizado com idosos cadastrados no Município de Jequié/BA, foi observado o mesmo perfil do grupo em destaque acerca da renda, com um percentual de 53,85%.¹⁴

Para a PNAD, 66% dos idosos no Brasil são aposentados, o que representa uma tendência conforme os dados colocados anteriormente. A aposentadoria possibilita ao idoso um rendimento mínimo garantido para suas necessidades básicas, embora grande parte seja destinada às despesas com medicamentos e demais tratamentos. Além disso, essa população tem contribuído de maneira ativa com as despesas familiares, e em algumas situações a renda do idoso tem implicado em uma redistribuição intergeracional.¹¹

A escolaridade predominante entre os respondentes foi o ensino fundamental incompleto, com 87%. Esse achado está em conformidade com os dados da PNAD, onde no Brasil pessoas com 65 anos de idade ou mais têm entre 1 e 3 anos de estudo e representam o percentual de 20,1% no país, enquanto que para a Região Nordeste é de 17,8%.¹¹

Investigar as características sociodemográficas durante a realização da consulta de enfermagem possibilitou conhecer que morbidades como HAS e DM não se verificam somente na clínica, mas que é de suma importância reconhecer o processo saúde/doença como socialmente

Araújo AM, Mendonça AEO de, Menezes RMP de

determinado, e isso implica em compreender quais são as formas de produzir e consumir de uma sociedade. Já que as particularidades dos grupos sociais e o modo como trabalham e vivem caracterizam a forma como adoecem.¹

No tocante aos fatores de risco pessoais para IRC anteriormente mencionados, entre os membros do grupo observaram-se baixos índices de etilismo e tabagismo. Já, em relação à realização de dieta, observou-se divergência quanto à afirmação de seguir rigorosamente a dieta e a informação posterior de utilização de temperos prontos, consumo de alimentos embutidos e cumprimento das orientações dietéticas. Outro fato que merece atenção é que, mesmo afirmando seguirem a dieta, houve participantes que adicionavam rotineiramente sal de cozinha à comida já pronta.

Foi verificado que um reduzido percentual (17,4%) de idosos revelou-se com hábitos tabagistas e o consumo de bebida alcoólica. O inquérito telefônico para vigilância de fatores de risco para doenças crônicas (Vigitel) apontou dados semelhantes à pesquisa em questão, ao colocar que as prevalências de fumo no Brasil caíram de 35% para 17% entre os anos de 1989 e 2009. Ainda conforme o inquérito, a frequência de fumantes no Brasil era de 15,1%, sendo maior em homens (17,9%) do que nas mulheres (12,7%).¹⁵

A cessação do tabagismo é apontada como medida de prevenção primária e secundária para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Com a ampliação das ações de promoção à saúde através do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, pretende-se alcançar, em 2022, uma prevalência de fumo de apenas 10% e em 2040 inferior a 5%.¹⁶⁻⁷

Sendo o consumo de álcool fator preditor para DRC, assim como produz alterações nos níveis de PA, a depender da quantidade, estudo aponta que o consumo de álcool deve ser moderado, reduzindo-o para 30 g por dia em homens e 15 g por dia para mulheres.¹⁸ Na elevação da PA, à medida que as taxas de álcool vão aumentando no sangue, promovem a elevação lenta e progressiva dos níveis pressóricos na proporção de 2 mmHg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente.¹⁹

Durante a consulta, os pesquisados foram informados acerca dos malefícios do tabagismo e do álcool, objetivando sensibilizá-los para a importância do

Nursing consultation for chronic renal failure...

abandono do vício, e sobre a elevação dos níveis pressóricos, aparecimento de doenças pulmonares, coronarianas, trombose, impotência sexual nos homens, entre outros.¹⁸

Quanto à realização de dieta, 73,9% dos indivíduos afirmaram cumprir as orientações, compreendidas como a restrição de alguns alimentos que produzam efeitos negativos ao seu estado de saúde. A dieta consiste nos padrões alimentares do indivíduo, e pode representar combinações de alimentos de maneira proporcional com o objetivo de atender às necessidades terapêuticas.²⁰

Estudo realizado com pacientes ainda não submetidos à diálise para detecção precoce de DRC aponta que dietas com alto consumo de proteínas, dentre outros fatores, pode determinar aumento nos níveis de uréia plasmática, enquanto que dietas pobres em proteínas agregadas à doença hepática podem levar à redução; cabe ressaltar que a uréia é considerada marcador endógeno de comprometimento renal.²¹

No que tange ao cumprimento das orientações dietéticas, assunto abordado durante os encontros do grupo e na consulta de enfermagem, a grande maioria informou cumpri-las. A Organização Mundial de Saúde recomenda a ingesta diária de cinco porções de frutas e hortaliças.¹⁵ Para o Ministério da Saúde, hábitos de vida saudáveis incluem a alimentação saudável, restrição de sal, açúcar livre e álcool, redução do consumo de carnes com alto teor lipídico e inserção de porções diárias de frutas, verduras, legumes e cereais.¹⁶

A utilização de temperos prontos na alimentação foi revelada por 56,5% dos idosos, e 52,2% referiram o consumo de embutidos pelo menos uma vez ao mês. Estudos têm apontado que países em desenvolvimento perpassam por uma transição nutricional, determinada pela frequência de hábitos alimentares inadequados. O perfil encontrado entre as famílias brasileiras em situações de obesidade, hipertensão e diabetes tem apresentado consumo crescente de gorduras em geral, gorduras de origem animal e alimentos industrializados ricos em açúcar e sódio, com diminuição de cereais, leguminosas, frutas, e legumes.²¹

Quanto aos dados da adição de cloreto de sódio ou sal de cozinha à comida já pronta, entre os participantes, estes compreendiam que o sal funciona como importante marcador não farmacológico da PA.

No momento de investigação do enfermeiro diante do paciente hipertenso quanto à

Araújo AM, Mendonça AEO de, Menezes RMP de

ingestão de substâncias hipertensoras, é imperativo que a ênfase seja dada na relação de consumo do sal, que se justifica pela forte evidência de seu impacto na elevação da PA. Pois foi evidenciado que a redução de 9-12g/dia de sal de cozinha para a quantidade recomendada (5-6g/dia) apresenta efeitos comprovados à saúde, como redução das cifras pressóricas, da retenção de água no organismo, de doenças cerebrovasculares, da massa do ventrículo esquerdo em pessoas com HAS primária, da obesidade e de risco de desenvolvimento de doenças renais.^{1,22}

Estudo destacou a necessidade de redução na ingestão de cloreto de sódio em países desenvolvidos, através de uma redução gradual no quantitativo de sal contido nos alimentos industrializados. Enquanto que para outros países recomenda-se a execução de campanhas educativas acerca dos efeitos deletérios do sal, visto que este, em sua maior parte, é consumido adicionado aos alimentos durante o cozimento.²²

Quanto à prática de atividade física regular, foi verificado que 78,3% dos idosos não a realizavam, o que contribui sistematicamente na incidência e progressão de doenças crônicas não transmissíveis como a DRC, cuja etiologia é multifatorial.

Para a Organização Mundial de Saúde, em idosos com 65 anos ou mais a atividade física visa melhorar as condições cardiorrespiratórias, musculares, ósseas, reduzir o risco de depressão, déficit cognitivo, diabetes tipo II, hipertensão, câncer de colo de útero, câncer de mama e depressão. São recomendados 150 minutos semanais ou 30 minutos diários.²³

A inatividade física consiste no quarto fator de risco para maior mortalidade no mundo, e representa 6% das disfunções mundiais. Essa problemática é compreendida na saúde pública mundial, sendo decorrente de três tendências: envelhecimento populacional, urbanização rápida e globalização.²³

Merece destacar que, embora tenha sido mencionada por grande parte do grupo investigado a não adição de cloreto de sódio à comida já pronta, e que 87% cumpriam rigorosamente com o horário das medicações, ficou evidenciado que a hipertensão foi a morbidade mais prevalente, com 87%, enquanto que o diabetes se apresentou com apenas 8,7%.

A Hipertensão é um precursor com alta incidência para várias patologias, principalmente por se tratar de uma doença silenciosa, e diagnosticada a partir dos sinais

Nursing consultation for chronic renal failure...

e sintomas tardios. Tais fatores (sexo, idade, índice de massa corporal, alimentação, consumo de sal, entre outros) aumentam substancialmente a possibilidade de adquirir doenças como a IRC, infarto agudo do miocárdio e derrames cerebrais causadas por acometimento renal, cardíaco e cerebral.²⁴ Estudo realizado sobre os programas de AB, com enfoque para HAS e DM, revelou que 65,8% dos indivíduos eram hipertensos, e 11% tinham diabetes.²⁴

De acordo com o resultado do último censo brasileiro de diálise, as causas mais frequentes de falência renal primária foram a hipertensão arterial (35%) e o diabetes (28%).¹² A HAS e DM de modo prolongado desencadeiam a nefrosclerose, que ocorre em nível de artérias renais, acarretando redução do fluxo sanguíneo aos rins e necrose em placa do parênquima renal. Devido a ser essa estrutura responsável pela parte funcional dos rins, com o tempo a fibrose se instala e os glomérulos são destruídos, culminando em perda irreversível da função renal.²⁵

Em relação aos dados de identificação dos fatores de risco atribuídos à história familiar de DRC, a maioria dos participantes revelou que tinha história familiar de hipertensão (87%). No estudo de Felipe e colaboradores, 18% dos hipertensos possuíam história familiar de hipertensão.¹ Observa-se certa tendência na associação de hipertensão arterial e história familiar positiva para hipertensão.

A análise da história familiar de Diabetes evidenciou que 65,2% dos idosos não tinham familiares com diabetes. Em estudo multicêntrico no sul do Brasil realizado com pacientes diabéticos, admite-se que a história familiar é um importante fator de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, sendo relatado que em geral 76,6% dos pacientes possuem pelo menos um membro familiar afetado de primeiro grau.²⁶

Por fim, os dados sinalizaram que 65,2% dos pesquisados não possuíam história familiar de problemas renais, contra 34,8% que possuíam. Os estudos apontam que as etiologias comumente observadas nas nefropatias que determinam a DRC e Doença Renal em Estágio Terminal possuem tendências familiares.^{21,27}

Faz-se necessário que os profissionais de saúde inseridos na equipe multidisciplinar da atenção primária à saúde identifiquem os indivíduos que têm parentes com DRC avançada, como maneira de iniciar a terapêutica e prorrogar a progressão da doença. Enquanto os genes para insuficiência renal não forem identificados, é razoável que

Araújo AM, Mendonça AEO de, Menezes RMP de

o histórico possa servir como marcador de risco para futura doença renal.^{2,21,27}

Ao realizar a consulta de enfermagem, o enfermeiro estabelece relações com o usuário, através da utilização de tecnologias leves como a escuta, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização.²⁸

Inicialmente a identificação do tratamento anti-hipertensivo ou de hipoglicemiante em todas as consultas de enfermagem denota a continuidade na assistência, seguida da avaliação prescrita anteriormente (médico ou enfermeiro). Na sequência, as necessidades mencionadas pelo usuário proporcionam o planejamento junto ao mesmo e ao profissional que anteriormente o atendeu, de modo a possibilitar novas estratégias (caso necessário), vislumbrando assim o alcance dos resultados esperados no controle das doenças.¹

A investigação da PA também abordada implica em uma maneira de monitoramento e automonitoramento, que devem ser encorajados aos pacientes com diagnóstico de HAS.¹⁶ A aferição da PA é um procedimento fundamental na avaliação semiológica do aparelho cardiovascular e permite acompanhar a eficácia do tratamento anti-hipertensivo.¹

Na execução do exame físico, estudos evidenciam que este é limitado à verificação de peso, aferição da PA, com breve referência à avaliação dos membros inferiores, sendo excluídas partes importantes como a ausculta cardiopulmonar.²⁹ De fato, o exame físico deve ser concretizado com a propedêutica adequada e observação geral do usuário, e a não realização de algumas partes dele configura-se como uma deficiência de conhecimento teórico-prático de semiotécnica, além de revelar uma dificuldade na execução e profundidade do exame físico de enfermagem.¹

Em continuidade à avaliação clínica dos pacientes hipertensos e diabéticos, houve menção da solicitação de exames complementares, que inclui, para os hipertensos: exame de urina tipo 1, dosagem de potássio, dosagem de creatinina, glicemia de jejum, hematócrito, colesterol total, LDL, HDL, triglicérides e eletrocardiograma convencional.³⁰ E para os diabéticos: glicemia de jejum, hemoglobina glicada, colesterol total, triglicérides, creatinina sérica, exame de urina (infecção urinária, proteinúria, corpos cetônicos, sedimento), microalbuminúria (diabetes tipo 2, se proteinúria negativa) e eletrocardiograma.³¹

Nursing consultation for chronic renal failure...

Nesse sentido, a consulta de enfermagem como prática clínica do enfermeiro na atenção básica revela-se também como prática social, visto que é realizada a partir das necessidades sociais dos indivíduos que se constituem e se transformam na dinâmica das relações sociais. O enfermeiro ao desempenhar seu papel social de cuidador, vislumbra expandir o cuidado assistencial para além do indivíduo, de maneira a considerar outros fatores que podem estar imbricados no processo saúde/doença.²⁸

Desse modo, a consulta de enfermagem torna-se relevante para a identificação dos fatores de risco que podem contribuir para a prevenção e progressão da DRC.²⁷ Compreende-se o fator de risco no campo da saúde como condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde individual ou coletiva.³²

Como estratégia de prevenção dos fatores de risco para IRC, o enfermeiro, como cuidador e educador, utiliza a educação em saúde através das práticas educativas, com vistas a potencializar a redução de custos junto aos serviços de atenção básica e favorecer o autocuidado e o desenvolvimento da responsabilidade do paciente sobre as decisões relacionadas à sua saúde.^{27,33}

Cabe ressaltar que, as ações de saúde devem ser realizadas a partir das necessidades dos usuários, através de suas dimensões biopsicossociais, e ser concebidas como práticas de saúde, de modo a articular prática social com a totalidade social.³⁴

A educação em saúde constitui um mecanismo para a promoção da qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades, através da articulação de saberes técnicos e populares, de recursos institucionais e comunitários, de iniciativas públicas e privadas, de maneira a romper com a conceituação biomédica de assistência à saúde, abrangendo os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado.³⁵

Para as práticas educativas realizadas no grupo de convivência, utilizou-se teatro de fantoches, rodas de conversa, exposições dialogadas, construção de peças teatrais, entre outros. Para isso, foi dado enfoque aos fatores de risco modificáveis, como a obesidade, a falta de atividades físicas regulares, tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada, excesso de sódio, conservantes e gorduras. A educação em saúde realizada de forma grupal revela que cada indivíduo tem a sua importância e seu destaque no grupo,

Araújo AM, Mendonça AEO de, Menezes RMP de

tornando-o mais coeso e efetivo.³³

Estudos colocam que práticas educativas em grupo favorecem a formação de uma base que fortalece as relações e transforma experiências individuais em aprendizado. Pois pensar educação em saúde é compreender o indivíduo como parte do processo, sendo este criativo, dialógico e de construção.³³

CONCLUSÃO

A análise do grupo de convivência, através das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem ao usuário hipertenso e diabético, permitiu constatar que os fatores de risco para o desenvolvimento de DRC são prevalentes, com ênfase para HAS, DM, adição de cloreto de sódio, inatividade física, idade, utilização de alimentos industrializados, presença de história familiar para HAS e problemas renais.

Sendo a atenção básica o cenário desta pesquisa, destaca-se como um campo adequado para a realização da consulta de enfermagem, pois proporciona aos profissionais e usuários ações de promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde. De modo que a realização da consulta de enfermagem torna-se fundamental na identificação de grupos de risco e fatores de risco para a prevenção de complicações da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus e demais fatores de risco para Doença Renal Crônica.

Desse modo, torna-se relevante que enfermeiros e outros profissionais de saúde reconheçam a importância da identificação precoce da DRC na atenção básica. Com esse intuito, as discussões sobre os resultados encontrados visam apresentar os fatores de risco potenciais para a DRC, e a necessidade de que precisam ser aprimoradas com ações de educação em saúde e políticas intersetoriais, de modo a garantir que a consulta de enfermagem voltada aos grupos de risco tenham acompanhamento qualificado na APS.

Portanto, acredita-se que há ainda muito a pesquisar acerca da temática em questão. De fato, espera-se contribuir um pouco mais para as discussões acerca do assunto e para o desenvolvimento do saber existente sobre a consulta de enfermagem na prevenção de DRC em grupos de convivência.

REFERENCES

1. Felipe GF, Moreira TMM, Silva LF, Oliveira ASS. Consulta de enfermagem ao usuário

Nursing consultation for chronic renal failure...

hipertenso acompanhado na atenção básica. Rev RENE [Internet]. 2011 Apr/June [cited 2012 Feb 11];12(2):[about 8 p.]. Available from:

http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_pdf/a09v12n2.pdf

2. Starfield B. Atenção primária e saúde. In: Starfield B, autor. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. p. 19-42.

3. Mascarenhas CHM, Reis LA, Lyra JE, Peixoto AV, Teles MS. Insuficiência renal crônica: caracterização sociodemográfica e de saúde de pacientes em tratamento hemodialítico no município de Jequié/BA. Espaço saúde [Internet]. 2010 Dec [cited 2012 Feb 11]; 12(1):[about 8 p.]. Available from: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v12n1/insuficiencia.pdf>

4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.168/GM de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão; 2004 [cited 2012 Feb 11]. Available from: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/52.pdf>

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); 2011 [cited 2012 Mar 04]. Available from: http://www.corengo.org.br/attachments/article/374/PORTARIA%20MS_GM%20N%C2%BA%202.488,%20DE%2021%20DE%20OCTUBRO%20DE%202011.pdf

6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. [site de internet]; 1993 [cited 2012 Feb 11]. Available from: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>

7. Natal. Prefeitura Municipal do Natal. Natal em detalhes. [Internet]. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo. Departamento de Informação, Pesquisa e Estatística; 2009 [cited 2012 Feb 11 2011]. Available from: http://www.natal.rn.gov.br/semurb/paginas/File/Publicacoes/Recentes/4_Saude.pdf

8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo

Araújo AM, Mendonça AEO de, Menezes RMP de

seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

9. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão [Internet]. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios, resultados do universo; 2011 [cited 2012 Feb 12]. Available from:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf

10. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão [Internet]. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Sinopse do censo demográfico 2010; 2011 [cited 2012 Feb 12]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>

11. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão [Internet]. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso 2011 Oct 03]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf

12. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Santos DR. Relatório do censo brasileiro de diálise de 2010. J bras nefrol [Internet]. 2011 [cited 2012 Feb 12]; 33(4): [about 6 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n4/09.pdf>

13. Cesar JA, Oliveira-Filho JA, Bess G, Cegielka R, Machado J, Gonçalves TS et al. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões norte e nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. Cad saúde pública [Internet]. 2008 ago [cited 2011 Oct 03];24(8):[about 11 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/12.pdf>

14. Peres LAB, Biela R, Herrmann M, Matsuo T, Ann HK, Camargo MTA, et al. Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no oeste do Paraná: uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. J bras nefrol [Internet]. 2010 [cited 2012 Feb 12]; 32(1):[about 6 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n1/v32n1a10.pdf>

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa [Internet]. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito

Nursing consultation for chronic renal failure...

telefônico; 2011 [cited 2012 Feb 12]. Available from:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2010_preliminar_web.pdf

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde [Internet]. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais; 2006 [cited 2012 Feb 11]. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bcad14.pdf>

17. Schmidt MI, Duncan BB. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. Epidemiol serv saúde [Internet]. 2011 Oct/Dec [cited 2012 Feb 12];20(4):[about 3 p.]. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a01.pdf>

18. Menezes AGMP, Gobbi D. Educação em saúde e programa de saúde da família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. Mundo saúde [Internet]. 2010 [cited 2012 Feb 12];34(1):[about 6 p.]. Available from: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/13_revisao_Educao.pdf

19. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. Arq bras cardiol [Internet]. 2010 [acesso 2011 Oct 29];95(1 supl.1): [about 51 p.]. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde [Internet]. Política nacional de alimentação e nutrição; 2003. [cited 2011 Nov 18]. Available from: http://nutricao.saude.gov.br/docs/geral/pna_n.pdf

21. 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 [Internet]. 2011 [cited 2012 Feb 12];33(1):[about 16 p.]. Available from: <http://www.sbn.org.br/podcast/artigo2.pdf>

22. Ordúñez GP, Pérez FE, Hospedales J. Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. Rev panam salud publica [Internet]. 2010 [cited 2012 Feb 12]; 28(4):[about 8 p.]. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n4/11.pdf>

23. Organización Mundial de la Salud

Araújo AM, Mendonça AEO de, Menezes RMP de

[Internet]. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud, 2010 [cited 2012 Feb 12]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf

24. Henrique NN, Costa OS, Vileti JL, Corrêa MCM, Carvalho EC. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. Rev enferm UERJ [Internet]. 2008 Apr/June [cited 2012 Feb 12];16(2):[about 6 p.]. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a05.pdf>

25. Dummer CD, Saldanha TF, Veríssimo VF. Doença renal crônica, inflamação e aterosclerose: novos conceitos de um velho problema. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2007 [cited 2010 Oct 18];53(5):[about 5 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n5/a22v53n5.pdf>

26. Crispim D, Canani LH, Gross JL, Tschiedel B, SOcto KEP, Roisenberg I. Familial history of type 2 diabetes in patients from Southern Brazil and its influence on the clinical characteristics of this disease. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. 2006 Oct [cited 2011 Sept 28];50(5):[about 7 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n5/32223.pdf>

27. Travagim DAS, Kusumota L. Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. Rev enferm UERJ [Internet]. 2009 July/Sept [cited 2012 Feb 11]; 17(3):[about 6 p.]. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a16.pdf>

28. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LSK, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. Rev latinoam enferm [Internet]. 2011 Jan/Feb [cited 2012 Feb 21];19(1):[about 8 p.]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf

29. Santana JS, França LMR, Nóbrega MML, Fontes WD. Adesão ao tratamento dos hipertensos no programa saúde da família: importância da consulta de enfermagem. Rev enferm UFPE online [Internet]. 2011 Oct [cited 2012 Feb 21];5(8):[about 7 p.]. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1805/pdf_688

30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde [Internet]. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de

Nursing consultation for chronic renal failure...

Saúde; 2006 [cited 2012 Feb 21]. Available from: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_hipertensao.pdf

31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde [Internet]. Diabetes Mellitus; 2006 [cited 2012 Feb 21]. Available from: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcd16.pdf>

32. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2005 [cited 2012 Feb 21];10(3):[about 11 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>

33. Lopes EM, Anjos SJSB, Pinheiro AKB. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. Rev enferm UERJ [Internet]. 2009 Apr/June [cited 2012 Mar 10]; 17(2): [about 5 p.]. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a24.pdf>

34. Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2009 [cited 2012 Mar 04];14(3):[about 8 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/29.pdf>

35. Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. Rev enferm UERJ [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2012 Mar 10]; 18(1): [about 6 p.]. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012/01/17

Last received: 2012/03/26

Accepted: 2012/03/26

Publishing: 2012/05/01

Corresponding Address

Aíla Marôpo Araújo
22A, Alziro Zaruh, St, Planalto
CEP: 59073-072 – Natal (RN), Brazil