

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

BRUNA TAVARES UCHOA DOS SANTOS.

**PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL NO PACIENTE HIPERTENSO –  
SITUANDO O ENFERMEIRO NO MODELO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL.**

2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

BRUNA TAVARES UCHOA DOS SANTOS.

**PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL NO PACIENTE HIPERTENSO –  
SITUANDO O ENFERMEIRO NO MODELO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL.**

Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery – Núcleo de Enfermagem Hospitalar, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora:  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo.

Rio de Janeiro,  
Julho de 2015.

**FICHA CATALOGRÁFICA**

Santos, Bruna Tavares Uchoa dos.

Prevenção da doença renal no paciente hipertenso – situando o enfermeiro no modelo assistencial ambulatorial/Bruna Tavares Uchoa dos Santos. – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2015.

Xi 100f.:il:31 cm.

Orientador: Silvia Teresa Carvalho de Araújo

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ EEAN/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2015.

Referências Bibliográficas: f. pag – pag

1. Modelo de enfermagem. 2.assistência de enfermagem. 3.Hipertensão. 4.Insuficiência Renal Crônica. 5.prevenção de doenças. I. Araújo, Silvia Teresa Carvalho. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Pós-graduação e Pesquisa em Enfermagem. III. Prevenção da doença renal no paciente hipertenso – situando o enfermeiro no modelo assistencial ambulatorial.

**PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL NO PACIENTE HIPERTENSO –  
SITUANDO O ENFERMEIRO NO MODELO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL.**

Bruna Tavares Uchoa dos Santos.  
Silvia Teresa Carvalho de Araújo.

Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery – Núcleo de Enfermagem Hospitalar, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Data:     /     /

Aprovada por:

---

Presidente, Prof. Dr.<sup>a</sup> Silvia Teresa Carvalho de Araújo.  
Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN/UFRJ.

---

1º Exam. Prof. ° Dr.º Edison Regio de Moraes Souza.  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ/FCM

---

2º Exam. Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Giselle Barcellos Oliveira Koeppe.  
Instituto Fernandes Figueira – IFF/FIOCRUZ

---

Suplente. Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jaqueline da Silva.  
Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN/UFRJ.

---

Suplente: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Danelia Gomez Torres.  
Universidad Autónoma del Estado de Mexico – UAEM/FEyO

Rio de Janeiro,  
Julho de 2015.

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais Edmilson e Sineide, ao meu noivo Thiago Xavier, ao meu irmão Edmilson Junior, aos amigos e toda minha família que, com carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse a esta etapa de minha vida.

## AGRADECIMENTOS.

À Deus toda minha gratidão, não pelo que Ele fez, mas pelo que ele é! A Ele toda honra, toda glória e todo louvor!

Aos meus pais, que são o exemplo, o incentivo e a força que tenho para seguir. Agradeço por terem me dado suporte para estudar, por cada sacrifício que tiveram que fazer para que eu alcançasse meus objetivos. É com muita alegria que retribuo um pouquinho de tudo que já fizeram por mim!

Ao meu amor e melhor amigo Thiago Xavier, que não mediu esforços para que eu chegasse até aqui! Em todos os momentos esteve presente, me incentivando, me cobrando, “formatando”, “corrigindo”, “imprimindo”. Até quando estive ausente ele esteve presente com o seu apoio, com o seu amor. Muito obrigada, amo você!

Ao meu irmão, Edmilson Junior, o meu eterno “ninho”/”maninho”, eu agradeço a compreensão, o apoio e principalmente por me motivar na função de irmã mais velha a ter sempre que dar “bons exemplos”.

A toda minha família pelo incentivo e por compartilharem comigo das mesmas tristezas, das mesmas alegrias.

A minha orientadora, prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Silvia Teresa Carvalho de Araújo, principal apoiadora e colaboradora de minha caminhada acadêmica, a minha mais sincera gratidão por tudo que fez para que eu chegasse até aqui, pela compreensão, pela amizade, pela sabedoria, pela expertise e principalmente pela leveza como conduz a vida e me inspira a conduzir.

A professora Dr. <sup>a</sup> Danélia Gomez Torres, por todo esforço e colaboração empenhados para a realização de meu intercâmbio de mestrado, o meu muito obrigada pela riquíssima oportunidade que me proporcionou.

A banca, que contribuiu com muito carinho e atenção a cada detalhe de forma significativa e esclarecedora para nortear e aprimorar este estudo!

Aos meus amigos do grupo de pesquisa CEHCAC, em especial à Alessandra, Thalita e a Soraia, que de perto ou de longe foram fundamentais.

A amiga Adriana Felício, que atravessou a ponte Rio-Niterói e até a ponte aérea (Brasil-México) para acompanhar e apoiar essa minha trajetória. Muito obrigada amiga!

A amiga Thaís de Mello, pelo apoio, incentivo e por todos os conselhos que de forma atenciosa me concedeu, o meu muito obrigada!

A professora Dr.<sup>a</sup> Cleotilde Garcia Reza, por ter sido ponto forte de apoio durante o período do intercâmbio no México, agradeço imensamente sua amizade, compreensão e zelo.

A enfermeira e amiga Esmeralda Herrera e toda sua família, por tão amável hospedagem e acolhimento no período em que estive em sua residência durante o intercâmbio estudantil.

As instituições de ensino, nas quais desenvolvi esta pesquisa, no Brasil e no México, por me acolherem tão gentilmente e prestarem informações valiosas, em especial agradeço à “Universidad Autonoma del Estado de Mexico” (UAEM) e aos queridos e inesquecíveis amigos que lá fiz.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pela bolsa de incentivo acadêmico, sem a qual teria sido inviável a realização desta pesquisa.

A persistência é o caminho do êxito.

Charles Chaplin

## LISTA DE SIGLAS

DM - Diabetes Mellitus;

DCNT - Doença crônica não transmissível;

DRC - Doença Renal Crônica;

DR - Doença renal;

EEAN – Escola de Enfermagem Anna Nery

HA - Hipertensão arterial;

MAE - Modelo Assistencial de Enfermagem;

SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia;

SUS - Sistema Único de Saúde;

UAEM – Universidade Autônoma do Estado do México;

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro;

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>RESUMO</b>  | 12 |
| ABSTRACT   | 14 |
| <b>PREAMBULO</b>   | 16 |
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>  | 19 |
| 1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA   | 24 |
| 1.2 CONTRIBUIÇÕES  | 25 |
| <br>   |    |
| <b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b>   | 27 |
| 2.1 DESTAQUES AO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE NO BRASIL  | 27 |
| 2.2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA DOENÇA RENAL NO BRASIL: ENFOQUE NA NECESSIDADE DE PREVENÇÃO  | 29 |
| 2.3 SUBSTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL   | 30 |
| 2.4 PRINCIPAIS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA QUE INTERVÉM NA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL, NO BRASIL A PARTIR DE 2004                                  | 31 |
| 2.5 ASPECTOS GERAIS IDENTIFICADOS NAS POLÍTICAS  | 32 |
| 2.5.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL - PORTARIA MS/GM Nº 1168, DE 15/6/2004  | 32 |
| 2.5.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: PORTARIA MS/GM Nº 648, DE 28/3/2006   | 33 |
| 2.5.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA, 2008  | 34 |
| 2.6 ASPECTOS DE PREVENÇÃO IDENTIFICADOS NAS POLÍTICAS  | 35 |
| 2.6.1 PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO IDENTIFICADAS NAS POLÍTICAS   | 35 |
| 2.7 DESDOBRAMENTOS POLÍTICOS   | 37 |
| 2.7.1 CONSULTA PÚBLICA Nº 16, DE 21 DE AGOSTO DE 2013  | 40 |
| 2.7.2 INTERVENÇÕES DE POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL: SUFICIENTES OU INSUFICIENTES EM RELAÇÃO ÀS DEMANDAS DA POPULAÇÃO? | 41 |
| <br>   |    |
| <b>3 PROPOSTA METODOLÓGICA</b>   | 43 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO   | 43 |

|  |          |
|--|----------|
| 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO E RECORTE TEMPORAL                           | 44       |
| 3.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS                                     | 45       |
| 3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA                                      | 46       |
| 3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS                                 | 47       |
| 3.6 ASPECTOS ÉTICOS  | 48       |
| <b>4 RESULTADOS – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.</b> | 49       |
| 4.1 DESCRIÇÕES DOS MODELOS ASSISTENCIAIS                           | 49       |
| 4.2 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS                                  | 56       |
| 4.2.1 O ENFERMEIRO NO MODELO DE PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA  | 65       |
| <b>5 RECOMENDAÇÕES</b>   | 67       |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                                      | 68       |
| <b>REFERÊNCIAS</b>   | 70       |
| <b>APÊNDICES</b>   | 78       |
| APÊNDICE 1 - CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES - CRONOGRAMA/MESES          | 78       |
| APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO             | 79       |
| APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA                                 | 80       |
| APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA NÃO PARTICIPANTE.   | 82       |
| APÊNDICE 5 - ORÇAMENTO DA PESQUISA                                 | 83       |
| APÊNDICES 6 – 13 – OUTRAS DOCUMENTAÇÕES ELABORADAS.                | 85 - 90  |
| <b>ANEXOS</b>  | 91       |
| ANEXO 1 - 8 - DOCUMENTAÇÕES  | 93 - 100 |

## RESUMO

SANTOS, Bruna Tavares Uchoa dos. Prevenção da doença renal no paciente hipertenso - situando o enfermeiro no modelo assistencial ambulatorial. Rio de Janeiro, 2015. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

**Introdução:** A Doença Renal pode acometer qualquer indivíduo, em qualquer etapa da vida, sua incidência e a prevalência são alarmantes, além ser bastante onerosa para órgãos governamentais. Quando diagnosticada, o paciente muitas vezes já está no estágio avançado.

**Objetivos:** Descrever sobre modelos assistenciais ambulatoriais ao paciente hipertenso em relação à prevenção da doença renal; Levantar os modelos assistenciais adotados nos ambulatórios de atendimento ao paciente hipertenso na prevenção ou retardo da doença renal; Identificar como o modelo assistencial se desenvolve na estrutura dos serviços ambulatoriais frente a ação preventiva da doença renal; discutir intervenções a serem contempladas em um modelo assistencial de enfermagem para prevenção da doença renal em pacientes hipertensos.

**Metodologia:** Ensaio etnográfico desenvolvido no período de agosto de 2013 a dezembro de 2014, em uma Instituição de saúde pública no Estado do México e em três outras no estado do Rio de Janeiro. Abordagem qualitativa, de cunho exploratório e descritivo, com entrevista semiestruturada e observação sistemática participante, em ambulatório no México, e não participante, em ambulatórios no Rio de Janeiro, Brasil. Participaram profissionais com ensino superior, atuantes em ambulatório com atendimento à pacientes hipertensos. O estudo obedece aos preceitos da Resolução 2CNS nº 466/2012, atendendo as Normas de Pesquisa com Seres Humanos. **Resultados:** No México às ações de enfermagem e a estrutura de recurso humanos no ambulatório se estabelecem como um programa de atenção assistencial exitoso. As intervenções pautam-se no desenvolvimento de guias de práticas clínicas, obtidas por consenso, aplicáveis na prática diária e com base na melhor evidência disponível; estabelecimento de metas realistas, com base em variáveis que predizem eventos clínicos relevantes; difusão e implementação dos guias de práticas clínicas através da implementação do Sistema de Informação em Medicina Familiar como ferramenta para capacitação contínua através de diagramas de fluxo e recordatórios específicos; pôsteres e outras formas de comunicação visual nos consultórios e salas de espera. No Rio de Janeiro, Brasil, há uma diferença significativa entre a estrutura física, composição de recursos humanos e filosofia no modelo assistencial ambulatorial, prevalecendo a atenção na prevenção dos agravos renais. Quanto ao acesso às informações organizacionais e de infraestrutura física, foi reduzida a colaboração dos profissionais nos serviços investigados, tanto por baixo quantitativo de profissionais, quanto

por disponibilidade de tempo destes. Identificou-se ausência do enfermeiro em dois das três instituições investigadas. **Contribuições para enfermagem:** Aprofundamento do conhecimento relativo às políticas de saúde pública de prevenção da doença renal, recomenda-se inserção do enfermeiro como membro da equipe multiprofissional em ambulatórios especializados, de modo a intensificar a abordagem preventiva frente a doença renal desde o diagnóstico médico de hipertensão; atendimento de metas apontadas nos programas da especialidade de nefrologia e enfrentamento da doença renal crônica enquanto problema de saúde pública. **Conclusão:** Foi possível refletir sobre as variáveis culturais e profissionais comuns e divergentes relativas aos recursos humanos e ao modelo assistencial em ambulatórios com pacientes hipertensos, e destacar o papel assistencial do enfermeiro na prevenção ou retardo da doença renal.

Descritores: Assistência de enfermagem; Hipertensão; Insuficiência Renal Crônica; prevenção de doenças.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda, bolsista CAPES – EEAN/UFRJ. Especialista em nefrologia - EEAN/UFRJ. Membro do grupo de pesquisa Comunicação em Enfermagem Hospitalar: Pacientes de Alta Complexidade (CEHCAC/NUPENH/EEAN/UFRJ). Tel.: (21) 9466-5892; E-mail: [brunatavaresj@gmail.com](mailto:brunatavaresj@gmail.com);

<sup>2</sup>Orientadora. Professora Associada III. Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica. EEAN/UFRJ. Líder do grupo de pesquisa Comunicação em Enfermagem Hospitalar – Pacientes de Alta Complexidade (CEHCAC/NUPENH/EEAN/UFRJ). PQ CNPq, nível 2. E-mail: [stcaraujo@gmail.com](mailto:stcaraujo@gmail.com).

## ABSTRACT

SANTOS, Bruna Tavares Uchoa dos. Prevenção da doença renal no paciente hipertenso - situando o enfermeiro no modelo assistencial ambulatorial. Rio de Janeiro, 2015. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

**Introduction:** Renal disease can affect anyone, at any stage of life, its incidence and prevalence are alarming, besides being very costly for government agencies. When diagnosed, the patient is often already in an advanced stage. **Goals:** Describe about ambulatory care models to hypertensive patient related to the prevention of renal disease; Raise health care models adopted in the care clinics to hypertensive patients to preventing or delaying renal disease; Identify how the care model develops in the structure of outpatient services across the preventive action of kidney disease; discuss interventions to be included in a nursing care model for prevention of renal disease in hypertensive patients. **Methodology:** ethnographic test carried out from August 2013 to December 2014, in a public health institution in the State of Mexico and three others in the state of Rio de Janeiro. Qualitative approach, exploratory and descriptive nature, with semi-structured interview, and systematic observation participant at ambulatory in Mexico, and not participating in clinics in Rio de Janeiro, Brazil. Participated professionals with higher education, active in outpatient care with the hypertensive patients. The study complies with the provisions of Resolution No. 466/2012 2CNS, meeting the Research Rules Involving Human Beings. **Results:** In Mexico the nursing actions and human resource structure at ambulatory are established as an assistance care program successful. Interventions If guided in Practice Guides Development Clinics, arrived at by consensus, applicable in daily practice and based on the best available evidence; setting realistic goals, Based on variables that predict clinically relevant events, dissemination and implementation of guidelines for clinical practice through the implementation of the Information System in Family Medicine as for continuous training tool through flow diagrams and specific reminders; posters and other forms of visual communication in offices and waiting rooms. In Rio de Janeiro, Brazil, there is a significant difference between physical structure, composition of human resources and philosophy in ambulatory care model, prevailing attention on the prevention of kidney diseases. Regarding access to organizational information and physical infrastructure, it has reduced the collaboration of professionals in the investigated services, both quantitative bottom professionals, as by time availability of these. It was identified lack of nurses in two of the three institutions investigated. **Contributions to nursing:** Deepening of knowledge

concerning public health policies for the prevention of kidney disease, recommended insertion of the nurse as a member of the multidisciplinary team in specialized clinics, in order to enhance the preventive front approach to kidney disease from the medical diagnosis of hypertension; service goals identified in the specialty of nephrology programs and coping with chronic kidney disease as a public health problem. **Conclusion:** It was possible to reflect on the cultural variables and commonalities and differences professionals related to human resources and the care model in ambulatory patients with hypertension, and highlight the charitable role of nurses in preventing or delaying renal disease.

**Keywords:** Nursing Care; Hypertension; Renal Insufficiency, Chronic; Disease Prevention.

## PREAMBULO

O interesse pelo estudo emergiu de experiências vivenciadas e observadas durante minha trajetória acadêmica e assistencial em enfermagem. De maneira geral, a experiência como monitora de fisiologia renal despertou meu interesse por estudos sobre o aparelho urinário e renal, suscitando no desenvolvimento de pesquisas no âmbito da nefrologia; na inserção em grupo de pesquisa e iniciação científica; realização de estágios extracurriculares na área da nefrologia; na especialização em nefrologia; e nesta dissertação de mestrado.

Minha trajetória na nefrologia tem início no ano de 2009, no terceiro período da graduação em enfermagem, na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), quando iniciei como monitora de fisiologia renal no Instituto Carlos Chagas Filho, pelo laboratório de fisiologia e biofísica da UFRJ, inicialmente como voluntária e posteriormente como bolsista. Desde então, comecei a desenvolver estudos relacionados aos rins e ao aparelho urinário. E permaneci como monitora até o penúltimo período da graduação em 2011/2.

No ano de 2010 se deu o meu primeiro contato com a professora Dr.<sup>a</sup> Sílvia Teresa Carvalho de Araújo, minha atual orientadora, com quem tive a oportunidade de desenvolver um trabalho de diagnóstico simplificado de saúde (DSS), que consiste em uma etapa curricular obrigatória nos moldes de pesquisa da UFRJ, em que abordamos a temática intitulada: “Doenças de Base e a Incidência de Doença Renal Crônica: Subsídios para Intervenções do Enfermeiro.”

Posteriormente, iniciei como aluna de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (IC/CNPq), juntamente com a orientadora, membro do núcleo de pesquisa em Enfermagem Hospitalar (NUPENH), no Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica (DEMC), na EEAN/UFRJ. Foi então, nesse período que pude desenvolver o projeto de pesquisa intitulado: “Software educacional para o treinamento de clientes em Diálise Peritoneal Ambulatorial Continua”. Seguindo a mesma linha, também realizei meu trabalho monográfico de conclusão de curso em enfermagem: “Treinamento em Diálise Peritoneal: Mediação de Recursos Materiais pelo enfermeiro e cliente”

Em 2012/02 me graduei como bacharel em Enfermagem pela EEAN/UFRJ, mas mantive permanência de vínculo, com a UFRJ, através do Curso de Licenciatura em Enfermagem oferecido pela Escola de Educação da UFRJ. O curso de Licenciatura em Enfermagem representa uma etapa complementar e opcional, mas que escolhi dar continuidade

devido as experiências de pesquisa e de monitoria de fisiologia renal, que me despertaram o interesse pela docência.

Além disso, participo como membro efetivo do grupo de pesquisa Comunicação em Enfermagem Hospitalar – Cliente de Alta Complexidade, no qual muitas pesquisas são realizadas integrando Graduação e Pós-Graduação lato e stricto sensu, atendendo a produção em linha de conhecimento de projeto pedagógico na área de nefrologia.

A continuidade no curso de licenciatura e a participação no grupo de pesquisa me permitiram dar prosseguimento a Iniciação científica e despertaram meu interesse para o mestrado, foi então que iniciei como aluna especial de mestrado na EEAN/UFRJ em 2012/02, em que cursei as disciplinas “Oficina de análise institucional” e “Pragmática de enfermagem assistencial”.

Ainda como bolsista de IC, participei de reuniões sobre projetos integrados com a orientadora, com membros do grupo de pesquisa e com o chefe do serviço da nefrologia Hospital Universitário no Município do Rio de Janeiro. A partir desta reunião realizei um breve levantamento no setor ambulatorial deste Hospital Universitário, onde identifiquei esforços por parte da equipe compostas por médicos nefrologistas para implementar um modelo assistencial de prevenção da doença renal (DR), com atendimento ambulatorial especializado, direcionado à pacientes hipertensos, diabéticos, obesos e com dislipidemia.

O modelo de atendimento identificado me despertou o interesse de investigação, por demonstrar um caráter preventivo realizado pela equipe de nefrologistas. E principalmente, porque nesta primeira aproximação com o ambulatório, não foi observada a atuação do enfermeiro, como membro da equipe no modelo assistencial. Esta “inexistência” do enfermeiro na equipe, me causou inquietação e me motivou a buscar a real inserção do enfermeiro no contexto de prevenção da doença renal.

Foi então, que surgiu a oportunidade de concorrer a uma vaga de mestrado, com o presente estudo, fruto das diversas experiências vivenciadas e observadas durante minha trajetória acadêmica.

Juntamente com o mestrado me deparei com alguns desafios, como à necessidade e o desejo de aprender mais sobre a nefrologia, área tão específica e ainda pouco explorada pela Enfermagem. Então, ingressei na primeira turma no curso pioneiro de especialização em Enfermagem em Nefrologia da EEAN/UFRJ, através do qual pude adquirir conhecimentos essenciais para o prosseguimento de meu projeto de mestrado. Como trabalho de conclusão de

curso, na especialização desenvolvi a monografia intitulada “Prevenção da doença renal: uma aproximação com as intervenções de políticas de saúde pública.”

Diante de um objeto de estudo de mestrado, que para mim ainda parecia novo e complexo, “o modelo assistencial de saúde”, busquei novos cursos de aperfeiçoamento e tive a grande oportunidade de cursar a especialização em “Direito e Saúde” oferecida pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). A participação nas aulas, em leituras e trabalhos desenvolvidos ampliou meu conhecimento sobre políticas de saúde pública e me trouxe ferramentas para caminhar e dialogar com a área das políticas na nefrologia, o que resultou em trabalho monográfico intitulado “Intervenções de políticas de saúde pública na prevenção da doença renal”.

Este projeto de mestrado inclui um planejamento de intercâmbio com o México, realizado no período de março a junho de 2014. Assim, tive a oportunidade de realizar tal intercâmbio estudantil, em convênio estabelecido entre a EEAN (UFRJ) e na FEyO (UAEM), através do qual pude me inserir em diversos contextos de ensino e prática assistencial diferentes dos habituais.

Assim, no intercâmbio tive a experiência de cursar três disciplinas presenciais sobre: “Mercadotecnia em enfermagem”, que tratou de assuntos relacionados a como oferecer os serviços de enfermagem e a como divulgá-los de maneira positiva mediante estudo detalhado de mercado; “Prática integral I”, que foi uma disciplina cursada dentro do curso de “Especialização em saúde familiar”, onde pude assistir à aulas presenciais e ir aos campos de prática com os discentes; e também cursei a disciplina de “Gerencia em enfermagem”, no curso de mestrado em enfermagem, na UAEM.

Através da UAEM, também pude realizar visita técnica em duas instituições de grande relevância para o Estado do México, que me ajudaram a compreender como o modelo auxilia o desenvolvimento das ações em saúde. Permaneci durante duas semanas e meia em cada instituição de saúde; e pude conhecer ainda uma unidade de terapia renal substitutiva, na modalidade de hemodiálise. No total integralizei três meses de intercâmbio. E trago para discussão e reflexão um pouco do rico universo que pude vivenciar lá.

Recentemente (Abril – Junho de 2015), realizei o curso de “Atualização em prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, oferecida pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A fim de dar prosseguimento aos estudos do mestrado, em Junho de 2015 dei início ao processo seletivo para o doutorado em Enfermagem.

## 1 INTRODUÇÃO

Propõem-se com este estudo a investigação do Modelo Assistencial de saúde frente à prevenção da Doença Renal Crônica (DRC), a pacientes hipertensos. Entendendo por modelo assistencial o modo como as ações de atenção à saúde se organizam e se articulam, envolvendo diversos recursos (físicos, tecnológicos e humanos) e os aspectos assistenciais em sociedade, ou seja, a forma de organização e articulação os diversos recursos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade, (SILVA JÚNIOR & ALVES, 2007).

E como modelo de atenção à saúde, entende-se o sistema lógico de organização do funcionamento de redes de atenção à saúde, que articula de forma singular as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, que se define em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica, e dos determinantes sociais em saúde, em determinado tempo e sociedade, (MENDES, 2011).

Entretanto, não se acredita em modelos certos ou errados, ou receitas que, quando seguidas darão certo, mas acredita-se no pressuposto de que existam modelos assistenciais de saúde que necessitam de uma maior atenção quanto suas formas de organização e articulação, para uma prestação de assistência à saúde mais resolutiva.

A DRC é um problema de saúde pública que vem tomando proporções alarmantes (SBN-CENSO, 2013). E que, portanto, requer um olhar cuidadoso ao modelo assistencial no qual está inserida e as medidas preventivas que estão sendo utilizadas para evitá-la ou até mesmo impedi-la.

Sabe-se que o curso da DRC é frequentemente assintomático, até que a doença atinja seu estágio avançado, devido aos rins possuírem uma grande reserva funcional e não manifestarem dor nos estágios iniciais da doença. Isto resulta em que o paciente só busque cuidados médicos quando já apresenta uma ou mais complicações da doença e/ou comorbidades, ou seja, quando já apresentam uma perda expressiva da função renal. (FERRAZ, 2011).

“A única maneira de conseguirmos conter esta epidemia de uma maneira racional, barata e efetiva é através da detecção precoce desta patologia, visando à instituição rápida do tratamento conservador objetivando a prevenção da progressão da DRC para níveis dialíticos.” (FERRAZ, 2011).

É conveniente destacar que um bom tratamento das doenças de base pode evitar complicações como a DRC, (Bastos & Kirsztajn, 2011). E por outro lado sabe-se que o mal ou o não tratamento de doenças de base pode acarretar complicações que precisarão ser tratadas por especialistas e este tipo de tratamento requer maiores gastos do orçamento governamental.

A necessidade de prevenir a DRC e evitar complicações dela provenientes requer a abordagem de seus fatores de risco, dentre os quais a hipertensão é um dos principais fatores para o desenvolvimento da DRC. De maneira que a prevenção secundária da doença renal (DR), partindo de prevenções que estejam relacionadas à hipertensão arterial, seja um caminho para se controlar o problema.

Geralmente ao ser implementada a prevenção secundária da DRC pretende-se diminuir ou interromper a progressão da doença, diagnosticar e tratar precocemente as suas complicações e comorbidades e preparar o paciente com melhores condições para entrada na terapia renal substitutiva – TRS (SBN, 2012).

Vale a pena justificar que neste estudo considera-se necessária a prevenção em todos os níveis da atenção e a qualquer grupo de hipertensos, já estando estes acometidos ou não por complicações da hipertensão, pois o que se busca aqui é verificar se ocorre e como acontece a prevenção da DRC em ambulatorios que atendam ao paciente hipertenso.

Entre outras medidas e estratégias de prevenção para a DRC nos pacientes sob o risco de desenvolvê-la, a “consulta pública nº 16, de 21 de agosto de 2013”, aponta e destaca que: “prevenção é tratar e controlar os fatores de risco modificáveis: diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, doença cardiovascular e tabagismo”, (CONSULTA PÚBLICA nº 16, 2013, p. 8), em conformidade com as normatizações e orientações do Ministério da Saúde.

Prevenção de doença também pode ser definida como: “atividades que protegem as pessoas de adoecer devido a ameaças reais ou potenciais à saúde”. E promoção da saúde, é entendida como “atividades que desenvolvem atitudes e comportamentos humanos para manter ou melhorar o bem-estar”, (POTTER, 2009, p.75).

A escolha pelo estudo do paciente hipertenso se deu, porque como bem sabido a hipertensão é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da DRC, (Marinho, 2011). E a DR é uma patologia de importante incidência e prevalência, na população hipertensa, (SANTOS & MOREIRA, 2012).

A DR pode acometer qualquer indivíduo, em qualquer etapa da sua vida, (BVS, 2012). E pode ser classificada como doença renal aguda (DRA), ocorrendo de forma súbita e rápida com perda da função renal; ou crônica, com perda lenta; progressiva e irreversível da função dos rins, (ROMÃO JUNIOR, 2004).

O Ministério da Saúde considera a pessoa hipertensa quando a pressão arterial é igual ou superior a 14 mmHg por 9 mmHg. E refere como causa da doença o aumento na contração

das paredes das artérias para fazer o sangue circular pelo corpo. O que pode sobrecarregar vários órgãos, tais como: coração, rins e cérebro, (BRASIL, 2013).

Segundo o projeto de atendimento ambulatorial ao paciente hipertenso, desenvolvido por uma Liga de Hipertensão entre as universidades federais de São Paulo e Maranhão:

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atinge cerca de 30% da população brasileira e acarreta elevados custos médicos e socioeconômicos devido às suas complicações (acidente vascular cerebral, doenças coronarianas, insuficiência renal crônica, etc.) que podem ser evitadas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento. (LAHAS, 2012, p.8)

Então, pensando na importância da prevenção da DRC desde seus estágios iniciais, ressalta-se como prioridade de atenção os indivíduos que possuem algum risco para desenvolver a DR, sendo eles: os hipertensos e/ou diabéticos, ou parentes de hipertensos, diabéticos e portadores da DRC que ainda não desenvolveram a doença. (Romão Júnior, 2004).

Assim, destaca-se a importância de se tratar e acompanhar os pacientes hipertensos como potenciais de risco para comprometimentos renais. Além de demonstrar a importância de se pensar em um modelo assistencial que vise aos aspectos preventivos da DRC, uma vez que o diagnóstico e o tratamento precoce das doenças renais possibilitam benefícios a longo prazo e redução de custos (SOUZA & PANDYA, 2014).

Dentre outros itens, o estudo contempla às metas destacadas no VIII Encontro Nacional de Prevenção da DRC, realizado em 2012 que também apontou a necessidade de retardar a progressão da doença; prevenir complicações e modificar comorbidade, (SBN, 2012 A).

Diante de uma multiplicidade de intervenções recomendadas para prevenção secundária da DRC e de diferentes modelos de prestação de cuidados à saúde, com destaques ao atendimento do paciente por equipe interdisciplinar, (Bastos & Kirszejn (2011). Também vale ressaltar que a atuação da equipe de saúde na prevenção primária ainda carece de atenção, pois as políticas neste tipo de prevenção ainda são muito discretas ou inexistentes, (BREGMAN, 2004).

O conceito de equipe interdisciplinar abrange os cuidados prestados à pacientes por uma equipe multidisciplinar, comumente organizada sob direção de um médico, em que cada membro da equipe contribui para a assistência ao paciente com responsabilidades específicas, (BVS, 2013).

A necessidade de atendimento multiprofissional para a DRC pela complexidade da doença, e pelas diferentes facetas apresentadas em seu tratamento, além da necessidade de incorporação de múltiplos campos de conhecimento, pois a doença inclui aspectos relacionados

à condição clínica, nutricional, emocional e de adesão à terapia medicamentosa, (SILVA et al, 2008).

A sociedade médica de nefrologia destaca a falta de comunicação por parte dos profissionais de saúde, revelando que não há, de fato, na nefrologia um “protocolo de atendimento específico para doenças renais a ser adotado pelos médicos, desde a atenção primária.” (AGÊNCIA BRASIL, 2012). E, acreditamos que o enfermeiro como membro da equipe interdisciplinar possa contribuir com o fortalecimento da comunicação ao paciente e entre a equipe que o atende.

Assim como não há um protocolo para os médicos, acredita-se que também não haja um protocolo de enfermagem, fato que pode estar dificultando os processos assistenciais e a sistematização de enfermagem na prevenção da DRC.

Entendendo que a DRC careça de atenção voltada à detecção precoce tanto no país, quanto a nível mundial, este estudo deu especial atenção à prevenção da DRC no modelo assistencial, frente a pacientes hipertensos em ambulatório de universidades federais, no município do Rio de Janeiro. E de forma complementar, em uma instituição internacional de saúde, no Estado do México.

De acordo com dados da SBN (2011A), o México foi um dos primeiros países a colocar a DRC no rol de suas prioridades de saúde, além da hipertensão também constituir um importante problema de saúde naquele país.

Segundo Ortega-Altamiro (2011), o Sistema Nacional de Saúde (SNS) no México, enfrenta necessidades de responder, com efetividade, as mudanças epidemiológicas da população. Entendendo que a efetividade da resposta do SNS as necessidades da população dependam da organização dos serviços de saúde, ou seja, do modelo assistencial utilizado, principalmente no que tange aos recursos humanos e financeiros. O autor destaca que algumas dessas mudanças epidemiológicas se observam em enfermidades como a diabetes Mellitus e a hipertensão arterial, esta que em 2000 foi diagnosticada em 26 milhões de pessoas no México.

No México as enfermidades crônicas, assim como no Brasil, aumentam a demanda e o consumo de serviços tanto ambulatoriais quanto hospitalares, (ALCÁNTARA et al, 2004).

Entretanto é sabido de um modelo assistencial de saúde desenvolvido no México, com vistas à prevenção de complicações da diabetes e que vem alcançando sucesso com as medidas preventivas implementadas. E por este motivo a necessidade de conhecer as estratégias desenvolvidas pelo México, levou à busca de uma aproximação com a realidade do país, através

de um intercambio estudantil, a fim de contribuir de alguma maneira com as medidas preventivas no Brasil e destacar os pontos positivos encontrados no modelo assistencial mexicano.

A importância da busca por dados no México visa ampliar o conhecimento, trocar ideias com outros profissionais de saúde, por meio de colaboração entre cientistas enfermeiras, valendo-se de parcerias saudáveis com respeito de valores de colaboração, com confiança mútua e dignidade, (BREDA & WRIGHT, 2011).

Entretanto, muitos foram os desafios enfrentados ao longo deste processo de pesquisa, principalmente pela pretensão que se teve de realizar esta investigação em dois países, e pelos investimentos que foram requeridos, tais como: domínio de outra língua, dedicação; disponibilidade; financiamento próprio; locomoção; hospedagem; aproximação de culturas; entres outros.

Assim, o tema “prevenção da doença renal crônica” surgiu a partir de vários questionamentos, em especial na assistência do enfermeiro, sobre as formas de articulação e organização de medidas/estratégias/ abordagens à prevenção da DRC e em como este profissional junto à equipe multiprofissional tem trabalhado esta doença, no Brasil e fora do país. Assim, delimitam-se como questões norteadoras:

- Como os ambulatórios que atendem à pacientes hipertensos se organizam em relação à prevenção da doença renal?
- Há enfoques de prevenção da doença renal crônica, em ambulatórios que tratam de pacientes hipertensos, nos diferentes modelos assistenciais?
- Como o enfoque de prevenção da doença renal crônica se mostra nos modelos investigados no controle dos pacientes hipertensos?

Como objeto de estudo, tem-se: modelo assistencial em ambulatório ao controle de saúde de pacientes hipertensos, com enfoque em medidas preventivas da doença renal crônica. E, como objetivo geral:

- Descrever os modelos assistenciais ambulatoriais frente ao controle de saúde ao paciente hipertenso em relação à prevenção da doença renal.

Como objetivos específicos:

- Levantar os modelos assistenciais adotados nos ambulatórios de atendimento ao paciente hipertenso na prevenção ou retardo da doença renal;

- Identificar como o modelo assistencial se desenvolve na estrutura dos serviços ambulatoriais frente ação preventiva da doença renal;
- Discutir intervenções a serem contempladas em um modelo assistencial de enfermagem para prevenção da doença renal em pacientes hipertensos.

### 1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

O estudo justifica-se, pois com base na literatura levantada, a doença renal ainda carece de maiores investigações no que tange ao modelo assistencial de prevenção de complicações, com ênfase desde doenças de base, como a hipertensão.

Já que o tipo de assistência prestada pode influenciar diretamente no desenvolvimento da doença, além de se considerar de extrema importância que o enfermeiro junto a outros profissionais de saúde estejam atentos aos chamados pacientes de risco à DRC.

Com vistas a expandir as possibilidades para atuação do enfermeiro em educação pré-dialise e intensificar medidas preventivas que possam retardar ou mesmo interromperem a progressão da DRC, corroborando com o estudo que preocupa-se em levantar intervenções a serem contempladas em um modelo assistencial de enfermagem para prevenção da doença renal, (BASTOS & KIRSZTAJN, 2011).

A partir da publicação da Portaria GM nº 399, que institui as Diretrizes Operacionais do Pacto Pela Saúde, tornaram-se explícitas as necessidades de responsabilidade e estabelecimento de compromisso de articulação solidária e cooperativa, a fim de trabalhar em torno de prioridades da situação de saúde da população brasileira, (PORTARIA Nº 399/GM, 2006).

Dentre as prioridades de saúde destacam-se, em consonância com os propósitos deste projeto de pesquisa e como focos nacionais e prioritários de atuação: o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, tais como, as doenças cardiovasculares, renovasculares e diabetes mellitus, (BRASIL, 2007).

A DRC, no Brasil, apresenta efeitos sociais e econômicos bastante relevantes, o número de pacientes com problemas renais tem aumentado devido ao avanço de doenças crônicas, sobretudo do diabetes e da hipertensão. De acordo com o Censo, 2013 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), dentre os diagnósticos de base dos pacientes em diálise no país, 35% foram de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 30 % de Diabetes Mellitus (DM). (SBN CENSO, 2013).

Nota-se também, que o número de pacientes com algum acometimento renal no Brasil dobrou na última década e tem aumentado nos últimos anos, sendo o total estimado de pacientes em tratamento dialítico referente a 54.523 em 2003 e 100.397 em 2013, o que demonstra a necessidade de intervenção urgente na DR para que não chegue ou para que seja retardada sua chegada à níveis dialíticos. (SBN CENSO, 2013).

O SUS subsidia mais de 84% dos tratamentos de pacientes que se encontram em uso de terapias renais substitutivas (TRS), ou seja, que estejam em programa crônico de diálise, cerca de mais de 100.397 mil, (SBN CENSO, 2013). Estima-se que seja gasto com a manutenção destes serviços cerca de 10% do orçamento do Ministério da Saúde (MS), o que representa aproximadamente dois bilhões de reais, (SBN, 2011B). Isto demonstra o quão importante é o desenvolvimento de ações corretas e concretas de tratamento e prevenção de agravos da HA.

Diante do alto índice de morbimortalidade no Brasil, ocasionado principalmente por complicações de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), incluindo a HA, entende-se que é necessário o reforço de ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento para o controle das DCNT, que além de representarem fatores de risco para outros agravos, representam um alto custo social e econômico, (MARINHO, 2011).

A DRC apresenta-se como um problema de saúde pública e para contê-la de forma efetiva, é necessária à detecção precoce desta patologia, com atenção à instituição rápida do tratamento conservador, e prevenção da progressão da DRC para níveis dialíticos, (FERRAZ, 2011).

Portanto este trabalho justifica-se na proposta de investigação de como de fato ocorre à detecção precoce e o controle da doença renal em pacientes hipertensos, ou seja, que medidas e estratégias estão sendo utilizadas para controlar a doença renal a partir da hipertensão.

## 1.2 CONTRIBUIÇÕES

A preocupação em investigar as medidas preventivas nos modelos assistenciais em ambulatórios com pacientes hipertensos tem o intuito de contribuir para reflexões e propostas de adiamento da condição crônica do paciente com lesão renal. Entendendo a hipertensão como um fator de potencial risco para o desenvolvimento desta lesão renal. Mas que representa um fator de risco modificável, ou seja, que a partir de intervenções pontuais pode permitir maior vigilância dos profissionais e envolvimento dos pacientes para minimizá-los.

O estudo pode reunir itens importantes sobre os modelos assistenciais, utilizados para o tratamento ambulatorial para melhor subsidiar o atendimento do enfermeiro e demais membros da equipe com ênfase na abordagem multiprofissional ao paciente hipertenso.

O estudo direciona-se primeiramente aos enfermeiros, no sentido de provocar reflexão sobre a prática assistencial de enfermagem na abordagem preventiva aos aspectos renais junto aos pacientes hipertensos, de maneira a situá-los quanto a sua importância e capacidade de contribuir para a diminuição da prevalência e incidência de casos da DRC, mas também aborda questões de interesse para a equipe multiprofissional, no sentido de organização do trabalho. E poderá ainda, suscitar reflexões sobre gestão em saúde, no que tange ao cumprimento de políticas nacionais de saúde no Brasil.

A partir do que já foi exposto, considera-se a investigação sobre o modelo assistencial, um caminho para se pensar a melhoria da assistência de saúde, acreditando que isto poderá subsidiar a prática dos profissionais de saúde de forma abrangente, desde a atenção básica, com destaques que possam auxiliar na prevenção de doenças crônicas; passando pelo tratamento e acompanhamento da hipertensão; até a atenção terciária, com enfoques que possibilitem o adiamento da entrada do paciente na TRS.

O estudo possibilitou ainda a compilação de abordagens preventivas de alguns modelos assistenciais, e levantamento dos principais instrumentos utilizados tanto pela enfermagem, quanto pela equipe multiprofissional, na atenção ao paciente hipertenso, assim como, a identificação de enfoques de prevenção da doença renal, que favorece subsídios para a assistência, o ensino e a pesquisa na área da saúde.

Espera-se que a partir dos apontamentos desta pesquisa possam surgir aspectos que nos permitam entender como os pacientes chegam ao serviço de saúde e como a situação de hipertensão e DR está articulada para propor maneiras de articular as ações e o modelo assistencial no sistema de saúde.

Assim, o estudo vai ao encontro das metas propostas nos programas da especialidade de nefrologia e de produção científica no grupo de pesquisa, ao qual pertencem. Além de oferecer uma proposta de reflexão e análise das variáveis comuns e divergentes em cada modelo assistencial a ser investigado, aprofundamento do conhecimento necessário para ações voltadas para melhorar questões relativas aos problemas levantados.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 DESTAQUES AO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE NO BRASIL

O recorte temporal utilizado para o levantamento das publicações sobre o objeto considera a Portaria nº 1.168/GM, de 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal.

Para busca em base de dados, foram utilizados os seguintes Descritores: Modelo de enfermagem, assistência de enfermagem; Hipertensão; Insuficiência Renal Crônica; prevenção de doenças. E como filtros, foram selecionados: Textos completos disponíveis; em bases de dados LILACS; MEDLINE; SCIELO, nos últimos nove anos, nos idiomas: inglês, espanhol e português; limite - adultos. E, textos completos nos últimos nove anos nas bases de dados: REDALYC e PUBMED.

Após o levantamento em bases de dados e portais de periódicos, foram reunidos alguns conceitos e definições referentes à assistência de enfermagem, assim encontramos em Oliveira (2009), que o modelo assistencial de saúde sofre uma reorientação, que se constitui como característica do processo de construção do SUS.

No Brasil, a Constituição de 1988 define a estratégia de regionalização por meio da organização de redes de atenção como elemento essencial para a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. O texto constitucional define no âmbito da saúde, em todo território nacional, as ações e os serviços. Esses são regionalizados, funcionam integrados e compõe um sistema único.

Na concepção de Brasil (1996) e Paim (1999) existiam dois tipos de modelos assistenciais e também chamados os “tradicionalistas”, que seria o médico-assistencial privatista e sanitarista, e os “modelos alternativos”, que seriam constituídos por novas experiências que tentam superar dificuldades e alcançar, na prática, conquistas constitucionais do final da década de oitenta.

No entanto, no momento atual o próprio Ministério da Saúde (MS) elaborou uma espécie de “modelo alternativo”, intitulado: “Política de Atenção aos Portadores de Doenças Renais” (Portaria GM 1168 – MS, 2004), em resposta a várias demandas para a revisão do modelo de prestação de serviços de TRS do SUS, e institui um Grupo de Trabalho para realizar diagnóstico sobre a situação da DR no Brasil. Isto revela uma forma de ampliar o escopo do problema e também expandir horizontes para discussões.

Ainda sobre a proposta da Portaria nº 1168/GM, 2004, destaca-se o modelo de atenção; o modelo de gestão e o de financiamento e incorporação tecnológica. Sendo o “modelo de atenção” constituído por: organização da rede de atenção; definição de protocolos técnicos e clínicos; humanização da atenção; caracterização dos serviços de referência; o “modelo de gestão”, composto por: formação dos recursos humanos; sistema de Informação; regulação, controle e avaliação; e controle social; e o “financiamento e incorporação tecnológica” centrado nos custos dos procedimentos; na forma de financiamento; política de investimentos; e incorporação tecnológica.

Assim, entende-se que com a instituição da Política de Atenção ao Portador de Doença renal Crônica, há uma demonstração de disposição política do MS de mudar o modelo até então existente no Brasil, “baseado em procedimentos, centrado no alto custo, caracterizado, na gestão pública pela falta de estratégias de integração entre os diversos níveis de atenção.” (PORTARIA Nº 1168/GM, 2004, sem página). Fatores estes que estariam contribuindo para imposição de um modelo de atenção e gestão, com abordagem integral e integrada, com medidas a curto, a médio e em longo prazo. E a busca por mudanças positiva do perfil epidemiológico da DRC no Brasil.

Acredita-se que a mudança desse perfil deva começar com um modelo assistencial que tenha como foco a saúde, a prevenção e a promoção da saúde e que seja capaz de atender, diagnosticar e acompanhar o paciente desde sua doença de base, até suas possíveis complicações, reunindo os profissionais de forma interdisciplinar/multiprofissional e estratégias para evitar complicações e agravos de doenças, e neste sentido entende-se a saúde como um processo.

Segundo Potter (2009, p.2), a prática profissional deve abranger conhecimentos diversos, tais como: os das ciências sociais; comportamentais, biológicas, fisiológicas e das próprias teorias de enfermagem. E para que um modelo assistencial tenha sucesso, este deve levar em consideração a cultura da população assistida.

Pereira (2005) conceitua o modelo assistencial como a organização da produção dos serviços de saúde. Neste sentido concorda-se com o autor, pois se acredita que para formar este tipo de modelo, o profissional passe primeiro pela etapa de rearranjar saberes de sua área de atuação, para então aplicá-los na prática.

As teorias da enfermagem, modelos ou desenhos são frequentemente utilizados como guias por pesquisadores nesta área, mas em contra partida isto não é observado na prática clínica. Chama atenção o fato de que ainda haja predomínio das instituições de saúde em utilizar

o sistema biomédico para avaliação do paciente, em vez de um modelo próprio da enfermagem ou da equipe multiprofissional, (LUNNEY, 2011).

Assim entende-se que a enfermagem enquanto ciência precisa avançar, no sentido de investir para que suas teorias ou modelos sejam valorizadas e utilizadas na prática de enfermagem de forma geral.

Lunney (2011) cita a utilização de um modelo segundo Padrões Funcionais de Saúde (PFS) que segundo a própria autora, tal modelo auxiliaria as enfermeiras na identificação de questões de saúde e doença de importância para prática de enfermagem. O seu estudo contribuiu de maneira importante e clara com a ideia de que “a enfermagem necessita de um modelo para guiar enfermeiras no processo de raciocínio clínico”. Neste sentido concorda-se com a autora, pois se acredita que a enfermagem realmente careça de um modelo próprio de assistência preventiva no atendimento a clientela que apresenta potencial para o desenvolvimento dos desvios renais.

## 2.2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA DOENÇA RENAL NO BRASIL: ENFOQUE NA NECESSIDADE DE PREVENÇÃO.

A DR representa a perda das funções dos rins e pode acometer qualquer indivíduo, em qualquer etapa de sua vida (SCHWARTZ, E. et al, 2009.). Apresenta-se na forma aguda ou crônica. Sendo a forma aguda, uma parada rápida e temporária das funções dos rins e a crônica é a perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais, (SBN, 2014).

Em sua fase mais avançada, chamada de doença renal crônica, para que haja a sobrevivência do paciente, é necessária a realização de terapias de substituição renal, através de métodos dialíticos que irão fazer a filtração do sangue, ou a realização do transplante renal, (JÚNIOR, 2004).

No Brasil, a Doença Renal Crônica (DRC) em estado avançado, encontra-se em progressão e quando diagnosticada, o paciente muitas vezes já está no estágio avançado, sendo seu custo bastante oneroso para órgãos governamentais, (Sesso & GORDON, 2007).

Pena et al (2012) atribuem o diagnóstico tardio à visita tardia ao nefrologista, pois seu estudo revelou que 25,8% dos médicos do nível primário de saúde não encaminhariam pacientes com casos característicos de redução avançada da taxa da função renal, ao serviço especializado de nefrologia. O que sinaliza o risco ocasionado por esta situação em relação à

morbimortalidade e aos custos relacionados às complicações decorrentes de condutas inadequadas.

Sabe-se que a DRC pode ser ocasionada por diversas doenças de base. Dentre as mais comuns estão: a hipertensão arterial e o diabetes Mellitus. A hipertensão arterial é uma importante causa de DR. Em 2013 o Censo da SBN informou que 35% da população em terapia dialítica apresentaram a hipertensão arterial sistêmica como principal diagnóstico de base para o desenvolvimento da DR. O que demonstra a necessidade de voltar à atenção às doenças cardiovasculares, a fim de prevenir complicações renais.

Em relação ao Diabetes Mellitus, que também é uma importante causa de falência dos rins, o diabetes é o diagnóstico de base de 30% da população em terapias renais substitutiva, (SBN, 2013).

### 2.3 SUBSTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL

No estágio avançado, quando o paciente é diagnosticado com Insuficiência renal Crônica comumente há a necessidade de encaminhamento imediato para uma das Terapias Renais Substitutivas (TRS). Geralmente o tratamento é feito por hemodiálise, principalmente em casos de urgência e emergência, mas existem outras formas de diálise, tais como a Diálise Peritoneal Intermitente (DPI) e a Dialise Ambulatorial Continua (DPAC), a Diálise Peritoneal Automatizada (DPA). Em todas essas modalidades é necessário um preparo prévio do paciente com treinamentos e ajustes fisiológicos; há ainda uma quarta opção, o transplante renal, que em caso de doador falecido, pode levar até três anos de espera, (SBN, 2012b).

Sabe-se que há certa escassez de vagas para o tratamento dialítico no SUS, pois a incidência da doença é elevada e considera-se que ainda exista uma parcela significativa da população não diagnosticada. Entretanto o investimento necessário para criar novas vagas de diálise é muito elevado, (CHERCHIGLIA et al, 2006.)

A terapêutica dialítica ganha difusão em 1976, quando o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, através do INAMPS, passa a remunerar os procedimentos de diálise. Assim, o INAMPS teve papel decisivo para expansão das tecnologias dialíticas, o que também contribuiu para “a consolidação de um mercado predominantemente privado de prestação de serviços”, (CHERCHIGLIA et al, 2006).

Segundo o mesmo autor, o primeiro esboço de uma política que considerou a necessidade de uma abordagem integral ao atendimento dos pacientes renais crônicos no âmbito

do SUS, data de 3 de Março de 1994 com a publicação da Portaria 38 do MS, que estabeleceu as Normas do Sistema Integrado de Atenção ao Renal Crônico. E de forma detalhada estas normas tratavam do credenciamento, do funcionamento e dos procedimentos de avaliação de hospitais, serviços de diálise e transplante.

Até meados da década de 90, pouco se sabia sobre a qualidade e a quantidade das terapias renais oferecidas pelo SUS. Entretanto, em 1996, a “Tragédia da Hemodiálise” ou também conhecida como “Tragédia de Caruaru”, trouxe visibilidade para a situação da terapia renal no país, (Batista & Lopes, 2004). A tragédia foi caracterizada por um surto de intoxicação por água contaminada que era usada no tratamento dialítico de pacientes renais crônicos, de uma clínica de Hemodiálise localizada no município de Caruaru, situado no agreste de Pernambuco, onde dos 142 pacientes renais crônicos expostos à toxina microcistina-LR, encontrada na água utilizada para o tratamento dialítico, aproximadamente 50% foram a óbito, (CÂMARA, 2009).

O ocorrido explicitou a necessidade urgente de estabelecimento de uma política de regulação para o setor, desencadeando iniciativas para autorização de procedimentos de alto custo na alta complexidade e dependência tecnológica (CHERCHIGLIA et al, 2006), além de despertar o interesse de investigações na área de diálise, principalmente pela mídia e pesquisadores, até os dias atuais.

Em 2002, o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho encarregado de diagnosticar a situação da DRC no Brasil. Assim iniciou-se um processo gradativo de formulação de uma política regulatória, resultando na instituição da política nacional de atenção ao portador de DRC em 15 de julho de 2004, através da Portaria n.º 1168 instituída pelo MS.

#### 2.4 PRINCIPAIS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA QUE INTERVÊM NA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL, NO BRASIL A PARTIR DE 2004.

O levantamento realizado na Biblioteca Virtual em Saúde permitiu a identificação das políticas que apresentaram intervenções diretas e indiretas na DR, apontadas a seguir:

- Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal - Portaria MS/GM n° 1168, de 15/6/2004;
- Política Nacional de Atenção Básica: Portaria MS/GM n° 648, de 28/3/2006 – Não trata diretamente da prevenção da DR, mas aborda de maneira geral medidas que podem contribuir para isto;

- Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008.

Embora não tenham sido identificados na BVS, cabe destacar:

As “Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência” – Série Pacto pela Saúde, MS. Vol. 8. 2006, e

- O “Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011 – 2022”.

Também foram identificados, enquanto desdobramentos políticos que se relacionam com as possibilidades de intervenção na DRC:

- Portaria nº 432 de 06 de junho de 2006;
- Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013 - Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Consulta Pública Nº 16, de 21 de Agosto de 2013.

Estes desdobramentos políticos foram encontrados a partir de leitura realizadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) sobre políticas de saúde e serão apresentados os aspectos gerais de cada política identificada.

## 2.5 ASPECTOS GERAIS IDENTIFICADOS NAS POLÍTICAS

### 2.5.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL - PORTARIA MS/GM Nº 1168, DE 15/6/2004

Apesar da DRC ser um problema de saúde pública antigo no Brasil, a formulação de uma política nacional de atenção ao portador de DRC data de período bastante recente. Em 2004, o Ministério da saúde instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica, por meio da Portaria no 1168/GM, que levou em consideração a importância epidemiológica das doenças renais e da insuficiência renal crônica; bem como sua magnitude social e econômica; as consequências em função de morbidade; a elevada prevalência de patologias de base que podem levar à doença renal; as condições de acesso da população às terapias renais substitutivas.

Destaca-se, principalmente que a Portaria MS/GM nº 1168 de 15/6/2004, “considerou a possibilidade de êxito de intervenção na história natural da doença renal por meio de promoção

e prevenção, em todos os níveis de atenção. ” Além de ter estabelecido um novo regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise - RDC nº 154/2004 23, (BRASIL, 2004).

Antes dessa regulamentação, a problemática da DRC era tratada de forma pontual, em uma legislação fragmentada em portarias e por meio de procedimentos ofertados pelo sistema previdenciário, (CHERCHIGLIA et al, 2006). A regulamentação apontou uma política pública e institucional, de caráter universal dentro dos preceitos do SUS.

Com a criação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, foram definidas uma série de medidas a serem desenvolvidas em todos os níveis de atenção e ações de prevenção e tratamento da doença renal. E neste sentido representou uma proposta de mudança do modelo de prestação de serviço de terapia renal substitutiva (TRS) do Sistema Único de Saúde. Pois o modelo até então vigente tinha por base a realização de procedimentos com foco no alto custo, e na falta de estratégias de integração entre os diversos níveis de atenção, (BRASIL, 2004).

Com a implantação de tal política foram propostas mudanças que caracterizariam um novo modelo, baseado na atenção e gestão da saúde, com abordagem integral e integrada com medidas de curto, médio e longo prazo. E foi constituída a partir de componentes fundamentais na atenção básica; na média complexidade e na alta complexidade, (BRASIL, 2004).

Destacam-se como aspectos relevantes previstos pela política nacional do portador da doença renal crônica, em 2004: a integralidade no cuidado das doenças crônicas não transmissíveis, com a introdução das linhas de cuidado integral incluindo prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. Tal proposta de linha de cuidado prevê que o usuário do sistema tenha um acompanhamento contínuo, articulado e integrado aos vários níveis de atenção à saúde, o que demonstra um aspecto bastante positivo desta política.

#### 2.5.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: PORTARIA MS/GM Nº 648, DE 28/3/2006

A Portaria MS/GM Nº 648, 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em seus aspectos gerais a Política Nacional de Atenção Básica prevê a prevenção de agravos. Considera o sujeito em sua singularidade, na sua complexidade, na integralidade e na

inserção sociocultural, e dentre outras coisas busca a prevenção e o tratamento de doenças, bem como a redução de danos ou sofrimentos, (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

### 2.5.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA, 2008.

No que diz respeito às doenças crônicas, por apresentarem uma alta probabilidade de gerar incapacidades, elas não se configuram como objeto da política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência na sua prevenção primária, pois se considera que as doenças crônicas já estão sendo contempladas em políticas específicas.

Entretanto, “as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, a insuficiência coronária, [...] doenças metabólicas (como as diabetes mellitus e as nefropatias), [...] constituem campo de intervenção desta política a partir de desvantagens e incapacidades (grifo nosso) delas decorrentes”, (BRASIL, 2008).

Esta Política Nacional, instrumento que orienta as ações do setor Saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito fixado pelo Decreto n.º 3.298/99, que considera “deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura e/ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere apesar de novos tratamentos; e incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida”, (BRASIL, 2008).

Percebe-se, que a DRC é um tipo de doença que causa incapacidades e desvantagens tanto a nível fisiológico e anatômico, pois o paciente precisa passar por uma série de adaptações internas e até externas em seu corpo, por exemplo, com a confecção de uma fístula artéria venosa para a realização das terapias dialíticas, ou a implantação de cateteres, além das diversas modificações fisiológicas que seu corpo sofre com a doença renal. Então, mesmo não sendo

tratada de forma específica, nesta política, as nefropatias têm uma abordagem pontual, e também bastante esclarecedora sobre sua condição especial, onde são dados os devidos destaques as necessidades de intervenção as pessoas portadoras de deficiência.

De acordo com esta política, as Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) constituem a segunda principal causa de deficiência. E, o aumento da expectativa de vida da população brasileira nas últimas décadas tem possibilitado que as causas das deficiências estejam cada vez mais relacionadas a males crônico-degenerativos, como a hipertensão arterial, a diabetes [...], (BRASIL, 2008).

## 2.6 ASPECTOS DE PREVENÇÃO IDENTIFICADOS NAS POLÍTICAS

### 2.6.1 PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO IDENTIFICADAS NAS POLÍTICAS

Dentre outras medidas a Política de Atenção ao Portador de Doença Renal (Port. 1168/2004) permite o desenvolvimento de estratégias de prevenção de danos, a fim de proteger e desenvolver a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; e a organização de uma linha de cuidados integrais que além da prevenção, também prevê a promoção, o tratamento e a recuperação em todos os níveis de atenção, (Art.2º § I e II).

Esta política permite também, a identificação de determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à DR. (Art.2º § III); a ampliação “da cobertura aos portadores de hipertensão arterial e diabetes Mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil”, (Art. 2º § VI).

O Art. 3º da Portaria 1168/2004 dispõe que esta política deve ser instituída a partir de componentes fundamentais, a saber, destacam-se: No § I - Atenção básica, que deve estar voltada para promoção da saúde e prevenção de danos, assim como o controle clínico da hipertensão e do diabetes; no § II – Média complexidade, com foco na referência e contra referência do paciente hipertenso e diabetes Mellitus e doenças renais.

Em relação à alta complexidade, não foram observadas possibilidades de medidas de cunho preventivo, mas notou-se abordagem em relação à garantia do acesso e a qualidade do processo de diálise. Contudo acredita-se que para ocorrer tal garantia de “acesso” e “qualidade”, sejam necessárias medidas de articulação, prevenção e acompanhamento profissional

especializado destes pacientes, em risco de desenvolver a DR, desde a atenção básica de forma articulada entre atenção primária e secundária, especialistas em nefrologia.

No § IV, fica clara a proposta de um plano de prevenção e tratamento das doenças renais, em integração com os planos municipais de saúde, de desenvolvimento Regionais dos Estados e do Distrito Federal.

No § VIII, a política aponta para definição de protocolos de condutas em todos os níveis de atenção.

A Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 648/2006) embora não trate diretamente da prevenção da doença renal, aborda de maneira geral medidas que podem contribuir para esta finalidade.

“Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional [...] o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, [...] e a promoção da saúde”, (BRASIL, 2006a).

A atenção básica utiliza-se de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, a fim de resolução dos problemas de saúde de maior frequência e relevância no território. Desta forma considerando que a doença renal crônica possui importante incidência e prevalência na população brasileira, espera-se que a atenção básica utilize-se destas tecnologias para o enfrentamento do atual desafio de contenção da DRC.

A efetivação da integralidade de ações programáticas e de demanda espontânea; constitui um fundamento da atenção básica, bem como a “articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços”, (BRASIL, 2006)

De acordo com o § V, são atribuições de todos os profissionais da Estratégia de Saúde da família (EFS): “garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde”. E em particular, a prevenção constitui também atribuição específica de cada profissional de saúde atuante na atenção básica de saúde.

Já a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, em relação às medidas preventivas, aponta “ações de natureza informativa e educativa dirigidas à população, [...] à detecção precoce de deficiências, bem como de conscientização e formação de recursos

humanos qualificados para a prestação de uma atenção eficiente em tal contexto”, (BRASIL, 2008).

Destaca a necessidade de promoção de “processos educativos” e campanhas de “comunicação social” que estimulem e esclareçam à população quanto à adoção de estilos de vida saudáveis.

Adota medidas de “ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação”, com vistas ao provimento oportuno de “informações para a tomada de decisões quanto à adoção das medidas preventivas e à organização dos serviços especializados (grifo nosso) de assistência reabilitadora. [...]”, (BRASIL, 2008).

Em relação à organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência algumas observações devem ser destacadas.

A atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência comportará a organização das ações e dos serviços em pelo menos três níveis de complexidade, interdependentes e complementares: (1) atenção básica; (2) atenção ambulatorial especializada; e (3) atenção ambulatorial e hospitalar especializada. No nível de atenção básica, os serviços deverão estar qualificados para desenvolver: ações de prevenção primária e secundária – como, por exemplo, [...] detecção precoce de fatores de riscos – como controle da hipertensão arterial [...], bem como o atendimento às intercorrências gerais de saúde da população portadora de deficiência, (BRASIL, 2008).

Neste sentido, acredita-se que a política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência contribui para aspectos relevantes que favorecem a intervenção precoce e atenciosa à população com incapacidades da função renal.

## 2.7 DESDOBRAMENTOS POLÍTICOS

Em consideração à portaria 1168/GM de 15 de Junho de 2004, que instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, foi criada a portaria nº 432 de 06 de junho de 2006, que determinou que as Secretarias de Estado da Saúde adotassem as providências necessárias para organizar e implantar as Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia na alta complexidade. E em seu Art. 3º estabeleceu critérios a serem detalhados nos Planos Estaduais e Municipais de Prevenção e Tratamento das Doenças Renais.

A portaria nº 432 de 06 de junho de 2006, estabeleceu as diversas necessidades na área da nefrologia, relacionadas à regulamentação da atenção ao portador de doença renal na alta

complexidade; aos Serviços de Nefrologia e os Centros de Referência em Nefrologia, às unidades de prestação da atenção ao portador de doença renal; aos critérios para o credenciamento de unidades de atenção; ao auxílio a gestores no controle e avaliação da atenção ao portador de doença renal, e a necessidade de atualização dos regulamentos dos Serviços de Nefrologia, (BRASIL, 2006).

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou na série “Pacto pela saúde”, as “Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, com enfoque na Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência”.

A partir de indicadores e da publicação da Portaria GM nº 399/2006, instituiu-se as Diretrizes Operacionais do Pacto Pela Saúde, e tornaram-se explícitas as necessidades de responsabilidades e estabelecimento de compromisso de articulação solidária e cooperativa a fim de trabalhar em torno de prioridades da situação de saúde da população brasileira, (BRASIL, 2006).

Dentre as prioridades de saúde destacam-se, em consonância com os propósitos desta pesquisa e como focos nacionais e prioritários de atuação de políticas nacionais: o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, tais como, as doenças cardiovasculares, renovasculares e diabetes mellitus, (BRASIL - MS, 2007).

Assim, diante do alto índice de morbimortalidade no país, ocasionado principalmente por complicações de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entende-se que é necessário o reforço de ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento para o controle das DCNT, que além de representarem fatores de risco para outros agravos, também representam um alto custo social e econômico, (MARINHO, 2011).

No Brasil, em 2011, o Ministério da Saúde lança o “Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ”, com período de implementação entre 2011-2022, ou seja, é um plano que está em plena vigência e que, portanto, merece destaque.

O Plano cita dentre as doenças crônicas não transmissíveis o “acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.” E tem o objetivo de preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estas que, no país, constituem um importante problema de saúde, e possui magnitude correspondente a 70% das causas de morte.

O Plano apresenta diversas ações que visam à promoção da saúde, à prevenção e ao controle dessas doenças. E em relação à doença renal destaca-se as medidas preventivas apresentadas em relação à hipertensão arterial sistêmica, por estar associada a outras condições crônicas, tais como doença renal crônica e diabetes.

São apontadas, no plano, a perda da qualidade de vida e a letalidade precoce ocasionada por estas doenças. Define-se que o manejo adequado da hipertensão arterial, de caráter prioritário, requer ações articuladas nos três eixos: a vigilância da hipertensão, das comorbidades e de seus determinantes; a integralidade do cuidado; e a promoção da saúde.

O plano considera que as doenças renais crônicas, poderão ser amplamente beneficiadas no manejo da hipertensão arterial, do diabetes, bem como com a redução do consumo de sal. E, aponta a importância de se destacar que “a melhora do sistema de saúde, com ênfase na qualidade da Atenção Primária em Saúde com investimentos na educação continuada de recursos humanos, na atenção farmacêutica e em outras áreas estratégicas, resultará em melhora do manejo para o conjunto das DCNT”, (BRASIL, 2011-2022).

Em 2013 a portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2013). Esta portaria foi criada em consideração as diversas demandas de saúde identificadas em portarias, diretrizes e planos anteriores a esta e principalmente devido à necessidade de reorganização da atenção à saúde da pessoa com doenças crônicas, de forma a promover a integralidade, o planejamento e a organização da atenção em saúde. E em seu Art. 2º define doenças crônicas como aquelas “doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta”.

Destaca-se a consideração feita no Art. 3º desta portaria, pois trata especialmente da finalidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, que deve ser realizada a “atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde”, (BRASIL, 2011).

E para isto são expostos princípios e diretrizes, em função da organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a saber:

“I - acesso e acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção; II - humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde; III - respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais; IV - modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes

multiprofissionais; V - articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção; VI - atuação territorial, com definição e organização da rede nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; VII - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção; VIII - articulação Inter federativa entre os diversos gestores de saúde, mediante atuação solidária, responsável e compartilhada; IX - participação e controle social dos usuários sobre os serviços; X - autonomia dos usuários do SUS, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado; XI - equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde; XII - formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e XIII - regulação articulada entre todos os componentes da rede com garantia da equidade e integralidade do cuidado (grifos nosso).” (BRASIL, 2011, sem página)

Espera-se que a implementação desta portaria de “Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas” possa fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, de modo a qualificar a atenção integral às pessoas com doenças crônicas e possibilitar a ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

### 2.7.1 CONSULTA PÚBLICA Nº 16, DE 21 DE AGOSTO DE 2013

Em 2013 é instituída a consulta pública nº 16, de 21 de Agosto, que trata das “Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC no Sistema único de Saúde (SUS)”. Dentre as diretrizes destaca-se a divisão da DRC em cinco estágios (1, 2, 3-a, 3-b, 4, 5-ND e 5-D) a serem tratados de acordo com seu manejo clínico e taxas de filtração glomerular.

Em conformidade com estas diretrizes clínicas: a doença renal do estágio 1 ao estágio 3-b deverá ter acompanhamento do paciente realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), respeitando as recomendações do ministério da saúde, afim de realizar tratamento de fatores de risco modificáveis para progressão da DRC e doença cardiovascular.

Nos estágios 4 e 5-ND (não dialítico), o acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pela equipe multiprofissional composta de no mínimo os seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, nas unidades de atenção especializadas em DRC, mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

E no estágio 5-D (Dialítico), o acompanhamento desses indivíduos em procedimento dialítico deverá ser realizado nas unidades de atenção especializadas em DRC, pelo nefrologista e equipe multiprofissional desse serviço, mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde

(UBS). Sabe-se que ações de promoção de saúde; vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, são funções do sistema de saúde brasileiro, (PAIM et al, 2011).

## 2.7.2 INTERVENÇÕES DE POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL: SUFICIENTES OU INSUFICIENTES EM RELAÇÃO ÀS DEMANDAS DA POPULAÇÃO?

Reafirma-se que “a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo marcada por muitos avanços; entretanto, ainda existem desafios a serem superados para que os seus princípios e as suas diretrizes de fato se concretizem”, (REHEM et al, 2011). Acrescenta-se que as políticas de saúde, da forma como se constituem em âmbito nacional, representam um avanço significativo em relação às formas de se pensar as intervenções com foco nas necessidades da população.

Percebe-se um avanço em relação às políticas de saúde, pois na medida do possível preveem a abordagem integral e integrada às situações não só de doença, mas às situações de saúde, observaram-se medidas diretas e indiretas de atuação para prevenção de danos e incentivo a qualidade de vida.

Entretanto, ao se analisar os censos da SBN ano a ano, percebe-se um aumento na incidência e na prevalência da DRC no país. Portanto, acredita-se que as medidas propostas pelas políticas de saúde, ainda estão em fase de aprimoramento e implementação prática, e que isto esteja se refletindo na dificuldade de enfrentamento da doença renal enquanto problema de saúde pública.

Dificuldade esta que também pode estar atribuída à maneira como o sistema está atualmente organizado, pois embora as políticas apontem a necessidade de atuação em rede, o que ainda se percebe é uma atuação pautada em níveis de atenção desarticulados e desalinhados em suas formas de atuação.

No § VIII, da política nacional de atenção ao portador de doença renal, é apontada a necessidade de definição de protocolos de condutas em todos os níveis de atenção. E neste sentido, considera-se um ponto de extrema importância e que talvez seja hoje o maior nó que a intervenção na doença possa enfrentar, devido à dificuldade de comunicação entre os setores e os níveis de atenção em saúde.

Embora a Política Nacional de Atenção Básica coloque como atribuição de todos os profissionais de saúde a garantia da integralidade da atenção, destacando a prevenção de

agravos, o estudo de Pena (2012) revela que ainda há uma lacuna entre os níveis de atenção primário e secundário, devido ao arranjo dos serviços de saúde ainda não estarem modificados em sua matriz original fragmentada, pois o acesso ao usuário ainda possui obstáculos capazes de comprometerem a integralidade da assistência.

Ainda de acordo com o estudo de Pena (2012), mesmo que os pacientes apresentassem casos característicos de redução avançada da taxa de filtração glomerular (TFG), um marcador importante da perda da função renal, 25,8% dos médicos do nível primário da saúde não solicitariam uma avaliação do nefrologista. Isto demonstra não só um despreparo em relação ao tratamento e encaminhamento da doença renal, como também demonstra uma desarticulação entre os níveis primário e secundário de saúde.

Acredita-se na existência de uma desarticulação entre a atenção básica e a atenção especializada de saúde, uma vez que o curso da DRC é frequentemente assintomático, até que a doença atinja seu estágio avançado, e quando o paciente não sofre uma intervenção precoce, isto resulta em que o paciente só busque cuidados quando já apresenta uma ou mais complicações da doença e/ou comorbidades, (Sesso & Gordon, 2007). Apontando para uma baixa atuação de profissionais nestas intervenções precoces, ou até mesmo um despreparo para lidar com a situação e intervir antes das complicações já estarem instaladas.

A atenção primária à saúde (APS), ao cumprir o seu papel em garantir o acesso da população ao SUS, deveria ser a primeira escolha da população para resolução de problemas de saúde. Mas, quando a APS não cumpri seu papel de ordenação de fluxos e contra fluxos, há um aumento nos serviços de internação hospitalar, (REHEM et al, 2011). Destacando que há necessidade de a atenção à saúde estar articulada em redes de atenção.

Desta forma, considera-se que ainda que as intervenções sejam pensadas de maneira adequada, de nada adiantarão se não forem implementadas de forma articulada e organizada, com garantia ao acesso horizontal, em redes interligadas que possibilitem o atendimento integral com foco no indivíduo e não apenas em sua doença.

Acredita-se, portanto, em intervenções que ampliem as possibilidades de acesso ao sistema de saúde, ao invés de sistemas verticalizados, divididos em níveis de complexidade incapazes de suprir a real demanda da população, mas como vem sendo apontado nas políticas estudadas se aposta nas intervenções de articulação em redes regionalizadas e integradas a todos os níveis de atenção, pois se acredita que estas intervenções de nada adiantarão se não considerarem as reais necessidades da população.

### 3 PROPOSTA METODOLÓGICA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, (Pereira, 2005); exploratório com abordagem qualitativa, em que foram descritas as particularidades de uma população e as variáveis de interesse, envolvendo técnicas definidas para coleta de dados, tal como a observação sistemática não participante, (SILVA & MENEZES, 2001).

Entretanto, ao desenrolar da pesquisa buscou-se uma aproximação com o método da etnografia, com intuito de melhor entender o fenômeno estudado, considerando a observação direta dos comportamentos sociais em seu contexto de trabalho, uma vez que foi necessário compreender os atores envolvidos no estudo de forma alternada. Embora inicialmente não se tenha planejado uma “observação participante”, durante o percurso da coleta de dados foi possível manter uma aproximação com os cenários de pesquisas e os participantes, proporcionando a busca pelo entendimento das realidades vivenciadas, afim de explicar e descrever cada modelo assistencial pesquisado.

Segundo BVS-DeSC em saúde (2015), a etnografia, também conhecida como “antropologia cultural”, “consiste no estudo cultural que caracteriza as atividades sociais aprendidas, compartilhadas e transmitidas de um grupo étnico em particular com foco nas causas, consequências e complexidade da variabilidade humana e cultural”.

Para LEININGER (1985), a etnografia, no seu sentido mais amplo, pode ser definida como um processo sistemático de observar, detalhar, descrever, documentar e analisar o estilo de vida ou padrões específicos de uma cultura.

A etnografia ainda não possui uma representação bem definida, e pode ser entendida como uma área especial dentro da Sociologia, uma metodologia ou uma escola, mas é provável que seja um pouco de cada um destes. E de forma geral a Etnografia permite estudar o homem em sua cultura (BARROSO & SOUSA, 2008).

O método etnográfico admite que é improvável que a realidade seja totalmente apreendida; mas considera como princípio a busca exaustiva do conhecimento através da interação entre o discurso e o comportamento das pessoas, bem como as observações do pesquisador sobre cada detalhe do ambiente pesquisado (BARROSO & SOUSA, 2008).

O trabalho etnográfico requer do pesquisador certas habilidades e sensibilidade. Uma vez inserido no campo, deve ser capaz de observar e descrever minuciosamente tudo que puder através de seus sentidos (BARROSO & SOUSA, 2008).

Aspectos relacionados à saúde, à doença e às formas de reagir ao processo de aculturação, que inclui a perspectiva do sistema de saúde, são possíveis de serem contemplados pelas pesquisas etnográficas. A própria realidade profissional da enfermagem pode ser examinada por este tipo de investigação.

Assim, optou-se por um ensaio etnográfico voltado para o estudo comportamental (o que as pessoas fazem), focalizando padrões observáveis de comportamento dos membros de um determinado grupo social, equipe multiprofissional, em ambulatórios em que o paciente hipertenso fosse assistido clinicamente.

Na parte exploratória, foram considerados os limites da realidade específica dos modelos assistenciais que prestam assistência ao paciente hipertenso, apontando nos modelos os itens de aproximação e distanciamento entre eles; bem como a descrição da organização e articulação dos recursos disponíveis, sem perder de vista as possibilidades e as limitações para efetividade nas ações preventivas da doença renal à pacientes hipertensos.

Vale ressaltar que este estudo não tem pretensão de submeter os dados coletados à análise comparada, nem de julgar os modelos como certos ou errados, mas sim de analisar as variáveis comuns e divergentes encontradas, tendo por eixo central as atividades preventivas realizadas pela equipe de saúde no ambulatório ao paciente hipertenso, principalmente no sentido de valorizar aquilo que cada modelo tem de melhor em relação à assistência prestada.

### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO E RECORTE TEMPORAL

Dados epidemiológicos (DATASUS, 2011) revelam que o Rio de Janeiro (RJ) é o município do Estado, que possui maior número de mortes por DRC. Portanto, este município consistiu principal local de escolha para investigação do modelo assistencial em ambulatórios com o paciente hipertenso. E portanto, além dos motivos já apresentados, os ambulatórios em Hospitais Universitários do município do RJ, foram escolhidos também por se tratarem de centros de referência para o ensino e a pesquisa.

Somando-se aos ambulatórios no RJ, incluiu-se uma instituição mexicana, onde foi desenvolvido intercâmbio estudantil (Brasil-México). Destacando como valiosa a

oportunidade na busca por dados novos; com rompimentos de fronteiras e investimentos por melhores formas de cuidado preventivo.

Sabe-se que Brasil tomou, em 2011, a iniciativa de países como EUA e México para solicitar, por meio da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) e da Sociedade Internacional de Nefrologia, ao Ministro da Saúde (MS) que a semelhança do que ocorreu em outros países como o México e EUA, que a DRC fosse também considerada no Brasil no rol de prioridades do MS, (SBN, 2011, OF/PRE/0455/2011).

Considerou-se importante e à busca por informações mais detalhadas sobre a organização do modelo assistencial no México, e isto só foi possível mediante pesquisa e busca ativa, indo ao local e observando, conversando com os profissionais e aprendendo um pouco mais sobre o modo de organização e articulação dos recursos disponíveis, para então trazê-los ao Brasil, com finalidade de contribuição para medidas preventivas da DRC entre os países.

O recorte temporal pretendido para a observação e coleta de dados foi planejado em dois momentos: primeiro e por questões de viabilidade de uma tutoria de pesquisa, o estudo aconteceu em uma instituição de ensino no México, onde ocorreu intercâmbio estudantil com período de três meses, de março a junho de 2014, depois ocorreu nos hospitais universitários do Município do RJ, no período de duas semanas em cada instituição, com carga horária máxima de 40h, de segunda a sexta-feira conforme preconizado em modelo de visita técnica do “Programa de ensino/curso – visita técnica”, (INCA-MS, 2013). Ressalta-se que esta etapa da pesquisa só foi realizada mediante autorização das instituições e após aprovação por apreciação dos membros do comitê de ética em pesquisa.

Permaneceu-se nos cenários até que as concepções, explicações e sentidos, atribuídos pelos participantes começaram a ter uma regularidade de apresentação, (DESLANDES in MINAYO, 2011).

### 3.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Para coleta dos dados foi empregada à entrevista semiestrutura (Apêndice 3) gravada em aparelho de mp4, após consentimento do participante da pesquisa. De forma complementar foi realizada observação (Apêndice 4) com registro sistematizado e não participante.

A observação possibilita a identificação de determinados aspectos da realidade a partir dos sentidos, não apenas consistindo em ver ou ouvir, mas em examinar o fenômeno estudado, (Lakatos & Marconi, 2010). Segundo Nightingale (1989) o costume de fazer estimativas e a

falta de hábito de observar as situações podem ser muitas vezes enganosos. Portanto, considerou-se a observação necessária para confirmar, reafirmar e analisar os dados já coletados pela entrevista.

No momento da entrevista foi preconizada a escolha de um lugar neutro, sem ruídos externos com objetivo de não prejudicar a entrevista, e foi realizada individualmente, em horário pertinente, agendada previamente; e ocorreu durante a jornada de trabalho do profissional atuante no ambulatório de atendimento ao paciente hipertenso.

### 3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes foram os profissionais de nível superior atuantes no ambulatório de atendimento ao paciente hipertenso, em especial buscou-se entrevista com o enfermeiro (a), mas também foi valorizada a entrevista com outros membros da equipe de saúde que atuavam junto ao paciente hipertenso, tais como o médico; o nutricionista; o psicólogo e o assistente social, mantendo-se o anonimato dos participantes.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão dos participantes da pesquisa: Atuar no mínimo seis meses no ambulatório de atendimento ao paciente hipertenso; possuir função gerencial ou assistencial no ambulatório de atendimento ao paciente hipertenso. E como critérios de exclusão dos profissionais: Não estar presente no cenário de pesquisa, no período estabelecido para visita, por motivo de licença; férias; ou afastamento.

Considerando que toda pesquisa possa oferecer potenciais riscos. Esta pesquisa ofereceu aos participantes riscos de natureza psicológica na realização da entrevista, tais como: desconforto ou incômodo com as indagações que foram realizadas, ou ainda constrangimento durante a entrevista ou observação. Estes riscos foram minimizados com a execução segura da técnica, através do requerimento de um roteiro de entrevista que direcionou a coleta de dados.

Nos casos possíveis em que o participante poderia ter se sentido constrangido em relação à entrevista estava prevista utilização de método alternativo para coleta das informações, como o registro dos depoimentos por escrito ou ainda a opção do participante interromper a gravação a qualquer momento, mesmo depois de iniciada a entrevista. O benefício relacionado à participação consistiu em contribuir para o conhecimento científico na área de enfermagem em Nefrologia e para saúde de forma geral.

### 3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise foi guiada de acordo com o que é preconizado pela política de prevenção em saúde pública no Brasil. Bem como, na discussão com diversos autores expertises na área de nefrologia e assistência em Enfermagem.

Os dados foram analisados conforme análise temática proposta por Bardin (2009), organizando-os por categorias, com base em formação de núcleos de sentido cuja presença e frequência representaram significado para o objetivo analítico visado, respeitou-se as etapas de pré-análise, exploração dos materiais e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. As instituições foram identificadas por siglas e letra aleatórias e os participantes por nomes de flores, escolhidos por eles mesmos.

Na análise descritiva do processo de assistência ambulatorial aos pacientes hipertensos, foram considerados vários aspectos em relação ao modelo de assistência, tais como: aspectos gerais de cada unidade (política da unidade e características do atendimento e as principais tecnologias do cuidado: sistemas de trabalho; tipos de usuário; tipos de patologia); infraestrutura física e equipamentos; capital humano; e as atividades preventivas desenvolvidas em cada unidade.

A partir das entrevistas, formaram-se categorias originadas por núcleos de sentidos, selecionados das questões que obtiveram respostas mais expressivas e que demonstraram maior relevância para o presente estudo. Desta forma, de um total de dezessete questões foram selecionadas oito delas para aprofundar a análise, a saber, as de número 4; 5; 6; 9 ;10; 15-16 e 17 (Apêndice 3). Com essas foi possível retratar bem a estrutura principal dos modelos de saúde investigados, uma vez que permitiu traçar um panorama geral das representações feitas pelos profissionais de cada unidade de saúde. E revelou que cada profissional reconhece e se articula no próprio modelo de trabalho no qual está inserido. Esclareceu a forma como estão estruturadas e organizadas as unidades de saúde.

A partir das entrevistas com cada profissional, realizou-se o agrupamento das respostas de acordo com a instituição investigada, ou seja, no México foram entrevistados no total oito profissionais e as respostas dos oito foram agrupadas por categorias, o mesmo foi feito com as outras três instituições brasileiras, respeitando-se sempre o critério de destacar núcleos de sentidos apresentados nas respostas e agrupá-los nas respectivas categorias formadas por núcleos de sentido das perguntas, permitindo a associação dos núcleos das respostas ao que estava sendo perguntado, dando aos dados uma maior visibilidade e possibilitando uma

caracterização da representatividade de cada modelo de saúde, segundo o ponto de vista dos profissionais.

As categorias formadas foram as seguintes: “Política”; ” Profissionais”; “Prevenção da DR”; “Situações clínicas”; “Atuação do enfermeiro”; “Mapeamento de risco”. Acredita-se que o agrupamento destas categorias já consiga responder aos objetivos traçados. Entretanto destaca-se que as demais perguntas contidas no questionário e feitas no decorrer das entrevistas juntamente com as observações feitas e as anotações realizadas em diário de campo foram fundamentais para dar o entendimento geral dos modelos ambulatoriais investigados e principalmente para descrevê-los enquanto sistemas organizacionais.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas, enquanto cenários de estudo, por se tratar de pesquisa realizada com seres humanos. Após a aprovação do Comitê, número do protocolo 25777613.3.0000.5238, através da qual na etapa de coleta de dados, os participantes da pesquisa foram informados quanto aos objetivos da mesma, sua forma de participação e foi entregue a cada um o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura, conforme as normas preconizadas na Resolução do CNS 466/2012, RESOLUÇÃO nº 466, 2012, (Apêndice 2).

O estudo foi realizado no período de dois anos a partir de Agosto de 2013, conforme descrito em cronograma (Apêndice 1). O plano orçamentário aponta o investimento financeiro na produção da dissertação, na elaboração do relatório final e disseminação da produção (Apêndice 5).

## **4 RESULTADOS, APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.**

Os resultados estão apresentados seguindo a tentativa de resposta aos objetivos da pesquisa, iniciando-se pela análise descritiva dos modelos encontrados e após com apresentação dos dados em quadro, seguido da análise e discussão dos resultados encontrados nas entrevistas.

### **4.1 DESCRIÇÕES DOS MODELOS ASSISTENCIAIS**

Para descrição de cada unidade de saúde onde a coleta de dados desta pesquisa foi realizada, utilizou-se o método de observação não participante, com anotações em diário de campo. Que foram confrontados com as entrevistas e com materiais oficiais, quando estes puderam ser disponibilizados, e também se buscou por materiais de acesso livre na internet (nos sites de cada instituição) que pudessem contribuir para melhor descrever cada unidade.

No total foram investigados quatro modelos de saúde, sendo três no Brasil e um no México, que serão apresentados a seguir:

- UNIDADE A (MÉXICO) – Aspectos gerais.

O modelo de saúde estudado no México consiste em um módulo que presta cuidados de prevenção e atenção integral à diabetes, e embora este modelo não seja especificamente de hipertensão, considerou-o uma importante fonte para coleta de dados da pesquisa, pois muitos dos pacientes diabéticos também são hipertensos, e a diabetes assim como a hipertensão representa uma das principais doenças de base que oferecem riscos para o desenvolvimento da doença renal.

Verificou-se que a diabetes constitui um desafio crescente e transcendente para a instituição, uma vez que a doença é a principal causa de morte no país; devido a suas complicações se situarem entre os cinco motivos de hospitalização de maior custo e mortalidade. Sabe-se que a diabetes é atualmente a principal causa de cegueira, amputação não traumática de membros inferiores e falência renal em todo o mundo; é a primeira causa de pensão por invalidez (14,7%) com uma relação homem mulher de 6 para 1; contribui de maneira importante para a mortalidade por causa cardiovascular, segunda causa de morte no México, (IMSS, 2009).

Além de ser uma doença com múltiplos fatores de risco, evolução crônica e complexa e que, conseqüentemente, requer atenção estruturada, integral, multidisciplinar com enfoque no paciente para sua prevenção, controle, limitação do dano e reabilitação, assim como no tratamento da hipertensão e na prevenção secundárias de doenças, como a Doença renal. A diabetes também representa um problema de saúde pública a nível mundial, devido a seu crescente aumento na prevalência, e se estima que em 2015 haverá um aumento de 300 milhões de diabéticos, (IMSS, 2009).

Desta forma para se estabelecer como um programa de atenção exitoso tal instituição considerou os seguintes elementos:

1. Desenvolvimento de guias de práticas clínicas obtidas por consenso, aplicáveis na prática diária e com base na melhor evidência disponível;
2. Estabelecimento de metas realistas, com base em variáveis que predizem eventos clínicos relevantes;
3. Difusão e implementação dos guias de práticas clínicas através da implementação do Sistema de Informação em Medicina Familiar (SIMF) como ferramenta para capacitação contínua através de diagramas de fluxo e recordatórios específicos; pôsteres e outras formas de comunicação visual nos consultórios e salas de espera; elaboração de solicitações de laboratórios, gabinetes ou procedimentos desde o Sistema de informação em medicina família; avaliação periódica e publicação dos resultados.
4. Incentivando ao bom desempenho do profissional de saúde.

Os objetivos deste programa de prevenção da diabetes e de suas complicações consistem basicamente em: proporcionar serviços de atenção à saúde com a finalidade de promover, proteger e restaurar a saúde, de forma que permitam melhorar o controle metabólico e prevenir ou retardar o aparecimento de complicações ou de reabilitação; fomentar a corresponsabilidade do paciente e de sua família para prevenção, tratamento, controle e reabilitação; desenvolver de forma permanente o sistema de informação, gestão clínica e de recursos; oferecer atenção à saúde a população diagnosticados com diabetes, baseada em evidencia científica e que se traduza em: melhorar o controle metabólico; prevenir ou retardar as complicações; gerar uma maior sobrevida; melhorar o nível de saúde; proporcionar satisfação aos pacientes; proporcionar o uso eficiente dos recursos.

Entende-se que para que um programa deste tipo alcance êxitos a médio e longo prazo, é necessário que a atenção à diabetes seja concebida como um sistema integrado e coordenado

em todos os níveis de saúde e que todos os participantes, incluindo o paciente e sua família, trabalhem em equipe, conheçam, aceitem e se identifiquem com as metas, que atendem as necessidades e aos interesses do paciente com medidas e ações de utilidade para seu bem-estar. E estas atividades em muito se assemelham ao que deveria ocorrer na atenção aos pacientes hipertensos na perspectiva de evitar ou reduzir riscos (complicações crônicas).

- O módulo de diabetes – unidade A (México)

O programa dentro de suas estratégias contempla a criação de módulos, nos quais se proporciona atenção (médico-assistencial) com um enfoque estruturado, integral e multidisciplinar dirigido ao paciente com diagnóstico de diabetes; para a prevenção de complicações, limitações de danos e reabilitação, com objetivo de conseguir condutas positivas e mudanças de estilo de vida saudáveis, buscando a corresponsabilidade do paciente e de sua família, já que a diabetes é uma doença com múltiplos fatores de risco, de evolução crônica e complexa em que sofre influência social, econômica, educacional, médica e ética, nos quais devem participar de forma oportuna e permanente o paciente e sua família.

Os critérios para encaminhar o paciente para o programa de diabetes são: “ser portador de qualquer tipo de diabetes; aceitar ser referenciado ao módulo de diabetes, ter menos de 10 anos de evolução, sem complicações crônicas; ter mais de 10 anos de evolução sem complicações crônicas; sem deterioração cognitiva, psicológica ou dependência farmacológica; possuir compromisso com rede de apoio social ou familiar; que tenha disponibilidade de uma vez ao mês para atenção integral que inclui uma sessão educativa com duração de 2 a 2h30min hrs e consulta médica”, (IMSS, 2009).

- Infraestrutura e equipamentos

O modelo de saúde estudado, no México, faz parte de uma instituição que foi estruturalmente construída e equipada para atender demandas de saúde de primeiro nível com enfoque em medidas preventivas de saúde. Esta instituição possui um módulo específico para tratamento de pacientes diabético, e este módulo possui uma infraestrutura toda especial, com investimento desde consultórios, até insumos, equipamentos e materiais necessários para educação em saúde destes pacientes.

A infraestrutura física do local conta com um consultório e uma área com capacidade para 20 a 25 pessoas e funciona nos turnos matutino e vespertino. Este consultório está disposto

ao lado do consultório médico, onde os pacientes realizam suas consultas, o que possibilita o fácil deslocamento antes, durante e após as sessões educativas oferecidas no módulo de diabetes, que praticamente serve como uma sala de espera aprimorada com as mais diversas atividades de educação em saúde, necessárias a população hipertensa atendida.

Quanto aos equipamentos do consultório do módulo em questão, destacam-se: computador; impressora; banco giratório de parafusos; monofilamentos; insumo de luvas descartáveis e cobre bocas; kit de diagnóstico com oftalmoscópio; inventário de contabilidade. O módulo de diabetes também disponibiliza equipamentos para aula, tais como: balança com estadiômetro; fita métrica; glicosímetro; fitas reativas; cadeiras; lousa; flip chart; área de trabalho ou mesa de apoio; material ou insumos (algodão, livro de anotações, etc). Insumos para o paciente como, por exemplo, medicamento para tratamento do paciente diabético; disponibilidade de estudos laboratoriais para medir: hemoglobina glicosilada; fração 1 Ac; verificação de colesterol (LDL e HDL); triglicerídeos e microalbuminúria.

Material utilizado nas sessões educativas: material didático de apoio; programa de educação em diabetes; manual; guia de prática clínica para prevenção, diagnóstico e tratamento da diabetes e suas complicações.

- Capital humano

De acordo com o que foi observado, no módulo de Diabetes, existiam: 1 enfermeira geral, 1 médico especialista em medicina da família e 1 assistente social que eram responsáveis por atender aos pacientes no período da manhã, que foi o período autorizado para minha permanência no local. Entretanto no manual da instituição consta que deveriam ter pelo menos dois profissionais de cada especialidade citada para cada turno. Também foi observada a presença de estudantes de enfermagem, realidade que não está prevista no guia técnico (documento oficial do módulo).

Os custos associados à hipertensão indicam que os elementos mais caros da atenção são as complicações crônicas e suas consequências. Desta maneira, a inversão com medidas que previnam ou atrasem a enfermidade oferecerá a possibilidade de um impacto positivo em saúde.

## UNIDADE B - BRASIL

- Aspectos gerais

Trata-se de uma unidade de ambulatório de tratamento conservador renal, de um hospital de referência em nefrologia no estado do Rio de Janeiro. Que realiza atendimentos a pacientes referenciados pela rede de saúde. Quando o paciente é encaminhado a esta unidade, ele é avaliado e recebe diagnóstico e tratamento adequado (caso se trate de patologia complexa) ou recebe um guia de contra referência com orientação diagnóstica e o tratamento necessário. Os pacientes são orientados a sempre procurarem unidades ambulatoriais ou mistas mais próximas de suas casas antes de irem procurar por atendimento ambulatorial nesta unidade.

Constitui missão deste hospital: “Prestar assistência integrada, humanizada e de excelência à saúde, sendo agente transformador da sociedade através do ensino, pesquisa e extensão. ”; visão: “Ser um referencial de excelência no ensino, pesquisa e assistência na área da saúde do Estado do Rio de Janeiro. ” E representam seus valores: “Respeito à vida e à dignidade do ser humano, ética nas relações, transparência na divulgação das ações, competência técnica, trabalho em Equipe, pioneirismo, responsabilidade Social. ”

- Infraestrutura e equipamentos

O ambulatório conta com uma ampla sala de espera, onde frequentemente são realizadas palestras educativas, por alunos de graduação e/ou residentes da instituição, uma sala de recepção, em que fica um técnico de enfermagem recebendo os pacientes e as demandas provenientes do ambulatório, da sala de recepção os pacientes são encaminhados para os dois consultórios médicos e um de enfermagem.

Os consultórios são providos de equipamentos básicos, mobiliário com mesa, cadeira, balança e aparelho de pressão.

- Capital humano

A equipe é composta por uma enfermeira, médica, nutricionista, assistente social, dentista e psicólogo. Sendo que no momento da visita só foi possível de realizar entrevista com a enfermeira e médica, pois eram as únicas profissionais presentes na unidade, no período que

foi destinado à coleta de dados. A assistente social e a psicóloga estavam de férias e a dentista só era acionada sob demanda espontânea.

## UNIDADE C - BRASIL

- Aspectos gerais

Trata-se de uma unidade de serviço conservador em nefrologia. Que “tem como objetivo ser um elo com os usuários dos serviços de assistência à saúde em uma instituição comprometida com a ética, o respeito e a humanização. ”

A missão desta instituição consiste em “ser um hospital onde são praticadas assistência complexa e hierarquizada com excelência, ensino para formação e qualificação de recursos humanos para a valorização da vida e produção de conhecimento de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida do cidadão. ”

Ainda considera “os princípios da ética, do humanismo, da responsabilidade social, do pioneirismo, da inovação, da competência pessoal, do compromisso institucional e da busca perene pela qualidade. ”

- Infraestrutura e equipamentos

O ambulatório conservador de nefrologia conta com um único consultório médico, onde são realizadas as consultas médicas e de nutrição. Possui sala de espera comum a outros ambulatórios e sala de recepção que é dividida com os serviços de clínica médica, nas especialidades de endocrinologia, neurologia e medicina familiar. Equipamentos básicos, mobiliário com mesa, cadeira, balança e aparelho de pressão.

- Capital humano

Os profissionais atuantes no ambulatório são médico nefrologista (professora adjunta), residentes de medicina e nutricionista. Em entrevista a médica lamentou profundamente a ausência de uma enfermeira no ambulatório e destacou a importância deste profissional na atuação preventiva das medidas nefrológicas.

## Unidade D – Brasil

- Aspectos gerais

A instituição D também consiste em um ambulatório conservador de nefrologia.

- Infraestrutura e equipamentos

O ambulatório possui sala de espera e sala de recepção comum a todos os outros ambulatórios. Funciona uma vez por semana no período da tarde.

Possui aparelho de Pressão arterial, estetoscópio, balança, maca, uma mesa e duas cadeiras.

- Capital humano

A equipe do ambulatório conservador conta com médico nefrologista, residentes de nefrologia e uma nutricionista que é acionada sempre que necessário.

No Brasil, o acesso às informações organizacionais, de infraestrutura física foram dificultados pelos profissionais, pois não houve a mesma abertura e receptividade encontrada no México, e o fato dá baixa colaboração dos profissionais no Brasil me acusou estranhamento.



Na primeira categoria sobre “Política”, relacionada à pergunta n.º 4 da entrevista (“Você saberia informar sobre a política que norteia a unidade de atendimento ao paciente hipertenso, nesta unidade ambulatorial?”), verificou-se que enquanto no México há uma discussão mais pautada em normalizações internas, tais como: manuais de conduta, missão e visão da instituição, no Brasil há uma abordagem voltada para políticas externas à instituição, e pautadas no âmbito nacional, como no caso da Política Nacional de Saúde e diretrizes da Sociedade brasileira de Nefrologia (SBN).

O impacto percebido por esta diferenciação foi na prática assistencial, pois no México os profissionais trabalhavam em sistema de trabalho mais rígido e regulado, enquanto no Brasil os profissionais praticavam um sistema de trabalho mais flexível. Isto gerou diferenças significativas no tipo de atendimento prestado, pois enquanto no México foram desenvolvidas predominantemente atividades de cunho preventivo para evitar as complicações renais, nas instituições brasileiras o perfil encontrado foi de manutenção dos estágios iniciais da doença renal, buscando evitar suas complicações.

Entende-se a política de saúde como uma estratégia oficial organizada em setores de ação desempenhados segundo normas construídas por lei, em que o objetivo maior é a qualidade de vida da população. (GIOVANELLA et al, 2008). E em todas as instituições à política vigente esteve relacionada a promoção da qualidade de vida dos indivíduos atendidos, seja por medidas efetivamente preventivas ou por tentativas de adiar complicações da DR, mantendo o paciente em acompanhamento ambulatorial.

A criação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, através da portaria 1169/GM de 15 de Junho de 2004, do Ministério da Saúde, definiu uma série de medidas a serem desenvolvidas em todos os níveis de atenção e ações de prevenção e tratamento da doença renal. E neste sentido representou uma proposta de mudança do modelo de prestação de serviço de nefrologia do Sistema Único de Saúde. Pois o modelo até então vigente tinha por base a realização de procedimentos com foco no alto custo, e na falta de estratégias de integração entre os diversos níveis de atenção. (BRASIL, 2004). Entretanto, pelo que pode ser observado nos ambulatórios conservadores de nefrologia, ainda há predominantemente falta de integração entre os níveis de saúde. O que contribui para que o paciente já chegue ao nefrologista quando está em situação avançada ou irreversível da doença renal.

Com a implantação de tal política foram propostas mudanças que caracterizariam um novo modelo, baseado na atenção e gestão da saúde, com abordagem integral e integrada com medidas de curto, médio e longo prazo. Assim esta política foi constituída a partir de

componentes fundamentais na atenção básica; na média complexidade e na alta complexidade, (BRASIL, 2004).

Entretanto o que se verificou na realidade dos modelos de saúde brasileiros foi uma total desarticulação entre os níveis de atenção em saúde, pois não há a comunicação eficaz entre estes níveis e o despreparo da atenção básica em reconhecer situações de risco para DR acaba referenciando o paciente muito tarde ou referenciando de maneira equivocada, por outros acometimentos que não estão relacionados à doença renal.

Na categoria “Profissionais”, que se relaciona à pergunta nº 5 da entrevista (“Que profissionais compõem a equipe de saúde neste ambulatório?”), identificou-se que o médico e o nutricionista são os profissionais que estão presentes em todas as instituições. Estando o enfermeiro atuante no ambulatório de apenas duas delas. Sendo que o preconizado é que a equipe de saúde interdisciplinar seja composta minimamente por Médico (a) Nefrologista, Enfermeiro (a), Nutricionista e Assistente Social, (GOUVÊA, 2009).

Comprovou-se a necessidade de efetivo acompanhamento do paciente por equipe multiprofissional. Entretanto, esta ideia não é nova, já em 1993 esta discussão foi pauta de uma conferência de consenso através do “National Institutes of Health”, e naquela época houve uma proposta de que os pacientes com DRC fossem encaminhados ao nefrologista, e sendo também encaminhados a uma equipe “renal” composta de: nefrologistas, nutricionistas, enfermeiros, assistente social e profissional de saúde mental, (NIH, 1994).

Entretanto, neste estudo apenas dois dos modelos apresentavam o enfermeiro, o assistente social e o psicólogo. Nos demais modelos, a equipe foi majoritariamente constituída por médicos nefrologistas. O que demonstra um descompasso entre a literatura proposta e as normativas governamentais e a realidade vivenciada nos modelos de saúde brasileiros.

Sabe-se que o uso da mão de obra especializada para tratamento de condições preventivas de saúde gera um alto custo para o sistema de saúde e pode representar um custo desnecessário, uma vez que esta mão de obra poderia estar sendo aproveitada para o que realmente ela se destina a fazer que é cuidar das especificidades da doença renal. Já que o número de nefrologistas ainda é um fator limitante para o tratamento da doença renal, pois são poucos os profissionais capacitados nesta área.

Entretanto, é necessário que ainda que tenham que enfrentar estas fragilidades do sistema de saúde brasileiro, destaca-se que os nefrologistas também estão assumindo a realização de medidas preventivas que possibilitem evitar ou impedir a progressão da DRC, já que a prevenção de doenças está prevista em todos os níveis de atenção em saúde.

Acredita-se que um melhor preparo dos profissionais da rede básica e uma rearticulação dos níveis de saúde já existentes, seria uma possibilidade para modificar o quadro das necessidades crescentes de prevenção secundária e até terciária no país e poderia contribuir para diminuição dos custos com serviços especializados de saúde.

Segundo Paim et al (2011, p.1) “para que o sistema de saúde brasileiro supere os desafios atuais é necessária uma maior mobilização política para reestruturar o financiamento e redefinir os papéis dos setores público e privado. ”

Recentemente, dados do VIII Encontro Nacional de Prevenção da DRC de 2012, revelaram que a proposta de ambulatório multiprofissional de prevenção da DRC já era preconizada desde Fevereiro 2008, e destacou como objetivos ainda a serem alcançados: “Retardar ou evitar a progressão da DRC para o seu estágio avançado, através de atendimento ambulatorial, informatizado, multidisciplinar [...]”, (LUCONI, 2012).

Assim, entende-se que o modelo de atendimento ambulatorial multidisciplinar ainda não é consenso no acompanhamento ao paciente renal e segue necessitando de maior atenção tanto a nível de formação das equipes, quanto em relação aos equipamentos disponibilizados, pois também não se encontram informatizados.

Na categoria “Prevenção da doença renal” que relaciona-se à pergunta de n.º 6 da entrevista (No ambulatório existe abordagem ao paciente hipertenso em relação à prevenção da doença renal? Quais são as ações realizadas?). Identificou-se que as ações preventivas realizadas são principalmente: “controle da PA, educação em saúde, controle da nutrição, controle medicamentoso. ” A palavra “controle” foi muito mencionada nesta categoria, relacionando as atividades preventivas à necessidade de controle da situação de saúde-doença do paciente.

Entende-se que mais importante do que manter o paciente “controlado”, seja mantê-lo consciente de sua situação de saúde, orientando-o quanto aos riscos aos quais ele está exposto e dando autonomia para que ele mesmo “controle” sua situação de saúde ou de doença.

Costa et al (2007), demonstraram que o não reconhecimento de enfermeiras da necessidade de autonomia do paciente, pode acarretar em maior nível de dependência do paciente com a enfermagem. E o que se espera num tratamento bem-sucedido é justamente o contrário, que o paciente seja independente e capaz de tomar suas próprias decisões de saúde após ter passado por consulta de enfermagem.

Sendo que o incentivo ao estilo de vida saudável e realização de exames laboratoriais foi pouco citado pelos profissionais entrevistados, quando estas atividades deveriam estar entre as principais medidas preventivas citadas, pois se não são citadas, imagina-se que são pouco realizadas.

Segundo Bastos & Kirsztajn (2010), independentemente da doença de base, as complicações da DRC, tais como: anemia, acidose metabólica, alteração do metabolismo mineral e desnutrição são os principais desfechos nos pacientes com DRC e estes podem decorrer em perda da função dos rins, óbito (principalmente por causas cardiovasculares) e Falência da Função Renal (FFR) e, portanto, estas complicações precisam sofrer intervenções urgentes. Para isto acredita-se que os exames laboratoriais sejam imprescindíveis para o diagnóstico preciso, monitoramento e consequente prevenção da doença. E, portanto, necessita ganhar destaques nas práticas assistenciais.

Sabe-se que é possível prevenir efeitos indesejados ou retardar a DRC, quando esta é diagnosticada precocemente e possui medidas nefro e cardioprotetoras implementadas precocemente (Batista & Lopes, 2004; Levin et al, 2008); ou seja, quando as medidas de prevenção são realizadas, e isto pode se dar principalmente através do controle correto da pressão arterial, da alimentação saudável, de prática regular de atividade física e o acompanhamento médico.

Destaca-se ainda como medidas importantes para prevenção da doença renal, a necessidade de avaliação anual de todo paciente pertencente ao grupo de risco, ainda que assintomático, deveriam ser realizadas medidas preventivas de controle através de exames simples e baratos, tais como os exames de sangue, para detecção de creatinina sérica e o exame de urina para detectar proteína, pois estes são marcadores da função renal que podem ser controlados na própria atenção primária, evitando maiores investimentos na atenção secundária e terciária. (BASTOS & KIRSZTAJN, 2011), (SBN, 2012).

Em 2011, foi aprovada por unanimidade o Projeto de Lei nº 939/2011 que “dispõem sobre a realização de exames de urina Tipo I e creatinina sanguínea para a prevenção da doença renal crônica na rede pública de saúde do município e dá outras providências”, o objetivo principal seria regulamentar a realização rotineira de exames de creatinina em hospitais públicos. O autor deste projeto de Lei, Dr. Edison da Creatinina, acredita ser esta “uma forma rápida de diagnosticar e que custa alguns centavos para sinalizar as doenças renais e ainda apontar outras doenças”. Desta forma fica clara a preocupação e o reconhecimento das

entidades governamentais quanto a necessidade de incentivo ao diagnóstico precoce e a redução de custos ocasionados por doenças renais.

Também é importante destacar a necessidade da utilização de equações preditivas da taxa de função glomerular, sendo este um marcador da função renal, é possível através de sua mensuração controlar os estágios da doença e portando intervir antes da doença evoluir, (THE NACIONAL COLLABORATING CENTER FOR CHRONIC CONDITIONS, 2011).

Há no Brasil um programa identificado como HiperDia, que em linhas gerais constitui um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, que tem por objetivo “monitorar os pacientes captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus e gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma sistematizada.” E este programa de forma bem pontual colabora para a prevenção da doença renal, já que prevê o tratamento e acompanhamento dos principais fatores de risco da DRC. (BRASIL, 2002)

Diversos estudos apontam que a conduta precoce e adequada do portador de DM e HAS ou com DRC, com articulação entre os níveis de complexidade da rede de saúde, possibilita retardar o início da terapia dialítica e assim poderiam contribuir para diminuir gastos com custos médicos. (PENA et al, 2012); (CLEVELAND et al, 2002); (CUETO-MANZANO et al, 2010).

O subdiagnóstico e o tratamento de forma inadequada da DR, resulta em perda de oportunidade para implementação de prevenção primária, secundária e terciária, assim como o desconhecimento da definição e classificação dos estágios da doença, e também a falta de utilização de testes simples para diagnóstico e avaliação da função renal, (BASTOS, 2010).

A DRC é uma doença silenciosa de curso frequentemente assintomático, até que se atinja seu estágio avançado, isto resulta em que o paciente só busque cuidados médicos quando já apresenta uma ou mais complicações da doença e/ou comorbidades. E é sempre conveniente destacar que um bom tratamento das doenças de base poderia evitar complicações e diminuir gastos com terapias renais substitutivas, (BASTOS & KIRSZTAJN, 2011).

Conforme a consulta pública nº 16, de 21 de agosto de 2013, que trata das “Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC no Sistema único de Saúde (SUS)”, a DR é dividida em cinco estágios (1, 2, 3-a, 3-b, 4, 5-ND e 5-D) de acordo com seu manejo clínico e taxas de filtração glomerular (ANEXO 1). Estes estágios estão relacionados com o grau de perda da função renal e para cada um deles há recomendações específicas que deveriam ser realizadas de acordo com as possibilidades de cada nível de atenção em saúde.

Na categoria “situações clínicas” referente a pergunta nº 9 da entrevista (Você saberia informar quais são as situações clínicas de maior prevalência, maior custo e maior gravidade deste ambulatório?). Comprovou-se o que a literatura já vem descrevendo que a DM e a HA representam as doenças de base mais prevalentes em relação à doença renal. O estudo demonstrou que também se encontram entre as doenças que podem apresentar maiores custos e gravidades ao sistema de saúde.

A grande novidade foi que em vez de os pacientes hipertensos serem tratados de forma especial ao longo dos estágios iniciais da doença renal, conforme era o esperado, na verdade eles são tratados de forma generalizada, pois para os especialistas em nefrologia o foco deixa de ser a doença de base e passa a ser o acometimento renal. Sendo que isto gera uma série de contraversões, pois sendo a hipertensão uma doença crônica que provoca grande risco e complicações para o desenvolvimento da DR, a hipertensão é fator de dupla preocupação. A primeira é o seu estado crônico caracterizado como condição irreversível, incurável, com necessidades de tratamento contínuo e sistemático. A segunda é o fato de ser o principal fator de risco para o desenvolvimento da DRC, mas que na prática assistencial é generalizado como uma doença de base qualquer.

Tanto a HA quanto a DM representam risco aos rins, pois tanto a alta pressão gerada pelo excesso de sódio quanto a glicose no sangue, provocam ações de desgaste dos capilares sanguíneos. Estes pequenos danos nos capilares sanguíneos produzem mudanças na estrutura e funcionamento dos rins e reduz sua capacidade de filtração e eliminação de substâncias tóxicas produzidas no corpo, que se acumulam no sangue produzem alterações gastrointestinais, cardiovasculares, hematológicas (anemia), nos ossos e músculos, dentre as mais frequentes complicações. Por tudo isto é vital identificar de maneira precoce a lesão renal, verificando constantemente a presença de pequenas quantidades de albumina na urina, assim como deterioração e depuração de creatinina, (FEDERAÇÃO MEXICANA DE DIABETES, sem data).

A categoria intitulada “Atuação do enfermeiro” proveniente da pergunta de nº 10

(Qual a atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente hipertenso?). A atuação que mais recebeu destaques foi a educação em saúde. Mas também foram mencionadas atuações de pesquisa, verificação de vacinação, prevenção de HA e DM, escolha do método dialítico, consulta de enfermagem, promover adesão medicamentosa e “coordenação das demais equipes de saúde”. Esta última foi sugerida por uma médica que também fez importantes destaques à necessidade e a falta que a presença o enfermeiro faz no ambulatório conservador de nefrologia.

O enfermeiro é um profissional preparado e capacitado para atuar em todas as áreas da saúde: assistencial, administrativa e gerencial. Na área educacional, exerce desde funções educativas com a comunidade de forma geral, até funções docentes a nível de mestrado e doutorado, preparando e acompanhando futuros profissionais de nível médio a nível superior. É também juntamente com outros profissionais da área da saúde responsável pela promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos.

De acordo com Lei no 7.498, de 25 de Junho de 1986. Que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no Brasil, são atividades privativas do enfermeiro: “prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem” Estas atividades previstas em lei reforçam a responsabilidade do enfermeiro frente a prevenção e o controle de danos ao paciente e demonstram a necessidade de o enfermeiro estar atento as medidas tomadas frente a qualquer caso que possa representar complicações provenientes de sua assistência inadequada.

A categoria denominada “mapeamento de risco” relaciona-se as questões de nº 15 e 16 (Neste ambulatório existe mapeamento de risco para o paciente hipertenso em relação à doença renal? Como é realizado?). Ficou evidenciada a falta de controle dos pacientes de maneira sistematizada, já que a maioria dos participantes da pesquisa não soube informar se existia ou não esse tipo de sistematização para controle do paciente na rede de saúde.

Apenas depois de explicado no que consistia este “mapeamento do paciente” foi que os profissionais conseguiram responder sobre “como ocorre este mapeamento? ” Identificou-se que os participantes em sua maioria informaram como pontos que puderam ser aproximados que a forma como o paciente é mantido na rede de atenção à saúde e pode ser monitorado, ou seja, a forma como ocorre o “mapeamento dos pacientes” se dá basicamente por: “referência e contra referência”, “com mapa de controle de verificação da PA” e “exames laboratoriais”.

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil faz a hierarquização do sistema público de saúde em três níveis: baixa (unidades básicas de saúde), média (hospitais secundários e ambulatórios de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários). De forma que o paciente é atendido nas unidades de saúde de um ou outro nível, conforme a necessidade e a complexidade de seu quadro clínico, (ZERBINI, 2014).

Deste modo, pacientes que necessitem atendimento de alta complexidade quando atendidos, por exemplo, em unidades básicas de saúde ou em hospitais secundários, podem ser encaminhados (referência) para hospitais de alta complexidade (hospitais terciários). Depois de ter sua necessidade atendida e seu quadro clínico estabilizado, o paciente é reencaminhado

(contra referência) para uma unidade de menor complexidade, para dar seguimento ao tratamento, (ZERBINI, 2014).

O modelo SUS de hierarquização do sistema e de referência e contra referência do paciente procura garantir ao cidadão acesso aos serviços do sistema público de saúde - desde o mais simples até o mais complexo, de acordo com as reais necessidades do tratamento. Entretanto a divisão por níveis assistenciais consiste atualmente num problema, devido à má articulação entre os níveis hierarquizados que não se comunicam com efetividade.

Segundo Ouverney & Noronha (Sem data) o modelo assistencial de Leavell & Clark (1976) que propunha organização assistencial da saúde e da prevenção em saúde pelos níveis primários, secundário e terciário requerer uma revisão profunda. Pois justifica que “cada vez menos se poderá segmentar o atendimento das necessidades das pessoas em um nível determinado de organização do sistema assistencial”, devido à crescente necessidade de atendimento integral, que deixa de olhar a doença e passa a olhar para o indivíduo em seu contexto.

E desta forma pode-se refletir que o modelo necessita atender às necessidades de cuidados das pessoas no nível de cuidado capaz de dar resposta a estas necessidades e, crescentemente, em determinados momentos da evolução da enfermidade, o paciente poderá estar em níveis de alta complexidade. E acredita-se que o modelo atual pautado na maior resolutividade das necessidades de cuidado explique melhor o que está ocorrendo com os serviços especializados de nefrologia, ao assumirem medidas preventivas a nível ambulatorial da DR.

A última categoria retrata o que deveria conter num modelo assistencial de enfermagem para prevenção da DRC, segundo todos os participantes entrevistados, que representam neste estudo, uma equipe multiprofissional de saúde e que ganham voz a partir de suas experiências profissionais compartilhadas com destaques àquilo que consideram imprescindível em um modelo assistencial de enfermagem.

Verificou-se que o modelo assistencial de enfermagem deve ser constituído por: “pesquisas, atendimento de pacientes com antecedentes familiares para DR, prioridade na educação em saúde, controle, interdisciplinaridade, ou seja, trabalho em equipe, ações preventivas com a família, o paciente e a equipe, estímulo ao autocuidado do paciente, orientação e controle nutricional, incentivo no tratamento com ações que ajudem ao empoderamento e estimule ao paciente a buscar ajuda, estímulo de hábitos saudáveis, incentivo à adesão do tratamento, palestras educativas, informações e orientações quanto a riscos e

medidas preventivas, estímulo à alimentação saudável, incentivo à prática de atividade física, ajuda ao paciente a restrição ao fumo.” Desta forma foi possível realizar um diagnóstico para trabalhar a proposta de um modelo de atenção baseado nas necessidades reais identificadas,

De acordo com as ações apontadas, o enfermeiro destaca-se desde o início do atendimento como um grande incentivador do paciente na inserção e na jornada no que se refere ao incentivo à adesão de práticas saudáveis que levem à prevenção da doença. Esse profissional incentiva o empoderamento do paciente pelo estímulo do autocuidado e autoconsciência objetivando seguir seu tratamento, no controle e na prevenção de complicações.

#### 4.2.1 O ENFERMEIRO NO MODELO ASSISTENCIAL DE PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA.

É possível destacar a atuação do enfermeiro nas mais variadas posições, desde a graduação, a pós-graduação, na supervisão, na gerencia, e na assistencial, e onde quer que o enfermeiro esteja inserido, ele é um educador em saúde nato e enquanto profissional de saúde possui responsabilidades com a vida do cliente, portanto deve zelar pela qualidade do cuidado, por medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Foram identificadas como funções do enfermeiro engajado com a prevenção da DRC: a distribuição de tarefas entre os membros da equipe multiprofissional, a qualificação e instrução de pessoal; o recebimento e o tratamento de queixas dos serviços de saúde; realização de consulta de enfermagem; informes educativos e práticas de educação em saúde individual e em grupo; coordenação de ações de saúde e de equipes; liderança e autonomia na tomada de decisão assistencial, controle dos fatores de risco para o desenvolvimento da DRC.

A tecnologia de grupo vem sendo utilizada como forma de intervenção no acompanhamento da evolução de doenças crônicas não transmissíveis, como no caso da DRC, pois pode proporcionar sua prevenção através de educação em saúde, prevenção de agravos, treino de habilidades, entre outras ações. (MUNARI, LUCCHECE & MEDERIOS, 2009)

O estudo do modelo assistencial ressaltou que o enfermeiro é capaz de avaliar e melhorar os fatores que afetam a execução e o desenvolvimento de programas de saúde, a fim de atingir os objetivos propostos pelas instituições, assim como é capaz de definir e colocar em prática políticas de saúde, bem como é um importante elo na cooperação entre a equipe multiprofissional.

A equipe multiprofissional deve trabalhar em prol dos pacientes renais, e a enfermagem não pode se ausentar deste processo, pelo contrário, deve estar próxima, auxiliando na

identificação dos fatores de risco, possíveis intercorrências e promovendo a qualidade da assistência a este cliente.

Desta forma é essencial que o Enfermeiro esteja ciente de sua importância dentro da perspectiva crítica que envolve o cuidado a um paciente portador de doença renal crônica. Por isto, o estudo retrata que a atuação deste profissional precisa ser cada vez mais ativa, contribuindo para prevenção de agravos e promoção da saúde de tais indivíduos.

Dificuldades quanto as estruturas organizacionais encontradas nos hospitais brasileiros somadas a falta de sistematização da assistência, podem ser fatores prejudiciais tanto a atuação de enfermeiros quanto à equipe multiprofissional. Ressalta-se que “a enfermagem necessita de um modelo para guiar enfermeiras no processo de raciocínio clínico” (LUNNEY, 2011)

A busca incessante para que o enfermeiro assista ao paciente renal à luz do conhecimento da evidência científica, que exerça a prática profissional guiado pela sistematização da assistência de enfermagem, assim como pela ética e amor ao próximo, utilizando tecnologias do cuidado com enfoque nas ações educativas, pressupõem um caminho inovador para que se gerem atitudes conscientes e intencionais das pessoas envolvidas, além da valorização e reconhecimento do exercício de cidadania. (QUEIROZ ET AL, 2008)

## **5 RECOMENDAÇÕES**

Recomenda-se que este estudo seja repetido em ambulatório de hipertensão, em ambulatórios puros, ou seja, onde que o paciente ainda não tenha desenvolvido a doença renal, pois após a doença instalada o cuidado ambulatorial conservador visa um tratamento diferenciado do tratamento necessário ao não desenvolvimento da DR.

Outras formas de cuidados em saúde, muitas delas largamente utilizadas nos países desenvolvidos, como assistência domiciliar, centros de cuidados prolongados e de cuidados paliativos, crescem em importância e sua utilização tem nada ou quase pouco avaliada e planejada no Brasil.

Algumas dimensões dos cuidados em saúde ganham importância extraordinária neste desenho: integração assistencial, continuidade, trabalho multiprofissional e colaborativo, comunicação adequada entre os diferentes agentes, educação dos pacientes e de suas famílias, organização dos serviços em redes dinâmicas, horizontais (no nível da comunidade e/ou das redes relacionais dos indivíduos) e vertical (entre os diferentes níveis e componentes do sistema de atenção) e coordenação assistencial.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi apresentado neste estudo, entende-se que a Doença Renal Crônica é um importante problema de saúde pública, tanto a nível nacional quanto a internacional. Entretanto, percebe-se alguns esforços sendo realizados no âmbito da política nacional de atenção ao portador de doença renal, que possui destaques relevantes sobre a necessidade de prevenção da doença estar articulada em todos os níveis de atenção, com apontamentos importantes em relação a possibilidade de redução de custos ao sistema de saúde, e também em publicações científicas em que se notou uma maior preocupação com a qualidade de acesso, controle e encaminhamento do paciente renal nos diferentes níveis de atenção à saúde e na forma como estes níveis de atenção estão articulados ou mesmo desarticulados.

Percebeu-se que atual preocupação das políticas de saúde em relação à doença renal, gira em torno de atenção à saúde integral, com destaques a medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos, diminuição de custos governamentais, necessidade de atuação em equipe multiprofissional, garantia do acesso da população e da articulação entre os níveis de atenção em rede.

Após a implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador da Doença Renal, evidenciou-se um incentivo à prevenção e ao adiamento da progressão da doença, e destacou-se que devido a uma possível desarticulação entre os níveis primário e secundário de saúde, o paciente quando chega ao sistema de saúde já se encontra em estágio avançado da doença, ou seja, em situação irreversível. E este quadro gera custos onerosos para os órgãos governamentais.

Acredita-se que as complicações da doença renal poderiam estar sendo evitadas ou amenizadas com medidas simples e baratas como, por exemplo, a solicitação anual de exames de urina, para detecção de perda de proteína, ou exames para detecção de creatinina sérica.

Então, cabe ressaltar, que embora existam uma série de modelos de recomendações, diretrizes, plano de ações e políticas de saúde pública preocupadas e enfatizando a necessidade de prevenção da doença renal no país, ainda assim, o que se encontra na realidade é um sistema desarticulado e desalinhado quanto à forma de detecção, acompanhamento, controle e encaminhamento da doença à especialistas, atribuem-se a isto uma possível falha na articulação entre os níveis primário e secundário de atenção à saúde.

Acredita-se que seja possível amenizar o problema, através de treinamento dos profissionais responsáveis por detectar e tratar a doença; através de um sistema de comunicação em rede, que possibilite o acompanhamento e encaminhamento deste paciente de forma

referenciada e adequada; com divisão de responsabilidades entre profissionais, com educação em saúde para população e com mais divulgação e informação sobre os fatores de risco e agravos que podem ser causados pela falta da prevenção.

Espera-se e aposta-se em um maior incentivo governamental em campanhas para realização de exames periódicos de urina e sangue, principalmente nos grupos considerados de risco para desenvolver a doença renal, como os hipertensos e diabéticos, pois os dados revelaram, por estimativa, que grande parte da população ainda não diagnosticada pode apresentar a doença e nem se dar conta disto, pois, a doença renal é silenciosa até seu estágio avançado, quando passam a manifestarem-se as complicações.

E por fim, destaca-se que quando diagnosticada previamente, a doença renal pode ser revertida e controlada com o objetivo de evitar ou prorrogar a necessidade do uso de terapias renais substitutivas, tão onerosas para o sistema de saúde pública. Então, mais uma vez os dados demonstraram que é melhor prevenir, pois prevenir também é tratar, prevenir é acima de tudo cuidar!

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. Número de doentes renais no Brasil dobra em uma década, alertam médicos. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2012-12-07/numero-de-doentes-renais-no-brasil-dobra-em-uma-decada-alertam-medicos>. Acessado em: 10/10/2013.

AICÁNTARA H. E. A., et al. Adelita. Perspectiva de las personas con enfermedades crónicas. Las intervenciones educativas en una institución sanitaria de México. Investigación en Salud [On-line] 2004, VI (diciembre): [Data de consulta: 3 / noviembre / 2013] Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14260302>>

ARREDONDO, A.; ZÚÑIGA, A. Epidemiologic changes and economic burden of hypertension in Latin America: evidence from Mexico. *Am J Hypertens*. 2006 Jun ;19(6):553-9.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. 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.*, São Paulo, v. 33, n. 1, mar. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002011000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acessado em 13 Nov. 2013.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009. <http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/analise-de-conteudo-uma-metodologia-para-analise-de-dados/14317/>. Acessado em 20/04/2013 às 20:38h.

Bastos Marcus Gomes, Bregman Rachel, Kirsztajn Gianna Mastroianni. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [serial on the Internet]. 2010 [cited 2014 Feb 07]; 56(2): 248-253. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

BATISTA, P. B. P.; LOPES, A. A. Estudo Epidemiológicos sobre a terapia renal substitutiva II. Brasília: [s.n.], 2004. 182p.

BRASIL. Ministério da saúde. Consulta pública Nº 16, de 21 de Agosto de 2013. Disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Ago/22/ARQ\\_CP\\_16\\_DR\\_C\\_ANDREIA.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Ago/22/ARQ_CP_16_DR_C_ANDREIA.pdf).

\_\_\_\_\_. Cartilha do paciente renal Direito e cidadania. Leis que amparam o paciente renal crônico? <http://cartilhapacienterenal.cursosconcursonosite.com.br/?p=4359>, 2012. M

\_\_\_\_\_. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência – Série Pacto pela Saúde, MS. Vol. 8. 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_recomendacoes\\_cuidado\\_doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf).

\_\_\_\_\_. HiperDia – Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Secretária Executiva. Departamento de informação do SUS. Manual de Operação. Versão 1.5. M02. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual-hiperdia\\_1.5\\_m\\_02.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual-hiperdia_1.5_m_02.pdf)

\_\_\_\_\_. Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não-transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011 – 2012. Disponível em: [file:///C:/Users/Ninha/Downloads/cartilha\\_dcnt%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Ninha/Downloads/cartilha_dcnt%20(5).pdf)

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal - Portaria MS/GM nº 1168, de 15/6/2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1168.htm>.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Básica: Portaria MS/GM nº 648, de 28/3/2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf).

\_\_\_\_\_. Portaria nº 432 de 06 de junho de 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-432.htm>. I

\_\_\_\_\_. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013 - Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252\\_19\\_02\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html)

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf).

\_\_\_\_\_. SUS Igual para todos: Agenda estratégica para saúde no Brasil, 2011. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2011/AgendaEstrategica1807.pdf>.

\_\_\_\_\_. Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica. J Bras Nefrol. 2004;26(Supl 1):S1-S49  
L

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1939-1 c

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família – Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde –SUS. Hipertensão arterial. 2013. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=36873&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36873&janela=1).

BREDA, K. L.; WRIGHT, M. G. M. Enhancing nursing knowledge through democratic cross-national collaboration. Texto contexto - enferm. [serial on the Internet]. 2011 Sep [cited 2013

Nov 03] ; 20( 3 ): 592-598. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300022>.

BREGMAN, R. Núcleo Interdisciplinar de Tratamento da Doença Renal Crônica. Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ. 2004.

BVS. Equipe Interdisciplinar de Saúde. Biblioteca virtual em saúde/Descritores em saúde, 2013. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

BVS. Etnografia. Biblioteca virtual em saúde/Descritores em saúde, 2015. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>. Acessado em: 26/06/2015.

BVS. Dicas em saúde - Insuficiência Renal Crônica. Biblioteca virtual em saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/228\\_insuf\\_renal2.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/228_insuf_renal2.html). Acessado em 20/05/2012.

DATASUS. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. Acessado em: <http://www2.datasus.gov.br>. 2011.

CÂMARA, Henrique Fernandes da. A “tragédia da hemodiálise” 12 anos depois: poderia ela ser evitada? 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

CLEVELAND DR, JINDAL KK, HIRSCH DJ, KIBERD BA. Quality of prereferral care in patients with Chronic Renal Insufficiency. *Am J Kidney Dis* 2002; 40(1):30-36

CHERCHIGLIA et al. Gênese de uma política pública de ações de alto custo e complexidade: as terapias renais substitutivas no Brasil. *Rev Méd Minas Gerais*, p. S83-S88, 2006.

CONSULTA PÚBLICA Nº 16, DE 21 DE AGOSTO DE 2013. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no sistema único de saúde. disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Ago/22/ARQ\\_CP\\_16\\_DRC\\_A NDREIA.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Ago/22/ARQ_CP_16_DRC_A NDREIA.pdf).

COSTA, V. T.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. Autonomia versus cronicidade: uma questão ética no processo de cuidar em enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*;15(1):53-58, jan.-mar. 2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14462&indexSearch=ID>.

CUETO-MANZANO AM, CÓRTÉS-SANABRIA L, MARTINES-RAMIREZ HR. Management of chronic kidney disease: primary health-care setting, self-care and multidisciplinary approach. *Clinical Nephrology* 2010; 74 (Spl.1):S99-S104.

DESLANDES, S. F. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: \_\_\_\_\_. MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO. (Org.). Teoria, método e criatividade: Introdução à pesquisa social. 23ªed. Petrópolis: Vozes, 2011, v. 1, p. 31-60.

FEDERAÇÃO MEXICANA DE DIABETES, A.C. Manual para pacientes. Tomando el Control de mi diabetes.

FERRAZ, F. H. R. P. Opnião - Prevenção da doença renal crônica: um grande desafio. Presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia – Regional DF, 2011. <http://www.sbnf.org.br/site/files/DRC%20grande%20desafio.pdf>.

GIOVAELLA, L. et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

GOUVEIA, W. L. Manejo da Doença Renal Crônica “Qual é o melhor modelo?”. IV Encontro Nacional de Prevenção da Doença Renal Crônica. 2009. [www.sbn.org.br/pdf/aulas/Dr\\_Walter\\_L\\_Gouvea.ppt](http://www.sbn.org.br/pdf/aulas/Dr_Walter_L_Gouvea.ppt).

HUITZI-EGILEGOR, J. X. et al. Use of the nursing process at public and private centers in a health area. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, Oct. 2012. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000500012&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500012&lng=en&nrm=iso&tlng=en). Acessado em 21 Nov. 2013.

IMSS. Guia Técnica para Otorgar Atención Médica em el Módulo DiabIMSS a Derechohabientes com Diagnóstico de Diabetes Mellitus, em Unidades de Medicina Familiar. 2009.

INCA. Ministério da Saúde. Programa de ensino/curso – Visita técnica. [www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=2646](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2646). 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. Fundamentos de metodologia científica. 7.ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

LAHAS - Liga Acadêmica de Hipertensão Arterial Sistêmica. Atendimento ambulatorial ao paciente hipertenso. São Luís do Maranhão. 2012. Disponível em: [http://sbn.org.br/pdf/ligas/terceiro\\_colocado/projeto.pdf](http://sbn.org.br/pdf/ligas/terceiro_colocado/projeto.pdf).

LEI NO 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Regulamenta o exercício profissional da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>.

LEAVELL, H.R e CLARK, E.G. Medicina Preventiva. São Paulo: Mcgraw-Hill do Brasil, 1976.

LEVIN A, HEMMELGARN B, CULLETON B, TOBE S, MCFARLANE P, RUZICKA M, et al. Guidelines for the management of chronic diseases. CMAJ. 2008; 179:1154-62. Available from: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/179/11/1154/DC1>.

LUCONI, P. Modelos de Prevenção Secundária da DRC: Modelo Público-Privado. VIII Encontro Nacional de Prevenção da Doença Renal Crônica. (2012). [http://www.sbn.org.br/pdf/aulas\\_0712\\_manha/paulo.pdf](http://www.sbn.org.br/pdf/aulas_0712_manha/paulo.pdf)

LUNNEY, M. Importância do uso de um modelo de enfermagem para o raciocínio clínico. *Acta paul. enferm.* [serial on the Internet]. 2011 [cited 2013 Nov 03]; 24(6): vii-vii. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000600001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000600001&lng=en).

MARINHO, M. G. da S. et al. Análise de custos da assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife - Brasil. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo, v. 55, n. 6, Aug. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302011000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302011000600007&lng=en&nrm=iso). Acessado on 17 June 2013.

MUNARI, D.B.; LUCHECE, R; MEDERIOS, M; Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. DOI: 10.4025/ciencucidsaude. V8i0.9742. *Cienc Cuid Saude* 2009; 8 (suplem.):148-154

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. ”

NISHIO, E. A.; FRANCO, M. T. G. Modelo de gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

NIGHTINGALE, F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Costa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989. 174p.

NIH. Consensus Statement: morbidity and mortality of dialysis. *Ann Intern Med* 1994; 121:62-70.

OLIVEIRA, L. H. de; MATTOS, R. A. de e SOUZA, A. I. S. de. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.5, pp. 1929-1938. ISSN 1413-8123.

OUVERBEY, A. M.; and NORONHA, J.C. Modelo de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol3. Pp.143-182. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>.

ORTEGA-ALTAMIRANO, D. V. et al. Cultura organizacional de enfermería dominante en un hospital de la Secretaría de Salud de Morelos, México *Salud Pública de México* [On-line] 2011, 53 (Enero-Febrero): [Data de consulta: 3 / noviembre / 2013] Disponível em: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=10619407003>

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Filho NA, organizadores. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 473-487.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil – Série I. Publicado Online 9 de maio de 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

PENA, P. F. A. et al. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.11, pp. 3135-3144. ISSN 1413-8123.

PEREIRA, M. J. B. et al. A assistência domiciliar: conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, Dec. 2005. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600013>.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. HumanizaSUS. Brasília – DF, 2004. Série B. Textos Básicos de Saúde.

PORTARIA Nº 1168/GM. Ministério da Saúde. Em 15 de junho de 2004. Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Acessado em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1168.htm>

PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria399\\_22\\_02\\_06\\_si.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria399_22_02_06_si.pdf)

PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.

PROJETO DE LEI Nº 939/2011. Dispõe sobre a realização de exames de urina tipo I e creatinina sanguínea para a prevenção da doença renal crônica na rede pública de saúde do município e dá outras providências. 2011. Disponível em: <http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/scpro0711.nsf/18c1dd68f96be3e7832566ec0018d833/27efeeb6af787cc28325787e00683320?OpenDocument>.

POTTER, P. A. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, p.2; 75. 2009.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011.

RESOLUÇÃO nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 2012.

ROMÃO Jr, J.E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. J Bras Nefrol Volume XXVI - nº 3 - Supl. 1 - Agosto de 2004.

SANTOS, J. C. dos; MOREIRA, T. M. M. Risk factors and complications in patients with hypertension/diabetes in a regional health district of northeast Brazil. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2012, vol.46, n.5, pp. 1

SBN, Censo de diálise, 2011/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/censo2011>.

SBN, Censo de diálise, 2012. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf>.

SBN, Prevenção é a melhor forma de evitar doenças renais. Disponível em: <http://www.onacional.com.br/variedades/1196/prevencao+e+a+melhor+forma+de+evitar+doencas+renais>. Publicada em: 29/09/2012.

SBN, Informe aos associados – sociedade brasileira de nefrologia, 2011. OF/PRE/0455/2011. Associação Médica Brasileira. São Paulo, 19 de agosto de 2011. Disponível em: [http://www.sbn.org.br/noticias/informe\\_11.pdf](http://www.sbn.org.br/noticias/informe_11.pdf) (MEXICO)

SBN. Censo 2009. Doença renal crônica é um problema de saúde pública no Brasil, 2009. Disponível em: [www.anm.org.br/](http://www.anm.org.br/).

SBN. Doença renal crônica: aumenta o número de casos no Brasil. / Redação da Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2014. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/cms/wp-content/uploads/2012/08/Doen%C3%A7a-renal-cronica-aumenta-o-numero-de-casos-no-Brasil.pdf>.

SCHWARTZ, E. et al, 2009. As Redes De Apoio No Enfrentamento Da Doença Renal Crônica. remE - Rev. Min. Enferm.;13(2): 183-192, abr./jun., 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/179#nt1a>.

SESSO, R.; GORDON, P. Dados Disponíveis Sobre a Doença Renal Crônica no Brasil. Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2007. Acessado em 25 de Julho de 2012. Disponível em: <http://128.241.200.137/29-11/02-Sesso-AF.pdf>.

SILVA, E. L. da.; MENEZES, E.M. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 3. ed. revisada e atualizada. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. 121p.

SILVA, F. V. C. e. et al. Tratamento da Doença Renal Crônica: Estratégias para o Maior Envolvimento do Paciente em seu Auto-Cuidado. J Bras Nefrol 2008; 30(2):83-87.

SILVA JÚNIOR, A. G. da.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Organizadoras: Morosini, Márcia Valéria G.C. Modelos de atenção e a saúde da família / Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SOUZA, E.; PANDYA, S. Previna-se – salve seus rins. Guia completo para pacientes renais. Informações básicas sobre prevenção e tratamento de doenças renais 1ª Edição, 2014. Disponível em: [www.KidneyEducation.com](http://www.KidneyEducation.com)

The National Collaborating Center for Chronic conditions. Chronic Kidney Disease in Adults:UK Guidelines for identification, Management and referral of Adults. [serial on the internet] [cited 25 fev 14]. Available from: <http://www.rcplondon.ac.uk>.

THE NATIONAL COLLABORATING CENTER FOR CHRONIC CONDITIONS. Chronic Kidney Disease. National clinical guideline for early identification and management in adults in primary and secondary care. ISBN 978-1-86016-340-1. Registered charity No 210508. Copyright © 2008 Royal College of Physicians of London. [cited 25 fev 14]. [www.rcplondon.ac.uk](http://www.rcplondon.ac.uk).

ZERBIN. Hierarquização e referência e contra-referência no SUS. 2014. Disponível em: [http://www.zerbini.org.br/servicos/atend\\_medic/atend\\_medic\\_sus\\_hierarq.htm](http://www.zerbini.org.br/servicos/atend_medic/atend_medic_sus_hierarq.htm).



## APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Comitê de ética em pesquisa EEAN/HESFA termo de consentimento livre e esclarecido - Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “MODELO ASSISTENCIAL EM AMBULATÓRIO: ENFOQUE DA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL À PACIENTES HIPERTENSOS.”, que tem como objetivos: Descrever os modelos assistenciais ambulatoriais frente ao controle de saúde ao paciente hipertenso em relação à prevenção da doença renal. Como objetivos específicos: Levantar os modelos assistenciais adotados nos ambulatórios de atendimento ao paciente hipertenso na prevenção ou retardo da doença renal; Identificar como o modelo assistencial se desenvolve na estrutura dos serviços ambulatoriais frente ação preventiva da doença renal; discutir intervenções a serem contempladas em um modelo assistencial de enfermagem para prevenção da doença renal em pacientes hipertensos. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo.

A pesquisa terá duração de 2 ano (s), com o término previsto para Abril de 2015. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o (s) pesquisador (a) ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista. A entrevista será gravada em aparelho de áudio (gravador) para posterior transcrição – que será guardada por cinco (05) anos e incinerada após esse período. Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

Existem riscos psicológicos na realização da entrevista, você poderá sentir-se incomodado ou desconfortável com as indagações realizadas, ou também poderá sentir-se constrangido durante a entrevista ou uma observação. Estes riscos serão minimizados com a execução segura da técnica, através do seguimento de um roteiro que direcionará a coleta das informações. Existe outro método alternativo para coleta de suas informações, como o registro de seu depoimento por escrito e se desejar utilizá-lo você poderá optar a qualquer tempo e interromper a gravação de seu depoimento, mesmo depois de iniciada a entrevista. O benefício relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem em Nefrologia.

Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

|  |  |
|--|--|
| Orientadora: Prof.ª Dr.ª Sílvia Teresa Carvalho de Araújo. Docente (UFRJ).<br>Cel.: (21) 87960014 / E-mail: stcaraujo@gmail.com. | Orientanda: Bruna Tavares Uchoa dos Santos. Mestranda (UFRJ) – Pesquisadora principal. Cel.: (21) 94665892 / E-mail: brunatavaresrj@gmail.com. |
|--|--|

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN: (21) 22938999 Tel./ramal; Comitê de ética em Pesquisa do HUGG/UNIRIO: Tel.: (21) 2264-5177 – Fax: 2264-5366; Comitê de Ética em Pesquisa do HUCFF/UFRJ: (21) Tel.: 2562-2480 e FAX.: 25622481; Comitê de ética em Pesquisa do HUPE/UERJ: 2868-8253. Nº

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Participante da Pesquisa:

Ass.: \_\_\_\_\_

### APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO DO SUJEITO: \_\_\_\_\_  
 SETOR: \_\_\_\_\_

DATA DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº DA VISITA: \_\_\_\_\_ HORA DO INÍCIO: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

HORA DO TÉRMINO: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

1. A que setor do hospital você pertence?
2. Qual a sua área de atuação profissional?
3. Há quanto tempo você desenvolve atividade na unidade de atendimento a hipertensos?  
 Há menos de 6 meses ( ); De 6 meses a 1 ano ( ); De 1 a 5 anos ( ); De 5 a 10 anos ( ); De 10 a 20 anos ( ); De 20 a 30 anos ou mais anos ( ).
4. Você saberia informar sobre qual a política que norteia a unidade de atendimento ao hipertenso?
5. Que profissionais compõem a equipe de saúde no ambulatório de atendimento a hipertensos?
6. No ambulatório, existe abordagem ao paciente hipertenso em relação à prevenção da doença renal? Sim ( ) Quais são as ações realizadas? Como é realizada? Não ( ) Por quê?
7. O modelo assistencial no ambulatório de atendimento a hipertensos possui sessão clínica? Sim ( ) Não ( )
8. Se sim a questão 7, quem participa?  
 ( ) Paciente; ( ) Familiar - Grau de parentesco \_\_\_\_\_; ( ) Profissionais. Quais?
9. Você saberia informar quais são as situações clínicas de maior prevalência, maior custo e maior gravidade desta unidade?
10. Qual a atuação do enfermeiro no ambulatório de atendimento ao hipertenso?
11. O modelo assistencial vigente no ambulatório de atendimento a hipertensos desta instituição de saúde aponta princípios e/ ou teorias?  
 Sim ( ) Quais?; Não se aplica ( ); Há somente na prática, mas não está documentado.
12. Quais são os instrumentos (recursos físicos e materiais de papelaria) utilizados para o atendimento ao paciente hipertenso?

13.A instituição possui instrumento próprio de enfermagem para controle e registro de sua avaliação junto ao paciente? Sim ( ). Quais são os principais itens que o compõem? Não ( )

14.Qual a média de tempo que o paciente hipertenso permanece em acompanhamento no ambulatório sem desenvolver a doença renal?

15. Existe um mapeamento de risco para o paciente hipertenso em relação à doença renal?

16.Como é realizado o controle de Mapeamento dos clientes, nesta unidade?

17.Como se dá o fornecimento de recursos materiais para esta unidade ambulatorial?

18. Que aspectos assistenciais você considera importantes de serem abordados ao paciente hipertenso em relação à prevenção da doença renal?

19.Por gentileza, aponte itens que em sua opinião deveriam ser contemplados no modelo assistencial de enfermagem na prevenção à doença renal, em relação aos pacientes hipertensos.

## APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA NÃO PARTICIPANTE.

CÓDIGO DA INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO DO SUJEITO: \_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_ N° DA VISITA: \_\_\_\_\_

DATA DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

HORA DO INÍCIO: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ HORA DO TÉRMINO: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Abordagem do profissional de saúde no ambulatório, ao paciente hipertenso, com vistas à prevenção da doença renal:

( ) Inexiste; ( ) Existe parcialmente. Destaques? ( ) Existe integralmente. Quais as estratégias assistenciais identificadas?

Média de duração do atendimento por consulta:

( ) Dez minutos; ( ) 10 – 15 minutos; ( ) 15 – 20 minutos; ( ) Mais de 20 minutos.

Outras observações:

## APÊNDICE 5 - ORÇAMENTO DA PESQUISA

| Itens a serem financiados   |            | Valor Unitário (R\$)                     | Valor Total (R\$) | Fonte Viabilizadora   |
|---|------------|--|-------------------|-----------------------|
| Especificações  | Quantidade |  |                   |                       |
| 1. Resma de papel A4;   | 02         | 13,00                                    | 26,00             | Pesquisador Principal |
| 1. Xerox entrevistas;   | 20         | 0,20                                     | 4,00              |                       |
| 2. Xerox roteiros;  | 20         | 0,20                                     | 4,00              |                       |
| 3. Xerox processo de consentimento;   | 20         | 0,20                                     | 4,00              |                       |
| 4. Cartucho tinta preta;  | 04         | 30,00                                    | 120,00            |                       |
| 5. Cartucho tinta colorida;   | 02         | 45,00                                    | 90,00             |                       |
| 6. Gravador arquivo digital;  | 01         | 100,00                                   | 100,00            |                       |
| 7. Revisão de português – Projeto na íntegra – (150 mil caracteres);        | 1          | 6 reais / dois mil caracteres com espaço | 450,00            |                       |
| 8. Revisão de inglês – resumo (3mil caracteres);                            | 1          | 6 reais / dois mil caracteres com espaço | 36,00             |                       |
| 9. Revisão de espanhol- resumo (3mil caracteres);                           | 1          | 6 reais / dois mil caracteres com espaço | 36,00             |                       |
| 10. Revisão de artigo-Tradução para espanhol na íntegra (45 mil caracteres) | 1          | 6 reais / dois mil caracteres com espaço | 135,00            |                       |
| 11. Impressão capa dura;  | 02         | 50,00                                    | 100,00            |                       |
| 12. Impressão defesa de anteprojeto   | 6 ex.      | 100,00                                   | 600,00            |                       |
| 13. Impressão defesa de projeto + CEP;                                      | 6 ex.      | 150,00                                   | 900,00            |                       |
| 14. Impressão qualificação;   | 5 ex.      | 100,00                                   | 500,00            |                       |
| 15. Impressão defesa;   | 5 ex.      | 100,00                                   | 500,00            |                       |
| 16. Passador de slide (Wireless Presenter R400)                             | 1          | 200,00                                   | 200,00            |                       |
| 17. Computador;   | 1          | 1000,00                                  | 1000,00           |                       |
| 18. Antivírus;  | 2          | 150,00                                   | 300,00            |                       |
| 19. iPad com tela Retina Wi-Fi + Cellular 16GB                              | 1          | 2.099,00                                 | 2.099,00          |                       |
| 20. Pen Drive (8G);   | 2          | 60,00                                    | 120,00            |                       |
| 21. Papelaria (diversos);   | -          | -  | 200,00            |                       |
| 22. Confeção de pôster;   | 10         | 37                                       | 370,00            |                       |
| 23. Participação em eventos;  | 6          | 150                                      | 900,00            |                       |
| 24. Livros;   | -          | -  | 1.000,00          |                       |

|                           |     |                            |          |  |
|---------------------------|-----|----------------------------|----------|--|
| 25. Passagem ao exterior; | 02  | 1500                       | 3.000,00 |  |
| 26. Passaporte;           | 01  | 156,77                     | 160,00   |  |
| 27. Visto estudantil;     | 1   | 83,00                      | 83,00    |  |
| 28. Translato;            | -   | -                          | 3.000,00 |  |
| 29. Alimentação;          | -   | -                          | 2.000,00 |  |
| 30. Moradia;              | -   | 200,00 por noite (30 dias) | 6.000,00 |  |
| 31. Curso de espanhol     | 20h | 60,00 / hora/aula          | 1.200,00 |  |
| <b>Total Geral R\$</b>    |     | <b>R\$ 22,200</b>          |          |  |

## APÊNDICE 6



**Universidade Federal do Rio de Janeiro**  
**Hospital Universitário Clementino Fraga Filho**

**DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

Com relação ao projeto de pesquisa intitulado "Modelo Assistencial em Ambulatório: Enfoque da Prevenção da Doença Renal à Pacientes Hipertensos", sob orientação da Profa. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo e realizado pela pesquisadora Bruna Tavares Uchoa dos Santos, e tendo como instituição proponente a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da qual o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) participará como instituição coparticipante:

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP FM/HUCFF/UFRJ, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

*J. R. Eulálio*  
 Prof. José Marcus Raso Eulálio

Rio 02/12/13

*Lucia Marneta Perrotta de Souza*  
 Diretora Adjunta - HUCFF/UFRJ  
 CRM - 52.33602-3

## APÊNDICE 7



Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Centro de Ciências da Saúde  
Escola de Enfermagem Anna Nery



Rio de Janeiro, 28 de outubro de 2013.

De: Bruna Tavares Uchoa dos Santos

Para Comitê de ética em pesquisa do HUCFF/UFRJ

Assunto: encaminhamento de projeto de pesquisa de *Mestrado*

Encaminho o projeto intitulado: "Modelo assistencial em ambulatório: enfoque da prevenção da doença renal à pacientes hipertensos", juntamente com a minha orientadora prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sílvia Teresa Carvalho de Araújo, para apreciação e posterior parecer dos membros deste CEP

Ressalvo que a cópia digital do projeto encaminhada é igual à versão impressa.

Atenciosamente,

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sílvia Teresa carvalho de Araújo

---

Bruna Tavares Uchoa dos Santos

## APÊNDICE 8



Universidade Federal do Rio de Janeiro  
 Centro de Ciências da Saúde  
 Escola de Enfermagem Anna Nery



Rio de Janeiro, 28 de outubro de 2013.

De: Bruna Tavares Uchoa dos Santos

Para Comitê de ética em pesquisa do HUPE/UERJ

Assunto: encaminhamento de projeto de pesquisa de *Mestrado*

Encaminho o projeto intitulado: "Modelo assistencial em ambulatório: enfoque da prevenção da doença renal à pacientes hipertensos", juntamente com a minha orientadora prof.ª Dr.ª Silvia Teresa Carvalho de Araújo, para apreciação e posterior parecer dos membros deste CEP

Ressalvo que a cópia digital do projeto encaminhada é igual à versão impressa.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Silvia Teresa carvalho de Araújo

Bruna Tavares Uchoa dos Santos

## APÊNDICE 9



Universidade Federal do Rio de Janeiro

Centro de Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem Anna Nery

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Eu, Bruna Tavares Uchoa dos Santos, mestranda do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, desenvolverei uma pesquisa intitulada: "Modelo assistencial em ambulatório: enfoque da prevenção da doença renal à pacientes hipertensos", com os seguintes objetivos: Relacionar o enfoque ambulatorial de prevenção da doença renal nos modelos assistenciais de hipertensão arterial ao tempo médio que o paciente permanece em tratamento ambulatorial sem desenvolver a doença renal, nos cenários investigados; Descrever como os modelos assistenciais de hipertensão se organizam em relação à prevenção da doença renal; Identificar o enfoque de prevenção adotado nos modelos assistenciais aos pacientes hipertensos, nos ambulatórios investigados; Levantar, junto aos profissionais atuantes no ambulatório de hipertensão, o tempo médio que o paciente permanece em tratamento ambulatorial sem desenvolver a doença renal. Discutir como o enfoque de prevenção no modelo assistencial ambulatorial, interfere no curso da doença renal em pacientes hipertensos.

Solicito através deste, o seu consentimento para que eu possa coletar os dados da pesquisa neste Ambulatório, que será através da realização de uma entrevista e que terá o nome da instituição, mediante o aceite da participação, condicionado a prévia aprovação em comitê de ética em pesquisa.

O aceite representará uma contribuição para produção de conhecimento acerca da prevenção da doença renal em pacientes hipertensos.

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2014.

Pesquisadora Bruna Tavares Uchoa dos Santos

Instituição: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

Responsável pela unidade: Antonio Carlos Iglesias

Antonio Carlos Iglesias  
Diretor do HUGC

## APÊNDICE 10



Universidade Federal do Rio de Janeiro  
 Centro de Ciências da Saúde  
 Escola de Enfermagem Anna Nery



## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Eu, Bruna Tavares Uchoa dos Santos, mestranda do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, desenvolverei uma pesquisa intitulada: “Modelo assistencial em ambulatório: enfoque da prevenção da doença renal à pacientes hipertensos”, com os seguintes objetivos: Relacionar o enfoque ambulatorial de prevenção da doença renal nos modelos assistenciais de hipertensão arterial ao tempo médio que o paciente permanece em tratamento ambulatorial sem desenvolver a doença renal, nos cenários investigados; Descrever como os modelos assistenciais de hipertensão se organizam em relação à prevenção da doença renal; Identificar o enfoque de prevenção adotado nos modelos assistenciais aos pacientes hipertensos, nos ambulatórios investigados; Levantar, junto aos profissionais atuantes no ambulatório de hipertensão, o tempo médio que o paciente permanece em tratamento ambulatorial sem desenvolver a doença renal. Discutir como o enfoque de prevenção no modelo assistencial ambulatorial, interfere no curso da doença renal em pacientes hipertensos.

Solicito através deste, o seu consentimento para que eu possa coletar os dados da pesquisa neste Ambulatório, que será através da realização de uma entrevista e que terá o nome da instituição referido, mediante o aceite desta instituição.

O aceite representará uma contribuição para produção de conhecimento acerca da prevenção da doença renal em pacientes hipertensos.

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2013

Pesquisadora Bruna Tavares Uchoa dos Santos  
 Responsável pela Instituição Paula Maria Perrotta de Souza  
 Diretora Adjunta - HUCFF / UFRJ  
 C.R.M. 32.358/9-7

## APÉNDICE 11


**UAEM**

 Universidad Autónoma  
del Estado de México

**PLAN DE PRESENTACIÓN**
**Exposición: Investigación Llamado "Estado del Arte"**
**Estudiante: Bruna Tavares Uchoa dos Santos.**
**Día: 04/07/2014.**
**Hora: 16:00 - 18:00 (exposición Duracion: 60 min.)**
**Participantes: Estudiantes del programa de maestría y graduación. UAEM**

*"Quién no estaría sorprendido por la complejidad de la educación es porque no la entiende."  
(Celso Vasconcellos, 2008.)<sup>1</sup>*

**Propuesta:** Presentación del tema "estado del arte".

**Objetivos:**

1. Reconocer los aspectos generales de la revisión de la literatura;
2. Conocer sobre el estado del arte;
3. Identificar los requisitos importantes en la búsqueda y recuperación de Información ;
4. La comprensión de cómo desarrollar la estrategia de búsqueda efectiva la;
5. Observe cómo se pueden organizar las referencias en cada obtenidos fuente de busqueda.

| Actividades:   | Recursos:                             | Tiempo: |
|--|---------------------------------------|---------|
| 1º Tiempo →<br>✓ Planteamiento de ideas  | Conversación                          | 5 min.  |
| 2º Tiempo →<br>✓ Presentación del contenido:<br>1. "Revisión de la literatura – Aspectos generales".<br>- Investigación bibliográfica ("Sobre lo que es", "objetivos" y "funciones")<br>2. Tipos de revisión de la literatura<br>3. Estado del arte<br>- "Lo que es"; "Para que servi"; "Objetivos"<br>4. Requisitos importantes em la búsqueda y recuperación de información;<br>5. Como desarrollar la estrategia de búsqueda eficaz?<br>- Uso de operadores booleanos; símbolos; parêntesis;; comillas.<br>6. Como organizar referencia obtenidos em cada fuente de información de búsqueda?<br>- Base de dados; estratégia (expressão de búsqueda); resultados; Selección; critérios de selección)<br>7. Como organizar las obras seleccionadas. | Data show-slide, ordenador<br>50 min. |         |
| 3º Tiempo →<br>Discusión   | Conversación                          | 5 min.  |

**Fuentes:**

MARTINS, Maria de Fatima. Pesquisa Bibliográfica em Fontes de Informação Eletrônica. FIOCRUZ. 2013.

PINTO, Cecilia Izidoro; Santos, dos Juliano. Busca bibliográfica na internet: conceitos fundamentais. UFRJ/EEAN. Abril, 2013.

FERREIRA, Norma Sandra de Almeida. As pesquisas denominadas "Estado da arte". Educação &amp; Sociedade, ano XXIII, no 79, Agosto 2002.

<sup>1</sup> Celso Vasconcellos parafraseando Niels Bohr (1885-1962). No original, Bohr refere-se à teoria quântica.

 Dra. en Ent.  
Dandina Gómez Torres

7/04/14

## ANEXOS

## ANEXO 1 -



Instituto Mexicano Del Seguro Social  
Jefatura De Servicios De Prestaciones Médicas  
Hospital General Regional No. 251



Metepec, México a 01 de Abril de 2014

Of. 160502200200/ 00327 /2014

M. en A.S.S. *María Juana Gloria Toxqui Tlachino*

Directora de la Facultad de Enfermería y Obstetricia  
Paseo Tollocan s/n Esq. Jesús Carranza  
Col. Moderna de la Cruz, Toluca, México C.P. 50180

En respuesta a su similar con No. Ref. 0536/2014 en el que solicita autorización para que la Lic. en Enf. Bruna Tavares Dos Santos pueda acudir a este nosocomio para poder conocer su funcionamiento los días 5, 6, 8, 12 y 13 de mayo del año en curso de 8:00 a 14:00hrs.

Por lo anterior me es muy grato autorizar el ingreso de la Licenciada en los días y horario antes mencionado.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para hacerle un extenso saludo de cordialidad y bienestar

ATENTAMENTE  
"Seguridad y Solidaridad Social"

*L. E. Gloria González González*  
Jefe de Enfermeras H. G. R. 251

C.c.p.: L.E. Gloria González González.- Jefe de Enfermeras del HGR No. 251  
GGG/Inc

Av. Arbol de la Vida Sur No. 501, Col. Bosques de Metepec, Metepec, México. C.P. 52148

## ANEXO 2



Toluca, México, 11 de febrero de 2014

**PROFA. DRA. MARCIA DE ASSUNCIO FERREIA  
COORDINADORA GENERAL DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN  
ESCUELA DE ENFERMERÍA ANNA NERY  
PRESENTE**

Por medio del presente reciba un cordial saludo, al mismo tiempo me permito comentarle que este organismo académico tuvo a bien aprobar el intercambio académico en la modalidad de "Pasantía Sándwich" de la Enf. Bruna Tavares Uchoa Dos Santos, alumna de la Maestría del Programa de Postgrado en Enfermería de la Escuela de Enfermería Anna Nery, a la Maestría en Enfermería de la Facultad en Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México, durante el periodo del 1º de marzo al 31 de mayo del presente año, cursando las siguientes asignaturas:

- Gerencia en Enfermería
- Práctica Integral II

Cabe destacar que el costo de la estancia académica en esta facultad, será solventado por la alumna.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para reiterarle mi distinguida consideración.

**ATENTAMENTE**  
**PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO**  
*"2014, 70 Aniversario de la Autonomía (CLA-UAEM)"*

**M. EN A.S.S. MARÍA JUANA GLORIA TOXQUI TLACHINO**  
**DIRECTORA**

c.c.p. Minutario  
MJGT/VMS/gmcd\*

Facultad de Enfermería  
y Obstetricia



Paseo Toluca s/n Esq. Jesús Carranza Col. Moderna de la Cruz, Toluca, México C.P. 50180  
Tel. 270-62-70, 270-23-57 Fax 215-80-08  
e-mail: FEyO@uaemex.mx



**UAEM** | Universidad Autónoma  
del Estado de México

No. Oficio: 0536/2014  
DIRECCIÓN

Toluca, México, 05 de marzo de 2014

**LIC. GLORIA GONZÁLEZ GONZÁLEZ,**  
Jefa de Enfermeras de la Clínica de Salud Familiar  
De la Clínica No. 251 del IMSS  
**PRESENTE**

A través de este medio le envío un cordial saludo, al mismo tiempo me permito solicitar su **AUTORIZACIÓN** y apoyo para que la **Lic. en Enf. Bruna Tavares Dos Santos**; quien actualmente estudia la Maestría en la Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil; y se encuentra de Estancia Académica en nuestra Facultad; pueda acudir a conocer el funcionamiento de la Clínica, las fechas propuestas de ser aceptada dicha petición son los días 5, 6, 8, 12 y 13 de mayo del año en curso, con un horario de 8:00 a 14:00 horas.

Sin otro particular por el momento agradeciendo de antemano la atención que sirva dar a la presente, me despido quedando a sus órdenes.

**ATENTAMENTE**  
**PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO**  
"2014, 70 Aniversario de la Autonomía UAEM"



**M. en A.S.S. MARÍA JUANA GLORIA TOXQUI TLACHINO**  
Directora

C.c.p. Dra. Vianey Méndez Salazar.- Coordinadora de Posgrado de la FEyO  
C.c.p. Dra. Daniela Gómez Torres.- Tutora de la Estudiante en la FEyO  
C.c.p. Interesada  
C.C.P. Minutero  
MAGTC/plm

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
Paseo Tollocan s/n Esq. Jesús Carranza Col. Moderna de la Cruz, Toluca, México C.P. 50180  
Tel. 270-62-70, 270-23-57 Fax 215-80-08  
e-mail FEyO@uaemex.mx

## ANEXO 4

**A QUIEN CORRESPONDA:**

Quien suscribe, **M. en A.S.S. María Juana Gloria Toxqui Tlachino**, Directora de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México, por este medio **HAGO CONSTAR** que la **Enf. Bruna Tavares Uchoa Dos Santos**, alumna de la Maestría del Programa de Postgrado en Enfermería de la Escuela de Enfermería Anna Nery, realizó la estancia académica durante el periodo del 1° de marzo al 31 de mayo del presente año, atendiendo los siguientes cursos:

- Gerencia en Enfermería (Maestría en Enfermería en Terapia Intensiva)
- Práctica Integral II (Especialidad en Enfermería en Salud Familiar)

Se extiende la presente a petición de la interesada, para los fines legales que crea conveniente, en la Ciudad de Toluca de Lerdo, Estado de México, a treinta de mayo de dos mil catorce.

**ATENTAMENTE**  
**PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO**  
 "2014, 70 Aniversario de la Autonomía ICLA-UAEM"

**M. EN A.S.S. MARÍA JUANA GLORIA TOXQUI TLACHINO**  
**DIRECTORA**

Facultad de Enfermería  
 y Obstetricia

c.c.p. Minutario  
 MJGTI/VMS/gmod\*



Facultad de Enfermería y Obstetricia  
 Paseo Toluca s/n Esg. Jevó Carranza Col. Moderna de la Cruz, Toluca, México C.P. 50180  
 Tel. 270-62-70, 270-23-57 Fax 215-80-08  
 e-mail: FEyO@uaemex.mx

ANEXO 5



**UAEM** | Universidad Autónoma del Estado de México  
A través de la  
*Facultad de Enfermería y Obstetricia*

Otorga la presente:

# CONSTANCIA

**L.E. BRUNA TAVARES UCHOA DOS SANTOS**

Por su participación como **ASISTENTE** al **SEMINARIO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN: EXPERIENCIAS DE ENFERMERÍA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA, MÉXICO-CUBA**, del 22-26 de Abril del presente año, organizado por el C.A. Ejercicio en Enfermería, con una duración de 40 horas.

Toluca, México, Abril 2014

**ATENTAMENTE**  
**PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO**  
"2014, 70 Aniversario de la ICLA-UAEM"



Estado de México



CUERPO ACADÉMICO EJERCICIO EN ENFERMERÍA



M.A.S.S. MARÍA JUANA GLORIA TOXQUI TLACHINO  
DIRECTORA



M. EN.S.P. PATRICIA BECERRIL AMERO  
COORDINADORA DE INVESTIGACIÓN

## ANEXO 6



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

|   |  |  |                     |
|---|--|--|---------------------|
| 1. Projeto de Pesquisa:<br>MODELO ASSISTENCIAL EM AMBULATÓRIO: ENFOQUE DA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL À PACIENTES HIPERTENSOS   |  | 2. Número de Participantes da Pesquisa:<br>15  |                     |
| 3. Área Temática:   |  |  |                     |
| 4. Área do Conhecimento:<br>Grande Área 4. Ciências da Saúde  |  |  |                     |
| <b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>  |  |  |                     |
| 5. Nome:<br>Bruna Tavares Uchoa dos Santos  |  |  |                     |
| 6. CPF:<br>130.791.207-95   |  | 7. Endereço (Rua, n.º):<br>JOAO BATISTA CARLOS DOS SANTOS AMPLIACAO Lt 26 Qd 67 ITABORAI RIO DE JANEIRO 24808012 |                     |
| 8. Nacionalidade:<br>BRASILEIRO   |  | 9. Telefone:<br>(21) 9946-6589   | 10. Outro Telefone: |
| 12. Cargo:  |  | 11. Email:<br>brunatavaresrj@gmail.com   |                     |
| <p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p>Data: <u>03 / 12 / 2013</u> <span style="float: right;"><u>Bruna Tavares Uchoa dos Santos</u><br/>Assinatura</span></p> |  |  |                     |
| <b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>   |  |  |                     |
| 13. Nome:<br>Escola de Enfermagem Anna Nery   |  | 14. CNPJ:<br>33.663.663/0002-05  | 15. Unidade/Orgão:  |
| 16. Telefone:<br>(21) 1293-8148   |  | 17. Outro Telefone:  |                     |
| <p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>Neide Aparecida Titonelli Alvim</u> CPF: <u>046.665.657-76</u></p> <p>Cargo/Função: <u>Diretora</u></p> <p>Data: <u>03 / 12 / 13</u> <span style="float: right;"><u>Neide Aparecida Titonelli Alvim</u><br/>Assinatura<br/>Prof.ª Dr.ª Neide Aparecida Titonelli Alvim<br/>Diretora da EEAN/UFRJ<br/>SIAPE: 0365919</span></p>                                       |  |  |                     |
| <b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>   |  |  |                     |
| Não se aplica.  |  |  |                     |

## ANEXO 7



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO



## VÍNCULO DO PESQUISADOR PRINCIPAL

**HUPE/UERJ**

( ) Servidor ( ) Contratado ( ) Residente ( ) Aluno (X) Outros: \_\_\_\_\_  
Serviço/Disciplina: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**INSTITUIÇÃO EXTERNA\***

( ) Orientador/Co-orientador do HUPE/UERJ ( ) Indicação da CONEP (X) Outros: \_\_\_\_\_  
Serviço/Disciplina: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

\*(Apresentar declaração de identificação da Instituição a que está vinculada)

**PROJETO DE**

( ) Graduação ( ) Especialização (X) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Qual Faculdade/Instituição: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

Declaro para os devidos fins que a (o) UNIDADE AMBULATORIAL do Hospital Universitário Pedro Ernesto, sabe do interesse na realização da Pesquisa: **MODELO ASSISTENCIAL EM AMBULATORIO: ENFOQUE DA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL À PACIENTES HIPERTENSOS.** sendo os responsáveis o autor BRUNA TAVARES UCHOA DOS SANTOS e orientador SÍLVIA TERESA CARVALHO DE ARAÚJO e não nos opomos que a mesma seja realizada. O projeto só deverá começar após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do HUPE.

- Período de coleta dos dados: ( 10/2/14 à 10/5/14 ) os dados serão coletados através de:  
(X) ENTREVISTA ( ) QUESTIONÁRIO ( ) PRONTUÁRIO ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

ROSEANO MARQUES DE SOUZA  
\*Nome do responsável da Unidade/Serviço/Disciplina

Roseano Marques de Souza  
Assinatura com carimbo Data 04/12/13

\*(quando o orientador for também responsável pela Unidade/Serviço/Disciplina há nessa relação um conflito de interesse. Nestes casos solicitamos que este documento seja assinado por outro responsável)

Bruna Tavares Uchoa dos Santos  
Nome do pesquisador

Bruna Tavares Uchoa dos Santos  
Assinatura Data 03/12/13

## ANEXO 8



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

**DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

Com relação ao projeto de Pesquisa intitulado: "Modelo Assistencial em Ambulatório: Enfoque da Prevenção da Doença Renal à Pacientes Hipertensos", sob orientação da Prof.ª SÍLVIA TERESA CARVALHO DE ARAÚJO e realizado pela pesquisadora BRUNA TAVARES UCHOA DOS SANTOS, e tendo como instituição proponente a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da qual o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG UNIRIO, participará como Instituição Coparticipante:

Autorizo o desenvolvimento da Pesquisa, após parecer do Comitê de Ética desta Instituição, em nossas dependências.

Rio de Janeiro, 21 de 01 de 2014.

Direção da Unidade (HUGG).

Antonio Carlos Iglesias  
Diretor do HUGG

## ANEXO 9



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Rio de Janeiro, 14 de novembro de 2013.

*Ao Hospital Universitário Clementino Fraga Filho*

### CARTA DE APRESENTAÇÃO

Apraz-nos apresentar o(a) aluno(a) **BRUNA TAVARES UCHOA DOS SANTOS** regularmente matriculado(a) no Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob o nº **113157710**, vem desenvolvendo, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Teresa Carvalho de Araújo, pesquisa intitulada "**MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM AMBULATÓRIO: ENFOQUE DA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL À PACIENTES HIPERTENSOS**".

  
Jorge Anselmo  
Secretário dos Cursos de  
Pós-Grad./EEAN/UFRJ  
SIAPE 0360955

## ANEXO 10



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Rio de Janeiro, 14 de novembro de 2013.

*Ao Hospital Universitário Gafrée e Guinle*

### CARTA DE APRESENTAÇÃO

Apraz-nos apresentar o(a) aluno(a) **BRUNA TAVARES UCHOA DOS SANTOS** regularmente matriculado(a) no Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob o nº **113157710**, vem desenvolvendo, sob a orientação da Profª Drª Silvia Teresa Carvalho de Araújo, pesquisa intitulada "**MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM AMBULATÓRIO: ENFOQUE DA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL À PACIENTES HIPERTENSOS**".

  
Jorge Anselmo  
Secretário dos Cursos de  
Pós-Grad./EEAN/UFRJ  
SIAPE 0360955