

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA POLITÉCNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

SUELLEN VIENSCOSKI SKUPIEN

**SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO FRENTE À DOENÇA RENAL
CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**CURITIBA
2014**

SUELLEN VIENSCOSKI SKUPIEN

**SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO FRENTE À DOENÇA RENAL
CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, pela Escola Politécnica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Tecnologia em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Agnelo Denis Vieira

Coorientador: Prof. Dr. Marcos Augusto Shmeil

**CURITIBA
2014**

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

S629s Skupien, Suellen Vienscoski
2014 Sistematização do atendimento frente à doença renal crônica na atenção
primária à saúde / Suellen Vienscoski Skupien ; orientador, Agnelo Denis Vieira
; coorientador, Marcos Augusto Shmeil. -- 2014
118 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2014
Bibliografia: f. 65-68

1. Insuficiência renal crônica. 2. Protocolos médicos. 3. Rastreamento
médico. 4. Atenção primária à saúde. I. Vieira, Agnelo Denis. II. Shmeil, Marcos
Augusto. III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná Pós-Graduação em
Tecnologia da Saúde. IV. Título.

CDD 20. ed. – 616.614

**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 201

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: TECNOLOGIA EM SAÚDE

Aos 24 dias do mês de novembro de 2014, no auditório Irmão Albano, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação: **“Sistematização do atendimento frente à doença renal crônica na atenção primária à saúde”**, apresentada pela aluna **Suellen Vienscoski Skupien**, sob orientação do Prof. Dr. Agnelo Denis Vieira e coorientação do Prof. Dr. Marcos Augusto Hochuli Shmeil como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Tecnologia em Saúde**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Agnelo Denis Vieira,
PUCPR (Orientador e presidente)



(assinatura)

Aprovado
(Aprov/Reprov.)

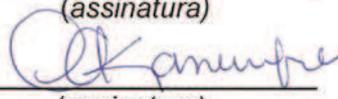
Prof. Dr. Sérgio Ossamu Ioshii
PUCPR (Examinador)



(assinatura)

Aprovada
(Aprov/Reprov.)

Profª. Drª. Carla Cristine Kanunfre,
UEPG (Examinador)



(assinatura)

APROVADA
(Aprov/Reprov.)

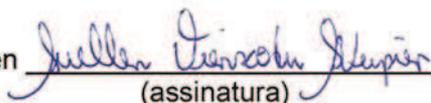
Início: 8:30 Término: 10:15

Conforme as normas regimentais do PPGTS e da PUCPR, o trabalho apresentado foi considerado Aprovada (aprovado/reprovado), segundo avaliação da maioria dos membros desta Banca Examinadora.

Observações: conforme material entregue à aluna

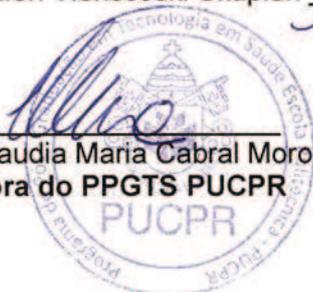
O aluno está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 30 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGTS/PUCPR; (III) entrega da documentação necessária para elaboração do Diploma.

ALUNO: Suellen Vienscoski Skupien



(assinatura)

Profª. Drª. Claudia Maria Cabral Moro Barra,
Coordenadora do PPGTS PUCPR



AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida, pela educação, pela proteção e pelas oportunidades.

Agradeço de coração aos meus familiares, em especial a minha mãe Gleisy, meu esposo Felipe e minha avó Nair, que sempre me incentivam e são meus companheiros.

Agradeço ao meu orientador Professor Dr. Agnelo Denis Vieira e a meu coorientador Professor Dr. Marcos Augusto Shmeil, que me auxiliaram nesta jornada.

Agradeço as amigas Lilian, Luciane e Larissa pelo companheirismo e pelas longas viagens, sempre animadas.

Agradeço aos professores do PPGTS, que me auxiliaram para o andamento deste estudo, em especial a Professora Dr^a. Deborah Ribeiro Carvalho, as considerações foram extraordinárias bem como o carinho.

Agradeço imensamente aos profissionais participantes da pesquisa, entre médicos e enfermeiros, que disponibilizaram seu tempo e conhecimento para contribuírem com o estudo. Sem vocês não seria possível o estudo proposto.

Agradeço também à banca examinadora, por contribuírem na conclusão deste trabalho, em especial a Professora Dr^a. Carla Cristine Kanunfre e ao Professor Dr. Sérgio Ossamu Ioshii.

RESUMO

Introdução: A Doença Renal Crônica consiste na perda progressiva e irreversível da função renal, acarretando aos seus portadores danos de caráter biopsicossocial e redução da sua qualidade de vida. Na atenção primária, os médicos e enfermeiros possuem papel fundamental nas ações de prevenção e controle da Doença Renal Crônica. Desta forma, tem-se como objetivo propor a sistematização do atendimento frente à Doença Renal Crônica na atenção primária. **Método:** A pesquisa tem abordagem quanti-qualitativa do tipo exploratória, dividida em três fases: (1) levantamento das informações sobre a Doença Renal Crônica, (2) elaboração do Protocolo de atendimento para o rastreamento da Doença Renal Crônica na atenção primária, (3) avaliação do Protocolo, por médicos e enfermeiros. **Resultados:** Foi elaborado e avaliado um Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica, com vistas à atenção primária. Durante a avaliação, obteve-se um consenso, com média de 98,9% das respostas por médicos e enfermeiros. **Conclusão:** Este estudo elaborou uma proposta de Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde, através de sua definição e avaliação. O Protocolo elaborado possibilita a sistematização do atendimento frente à Doença Renal Crônica na atenção primária, além de nortear os profissionais de saúde para tomada de decisão quanto ao encaminhamento dos pacientes em tempo hábil para o especialista, minimizando assim, os agravos oriundos desta doença.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica. Rastreamento. Sistematização. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

SYSTEMATIZATION OF CARE FOR CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PRIMARY CARE

Introduction: Chronic Kidney Disease consists in the progressive and irreversible loss of kidney function, causing biopsychosocial damage and decreasing the quality of life of patients. In primary health care doctors and nurses play a key role in the prevention and control of Chronic Kidney Disease. Therefore, the present study aims to propose the systematization of care for chronic kidney disease in primary care.

Method: Exploratory research that uses a quantitative and qualitative method divided into three steps: (1) collection of information on Chronic Kidney Disease, (2) elaboration of the Protocol for screening of Chronic Kidney Disease in primary care, (3) assessment of the Protocol by doctors and nurses. **Results:** A Care Protocol for Chronic Kidney Disease screening in primary care was elaborated and assessed.

Consensus was obtained during the assessment, with an average of 98.9% of responses from doctors and nurses. **Conclusion:** In this study, a proposal of Care Protocol for Chronic Kidney Disease screening in primary care was elaborated, through its definition and assessment. The referred Protocol allows the systematization of care for Chronic Kidney Disease in primary care and also guides health professionals through their decisions regarding the timely referral of CKD patients requiring specialist review, minimizing the complications arising from this disease.

Keywords: Chronic Kidney Disease. Screening. Systematization. Primary Care.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1: Fases da Pesquisa.....	35
Figura 2: Ficha de Identificação.....	38
Figura 3: Fluxograma de Atendimento do Paciente na Unidade Básica de Saúde...52	
Quadro 1: Estagiamento da Doença Renal Crônica.....	17
Quadro 2: Classificação da Pressão Arterial em Adulto.....	19
Quadro 3: Instrumentos do Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde.....	27
Quadro 4: Modelo de Fehring para Seleção de Enfermeiros.....	30
Quadro 5: Pontuação dos Enfermeiros segundo o Modelo de Fehring (1994).....	31
Quadro 6: Levantamento dos Artigos/Referências sobre a Doença Renal Crônica..	36
Quadro 7: Entrevista Auto-Referida de Fatores/Grupos de Risco.....	39
Quadro 8: Consulta de Enfermagem.....	41
Quadro 9: Consulta Médica.....	49
Quadro 10: Perfil Profissional dos Avaliadores.....	54
Quadro 11: Frequência das Respostas por Avaliador.....	55
Quadro 12: Consenso das Médias de Respostas dos Avaliadores.....	55

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPE [®]	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIPESC [®]	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRM	Conselho Regional de Medicina
DOQI	<i>Disease Outcome Quality Initiative</i>
DRC	Doença Renal Crônica
EAS	Exame Sumário de Urina
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corporal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
NKF	<i>National Kidney Foundation</i>
PA	Pressão Arterial
RAC	Relação Albuminúria Creatininúria
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SCORED	<i>Screening for Occult Renal Disease</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 OBJETIVOS.....	13
1.1.1 Objetivos Específicos.....	13
1.2 CONTRIBUIÇÃO SOCIAL E CIENTÍFICA.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	14
2.2 DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	16
2.2.1 Fatores de Risco: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes <i>Mellitus</i>.....	18
2.3 RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	20
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	22
2.5 SISTEMATIZAÇÃO.....	24
3 MÉTODO.....	25
3.1 FASE 1 - LEVANTAMENTO DAS INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	25
3.2 FASE 2 - ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	26
3.3 FASE 3 - AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	29
3.3.1 Sujeitos da Pesquisa.....	29
3.3.2 Construção e Organização dos Questionários.....	31
3.3.3 Análise dos Questionários.....	33
4 RESULTADOS.....	35
4.1 LEVANTAMENTO DAS INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	35
4.2 ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	37
4.3 AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	53
5 DISCUSSÃO.....	58
6 CONCLUSÃO E TRABALHOS FUTUROS.....	63

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-PR..	70
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	72
APÊNDICE A - MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E ORIENTAÇÕES DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	75
APÊNDICE B - CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO.....	86
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO DA DRC NA APS – ENFERMEIROS.....	87
APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO DA DRC NA APS – MÉDICOS.....	112

1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) consiste na perda progressiva e irreversível da função renal, sendo definida pela lesão do parênquima renal e/ou diminuição de função renal presentes por um período igual ou superior a três meses (KDOQI, 2002). Esta doença acarreta aos seus portadores danos de caráter biopsicossocial e redução da sua qualidade de vida.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da DRC definidos pelo Ministério da Saúde são: hipertensão arterial, diabetes, idade avançada, obesidade, tabagismo, histórico de DRC na família, histórico de doença do aparelho circulatório e uso de agentes nefrotóxicos (BRASIL, 2014). Entre estes fatores de risco, os mais importantes são a hipertensão arterial (35,1%) e o diabetes (28,4%).

O diagnóstico da DRC baseia-se na identificação dos fatores de risco, presença de alterações de sedimento urinário e na redução da filtração glomerular. Já o tratamento ideal deve contemplar o estagiamento da doença, encaminhamento imediato para especialista, cuidados nefrológicos e implementação de ações para preservar a função renal (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

A DRC é projetada no cenário mundial como um dos maiores desafios à saúde pública, por tratar-se de doença cada vez mais comum associada à elevada mortalidade, morbidade e custos (LOUVISON et al., 2011).

Para enfrentar o desafio de conter a epidemia da DRC, no sentido de implementar políticas de saúde voltadas à prevenção, foi instituída no Brasil a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a qual define estratégias assistenciais estruturadas na busca por um cuidado qualificado dos pacientes (BRASIL, 2004).

Nesta perspectiva, também foi elaborado recentemente pelo Ministério da Saúde o documento Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica - DRC no Sistema Único de Saúde, que tem por objetivo orientar as equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa sob o risco ou com diagnóstico de doença renal (BRASIL, 2014).

Embora muitos estudos estejam sendo realizados sobre a DRC, ainda encontramos poucos documentos referentes à programas de rastreamento da doença renal destinados aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) ou

atenção primária (BASTOS; BASTOS; TEIXEIRA, 2007).

Os programas de rastreamento são sistematizados e objetivam a detecção precoce de uma determinada doença, oferecidos à população assintomática e realizados geralmente por Sistemas Nacionais de Saúde (BRASIL, 2010).

O termo rastreamento pode ser definido como a identificação presumível de doença por meio da realização de testes ou exames diagnósticos. O rastreamento da doença renal destina-se a identificar os indivíduos sob risco por meio de exames solicitados para uma população de risco (hipertensos, diabéticos, idosos, familiares de renais crônicos, entre outros) dentro de um programa estruturado (BRASIL, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2004).

Sabe-se que o rastreamento é primordial para o diagnóstico precoce da DRC e que os profissionais da APS são quase sempre responsáveis pelos primeiros contatos com portadores de doença renal. Neste sentido, os autores Li, Burdmann e Mehta (2013) reforçam a necessidade de protocolos para sistematizar a conduta em condições de DRC.

Sistematização pressupõe a organização, que por sua vez resulta em um conjunto de elementos, dinamicamente inter-relacionados (TRUPPEL et al., 2009). Estes elementos podem ser compreendidos por um conjunto de ações e uma sequência de passos, com a finalidade de produzir resultados positivos para a saúde dos indivíduos.

Para Brito et al. (2013), a captação precoce dos pacientes e a construção de um fluxo sistematizado dentro da rede de cuidados que permita uma assistência efetiva aos pacientes sob o risco ou portadores de DRC constituem, hoje, um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Justifica-se este estudo pela necessidade de protocolos e instrumentos destinados ao rastreamento da DRC e, principalmente pela sistematização do atendimento frente à DRC. Permitindo assim, o diagnóstico precoce da DRC e a organização dos serviços de saúde da atenção primária.

A APS tem caráter estratégico na realização de ações de promoção, prevenção, assistência e acompanhamento longitudinal dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (MENDES, 2012).

Por isso, acreditamos que os profissionais da APS podem atuar tanto na promoção à saúde como na prevenção da DRC, realizando o rastreamento para o diagnóstico precoce e fornecendo informações sobre a doença. Para tal atuação, é

necessário implementar protocolos e realizar capacitações, a fim de facilitar a aplicação de medidas preventivas pelos profissionais.

1.1 OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo geral propor a sistematização do atendimento frente à Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde.

1.1.1 Objetivos Específicos

- Elaborar uma proposta de Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica, com vistas à Atenção Primária à Saúde.
- Avaliar o Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica.

1.2 CONTRIBUIÇÃO SOCIAL E CIENTÍFICA

Este trabalho apresenta duas contribuições, uma de natureza social e outra científica. Quanto à de natureza social o trabalho organiza e sintetiza as diretrizes vigentes sobre a DRC com foco no modelo de atenção primária adotado no Brasil. Isto fornece suporte aos profissionais de saúde atuantes na atenção primária para o atendimento aos pacientes com DRC, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e garantindo melhores condições de atuação de tais profissionais. Como contribuição científica tem-se a proposta de Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde. Este protocolo, se adotado, permitirá a implementação de programa de rastreamento para o diagnóstico precoce da DRC.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo apresenta fundamentos e conceitos necessários para subsidiar o trabalho, estando organizado em cinco seções: Atenção Primária à Saúde; Doença Renal Crônica (Fatores de risco: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*); Rastreamento da Doença Renal Crônica; Políticas Públicas de Prevenção da Doença Renal Crônica; e Sistematização.

Primeiramente será retratada a APS, que tem como eixo estruturante no Brasil a Atenção Básica à Saúde. Esta considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, buscando a promoção, prevenção e reabilitação de sua saúde (STARFIELD, 2002).

Na sequência são abordadas as diretrizes clínicas da DRC para o diagnóstico e tratamento adequados, bem como, seus principais fatores de risco e intervenções. Ressalta-se aqui, a importância dos profissionais de saúde da atenção primária frente à hipertensão arterial e diabetes, considerados problemas globais de saúde pública e que levam a complicações severas como a DRC.

Finalmente, são apresentadas considerações sobre o rastreamento, as políticas públicas de prevenção da DRC e sistematização. Sabe-se que a detecção precoce de portadores e o acompanhamento periódico previnem a progressão da doença, aumentando a qualidade e perspectiva de vida.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 1920, surgiu no Reino Unido um modelo contemporâneo voltado para prática da APS, que preconizava a organização do sistema de atenção à saúde em níveis domiciliares, centros de saúde primários e secundários, serviços suplementares e hospitais escola. Tendo este modelo, influenciado a organização de sistemas de saúde em vários países (MENDES, 2012).

Para a institucionalização da APS em grande escala, foi realizada em 1978 a Conferência Internacional de Alma Ata. Segundo Mendes (2012), a partir desta conferência consolidou-se a definição de APS como cuidados básicos fundamentados em trabalho e tecnologia de natureza prática, acessíveis à população e relacionados com o desenvolvimento socioeconômico.

De acordo com Starfield (2002), a APS apresenta as seguintes características:

- **Porta de entrada** do serviço - primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há um problema de saúde, deve ser de fácil acesso e disponível aos usuários;
- **Continuidade** do cuidado - o paciente mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo;
- **Integralidade** - o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde, mesmo que sejam encaminhados a serviços secundários e/ou terciários;
- **Coordenação** do cuidado - o nível primário tem a responsabilidade de organizar, coordenar e integrar os cuidados realizados por profissionais de áreas diferentes através da informação em saúde.

A APS ou atenção primária se diferencia da secundária e terciária principalmente por destinar-se a problemas rotineiros, sejam eles simples ou complexos e caracterizados em suas fases iniciais. A APS baseia-se na prevenção dos fatores de risco, diagnóstico precoce e encaminhamento imediato ao médico especialista. Já a atenção secundária opera quando há necessidade de consultas com especialistas, exames complementares e internações hospitalares que não requerem intenso uso de tecnologias. A atenção terciária demanda muitos recursos tecnológicos e caracteriza-se pelo atendimento de casos mais raros e cuidados específicos (BRASIL, 2007).

Recentemente, vários países vêm desenvolvendo políticas para consolidar a APS como estratégia na organização dos serviços e promoção da saúde. Na década de 90, denominou-se como modelo de atenção à saúde no Brasil a Atenção Básica à Saúde. Esta é caracterizada por ações individuais e coletivas no primeiro nível, voltada a medidas de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2003).

No contexto da Atenção Básica à Saúde, foi implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Dentre as ações mínimas de responsabilidade da equipe de Saúde da Família destacam-se: realizar

diagnóstico precoce de casos; cadastramento e acompanhamento de pacientes; realização de visitas domiciliares; e efetivação de atividades educativas de promoção da saúde, individual e/ou em grupos (BRASIL, 2006b).

Estudos realizados no Brasil e Espanha demonstram que a APS tem capacidade para atender a 85% das necessidades em saúde, executando serviços preventivos, curativos e de promoção à saúde dos indivíduos ao longo do tempo. Destacam também, a importância da implementação de instrumentos e protocolos no intuito de auxiliar os profissionais de saúde na prevenção das doenças crônicas, dentre elas a DRC (MENDES, 2012; SANTOS, 2010).

2.2 DOENÇA RENAL CRÔNICA

As doenças crônicas assumiram importância significativa no mundo por serem consideradas enfermidades de evolução prolongada, associadas a elevada mortalidade, morbidade e custos (LOUVISON et al., 2011).

As enfermidades crônicas caracterizam as principais causas de morte e incapacidade no mundo, sendo responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais, dentre essas, destaca-se a DRC. No ano de 2011, foram registrados 15 mil óbitos em decorrência de DRC e custeados pelo SUS R\$ 1,8 bilhões em procedimentos de alta complexidade para os portadores (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Os rins são órgãos constituintes do sistema urinário e responsáveis pela manutenção da homeostase. Atuam regulando a água do organismo e outros elementos químicos do sangue, eliminando toxinas e liberando hormônios no sangue. Quando ocorre a perda de suas funções glomerulares, tubulares e endócrinas caracteriza-se a DRC (ROMÃO JR, 2004).

A DRC é definida pela lesão do parênquima renal e/ou pela diminuição de função renal presentes por três meses ou mais. Dessa forma, todo indivíduo adulto que apresentar Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 60 ml/min/1,73m² por pelo menos três meses consecutivos, com ou sem lesão renal é classificado como portador de DRC. Também é assim classificado o indivíduo com TFG ≥ 60 ml/min/1,73m² e presença de pelo menos um marcador de lesão renal (KDOQI, 2002; BRASIL, 2014).

Em relação ao diagnóstico da DRC, o Ministério da Saúde padronizou recursos no âmbito da atenção primária como a avaliação da TFG e o exame sumário de urina (EAS), que devem ser feitos para todos os pacientes que apresentam fatores de risco, ou seja, hipertensos, diabéticos, indivíduos que possuem familiares com DRC, entre outros. O exame de imagem (ultrassonografia dos rins e vias urinárias) deve ser feito para pacientes com história de DRC familiar, infecção urinária de repetição e doenças urológicas (BRASIL, 2014).

Segundo a *National Kidney Foundation* (NKF), para a estimativa da TFG deve-se realizar a dosagem de creatinina sérica ou plasmática. O declínio nas funções renais é classificado em estágios de acordo com a TFG (KDOQI, 2002). No Quadro 1 está descrito o estagiamento (classificação) para a DRC, o qual foi adotado pelo Ministério da Saúde para melhor estruturação do atendimento.

Quadro 1: Estagiamento da Doença Renal Crônica

Estágio/Descrição	TFG (ml/min/1,73 m²)
1 Lesão renal com TFG normal ou aumentada	≥90
2 Lesão renal com TFG levemente diminuída	60-89
3A Lesão renal com TFG moderadamente diminuída	45-59
3B Lesão renal com TFG moderadamente diminuída	30-44
4 Lesão renal com TFG severamente diminuída	15-29
5 Insuficiência Renal Crônica terminal	< 15

Fonte: Adaptado BRASIL, Ministério da Saúde, 2014.

Para fins de organização do tratamento ao paciente com DRC, este deve ser classificado em: conservador, quando nos estágios de 1 a 3; pré-diálise quando 4 e 5 (não dialítico); e Terapia Renal Substitutiva (TRS) quando no estágio 5 (dialítico). Entende-se como tratamento conservador o controle dos fatores de risco para progressão de DRC, com a finalidade de conservar a TFG pelo maior tempo de evolução possível. A pré-diálise consiste na manutenção do tratamento conservador e a TRS é a substituição da função renal, que pode ser realizada por meio de modalidades dialíticas ou transplante renal (BRASIL, 2014).

Sendo assim, o tratamento ideal deve contemplar o diagnóstico precoce, encaminhamento imediato para especialista, cuidados nefrológicos e implementação de ações para preservar a função renal (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

O conhecimento científico referente ao estagiamento e manejo clínico da DRC por parte dos profissionais de saúde da atenção primária pode contribuir para a prevenção da progressão da doença e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

2.2.1 Fatores de risco: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*

Os fatores de risco para DRC são: **Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes *Mellitus***, idade acima de 60 anos, obesidade, tabagismo, uso de agentes nefrotóxicos, histórico de DRC na família e doenças cardiovasculares. Estes fatores estão associados tanto à etiologia quanto à progressão da diminuição de função renal. Conforme diretrizes do Ministério da Saúde, o indivíduo que referir algum destes fatores de risco deverá ser classificado sob o risco de desenvolver DRC (BRASIL, 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2005), entre os principais fatores que podem desencadear a DRC, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (35,1%) e o Diabetes *Mellitus* (28,4%). A partir desses dados, estima-se então haver cerca de 7.800.000 de adultos com diabetes e 33.000.000 de adultos com hipertensão, diagnosticados (SESSO et al., 2011).

No Brasil, a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica na população adulta é superior a 25% e a maior parte desta população não sabe que é hipertenso. Sem o diagnóstico e tratamento adequado, a Hipertensão Arterial Sistêmica mantém seu papel como fator de risco determinante à DRC (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010), por meio do documento VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, definem como Hipertensão Arterial Sistêmica: pressão arterial (PA) sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em pelo menos três ocasiões. Os demais níveis pressóricos e os estágios da Hipertensão Arterial Sistêmica serão abordados no Quadro 2, a seguir:

Quadro 2: Classificação da Pressão Arterial em Adulto

Classificação da PA	Pressão Sistólica mmHg	Pressão Diastólica mmHg
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2011.

A elevação contínua da pressão arterial afeta o glomérulo, caracterizado como unidade funcional do rim, levando à diminuição progressiva de sua função. Como consequência, ocorre aumento na excreção de albumina, diminuindo a filtração glomerular e desencadeando a DRC (ROMÃO JR, 2004).

O tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica está baseado em terapia medicamentosa e modificações do estilo de vida como o controle de peso, padrão alimentar (dieta rica em frutas e vegetais), redução do consumo de sal, moderação no consumo de álcool, atividade física regular e controle do estresse. Cabe aos profissionais de saúde da atenção primária, detectar precocemente os fatores de risco e monitorar os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, minimizando os agravos à saúde nestes indivíduos (BRASIL, 2011).

Quanto ao Diabetes *Mellitus*, este é considerado o segundo fator de risco definido para o desenvolvimento da DRC. Conforme dados do Ministério da Saúde, cerca de 7,77 milhões de indivíduos adultos são portadores de Diabetes *Mellitus* e desses, 30% desconhecem possuir a doença (BRASIL, 2006c).

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia crônica e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006c, p.9).

Subdivido em dois grupos e de acordo com sua etiologia, o Diabetes *Mellitus* pode ser do tipo 1 ou tipo 2. O Diabetes *Mellitus* tipo 1 decorre da destruição das células beta-pancreáticas, já o tipo 2, decorre geralmente dos níveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de sua secreção (BRASIL, 2006c).

O diagnóstico de Diabetes *Mellitus* é determinado pelos níveis de glicose plasmática. O valor normal da glicemia em jejum nos indivíduos adultos deve ser menor que 100 mg/dl. Portanto, são considerados portadores de Diabetes *Mellitus* os indivíduos que apresentarem as condições descritas a seguir (BRASIL, 2014):

- Glicemia em jejum \geq 126 mg/dl, sendo o jejum definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas. Presença de sintomas clássicos como a poliúria, polidipsia e polifagia, juntamente com qualquer valor de hiperglicemia.
- Glicemia $>$ 200 mg/dl após 2 horas de carga oral de 75 g de glicose.

O nível de glicose alterado pode lesionar os vasos sanguíneos dos rins, acarretando disfunção renal. Tal como citado pelo Ministério da Saúde, em média 30 a 40% dos portadores de Diabetes *Mellitus* tipo 1 desenvolverão nefropatia num período de 10 a 30 anos após fase inicial da doença e, até 40% dos portadores de Diabetes *Mellitus* tipo 2 apresentarão nefropatia após 20 anos da doença. Portanto, os portadores de diabetes devem ter controle rigoroso da glicemia para postergar a evolução da DRC (BRASIL, 2006c; ROMÃO JR, 2004).

O tratamento do Diabetes *Mellitus* fundamenta-se em três pilares: na educação em saúde realizada pelos profissionais da atenção primária; modificações do estilo de vida como atividade física regular, combate à obesidade e tabagismo, restrição de consumo de açúcar e gorduras; e terapia medicamentosa através do uso de hipoglicemiantes (BRASIL, 2011).

2.3 RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

A *National Kidney Foundation* através de suas diretrizes recomenda que todos os indivíduos adultos que procuram atendimento no serviço primário de saúde devem ser rastreados para verificar os riscos de desenvolver DRC (KDOQI, 2002).

O termo rastreamento pode ser definido como a identificação presumível de doença por meio da realização de testes ou exames diagnósticos em populações ou pessoas assintomáticas, com o objetivo de diagnóstico precoce ou identificação e controle de riscos (BRASIL, 2010).

O rastreamento da DRC pode ser feito de diferentes maneiras, desde testes laboratoriais de rotina, até programas estratégicos para obtenção de dados sociodemográficos e clínicos nos grupos de risco (MAGACHO et al., 2012).

Em âmbito nacional, o rastreamento da DRC deve ser baseado na detecção dos fatores ou grupos de risco, com o objetivo de identificar quem são os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver a DRC, estimulando a realização de testes laboratoriais para facilitar o diagnóstico antes que a doença se torne avançada. Fatores indicativos de maior risco são descritos a seguir (BRASIL, 2014):

- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Diabetes *Mellitus*;
- Idade > 60 anos;
- Obesidade (IMC > 30 kg/m²);
- Histórico de doença do aparelho circulatório;
- Histórico de DRC familiar;
- Tabagismo;
- Uso de agentes nefrotóxicos (Anti-inflamatórios não hormonais, Antibióticos, Radiocontraste, Quimioterápicos, entre outros).

Indivíduos sob o risco de desenvolver a DRC requerem investigação diagnóstica laboratorial. Para Bastos e Kirsztajn (2011), a estimativa da TFG a partir da creatinina sérica e a investigação de proteinúria ou albuminúria são eficazes no rastreamento da DRC e de baixo custo para o SUS.

Casos em que a investigação laboratorial for normal na primeira avaliação deverão ser investigados anualmente. A avaliação do indivíduo sob o risco de desenvolver DRC deve ser feita na Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2014).

Recentemente, foi elaborado um questionário internacional denominado *Screening for Occult Renal Disease* (SCORED) para identificar indivíduos com alta probabilidade de desenvolver a DRC. O questionário foi elaborado com base nos

dados demográficos, clínicos e laboratoriais do *National Health and Nutrition Examination Surveys*, nos períodos de 1999 a 2000 e 2001 a 2002 (MAGACHO et al., 2012).

O questionário SCORED é composto pelas seguintes variáveis: idade (< 50; 50-59; 60-69; \geq 70 anos), sexo feminino, anemia, hipertensão arterial, diabetes, história de doença cardiovascular, história de insuficiência cardíaca congestiva, doença vascular periférica e proteinúria. Para tal, foi definido uma pontuação de 4 ou mais como ponto de corte para rastreamento, baseado nas características diagnósticas da DRC. Os indivíduos que marcarem 4 ou mais pontos apresentam maior chance de desenvolver DRC e aqueles com menos de 4 pontos provavelmente não desenvolverão DRC (MAGACHO et al., 2012).

Identificar indivíduos com DRC, principalmente nos estágios iniciais, reduz a progressão da doença. Dessa forma, as complicações mais temidas da DRC como a doença cardiovascular, a necessidade de TRS e a mortalidade seriam potencialmente prevenidas (LOUVISON et al., 2011).

Por isso, uma das finalidades desta pesquisa é elaborar um Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da DRC, com vistas à atenção primária, a fim de contribuir para a melhora nas ações acerca da prevenção da DRC.

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Em meados de 2002, a *National Kidney Foundation* por meio do documento *Disease Outcome Quality Initiative* (DOQI), desenvolveu diretrizes para abordar todas as fases da DRC, especialmente as mais precoces, almejando a prevenção da perda de função renal e minimizando as comorbidades naqueles que progridem para falência renal (KDOQI, 2002).

No Brasil, foi instituída em 2004 a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, visando prevenir a doença mediante promoção da saúde, diminuição do número de casos e minimização dos agravos. Os principais objetivos desta política são (BRASIL, 2004):

- Desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida;
- Organizar uma linha de cuidados integrais;

- Definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento dos serviços públicos e privados que realizam diálise;
- Ampliar o atendimento aos portadores de DRC, nas diferentes modalidades de TRS;
- Ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos, principais causas de DRC no Brasil;
- Coordenar e executar projetos estratégicos que visem o custo efetivo, eficácia e incorporação tecnológica do processo de TRS;
- Qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos;
- Implementar e aperfeiçoar a produção de dados, garantindo a democratização das informações.

O Ministério da Saúde elaborou em 2006 o Caderno de Atenção Básica nº 14 “Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica”, sendo este considerado a primeira ação estruturada no Brasil para a prevenção das doenças cardiovasculares e renal crônica em larga escala (BRASIL, 2006a).

Recentemente, o Ministério da Saúde lançou o documento Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde, na perspectiva de oferecer orientações às equipes multiprofissionais, abrangendo estratégias de prevenção, diagnóstico e manejo clínico (BRASIL, 2014).

As diretrizes mencionadas acima têm por objetivo sistematizar as condutas clínicas recomendadas com base em evidências científicas e são dirigidas aos profissionais da rede pública de saúde. Contudo, exige dos profissionais de saúde e da sociedade em geral um esforço conjunto para o completo êxito na prevenção da DRC.

Vale ressaltar que as diretrizes nacionais apresentam informações gerais sobre o atendimento frente à DRC, porém, não apresentam instrumentos e protocolos definidos para o rastreamento. A partir das diretrizes sobre a DRC se faz necessário construir uma proposta de protocolo complementando os documentos norteadores do Ministério da Saúde, com vistas ao rastreamento.

2.5 SISTEMATIZAÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (1981) define Sistemas de Informação em Saúde como mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para o planejamento, organização e avaliação dos serviços de saúde.

Para que os Sistemas de Informação em Saúde sejam concebidos, é fundamental que seu desenvolvimento seja baseado conforme as fases do ciclo de vida de um *software*. Conforme Pressman (2006), o ciclo de vida é constituído por uma série de fases, onde cada fase representa um “segmento definido de trabalho”. Para o autor existem quatro fases principais do ciclo de vida de um sistema de informações:

- Fase Exploratória que aborda os objetivos, intenções e princípios básicos para o modelo de sistema, ou seja, o levantamento e análise de requisitos, os quais devem ser coletados de forma detalhada interagindo com usuários;
- Fase de Desenvolvimento Técnico, que compreende o desenvolvimento por meio de técnicas de *Unified Modeling Language* ou Entidade Relacionamento e a adaptação do sistema de informações seguido de sua instalação na organização;
- Fase de Adaptação que se preocupa com as correções, adaptações e refinamentos de todos os tipos de erros, omissões e deficiências identificadas depois que o sistema foi colocado em operação; e
- Fase de Evolução que começa com a estabilização de todas as funções do sistema e termina quando este for substituído por outro sistema, ou solução.

O Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica desenvolvido neste trabalho contribui com uma destas fases, a exploratória. Nessa fase é realizado o levantamento de requisitos que consiste na busca junto aos usuários e clientes, por documentos que contenham todas as informações possíveis sobre as funções que o sistema deve executar e as restrições sob as quais ele deve operar. Essa fase é considerada a mais importante e árdua no desenvolvimento de um sistema de informações (PRESSMAN, 2006).

3 MÉTODO

Este trabalho caracterizou-se como um estudo descritivo e exploratório, onde o pesquisador teve como propósito descrever, explorar, classificar e interpretar fatos ou fenômenos (DYNIEWICZ, 2011). De acordo com a abordagem do problema, foi feita uma análise quantitativa, que traduziu em números opiniões e informações.

Este trabalho de pesquisa consistiu em três (03) fases:

Fase 1 – Levantamento das Informações sobre a Doença Renal Crônica.

Fase 2 – Elaboração do Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde.

Fase 3 – Avaliação do Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde.

Este estudo atendeu aos princípios éticos, sendo o projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, sob parecer nº 745.193 (ANEXO A). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

3.1 FASE 1 - LEVANTAMENTO DAS INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA RENAL CRÔNICA

O levantamento bibliográfico buscou estudar, analisar e identificar as diretrizes, os protocolos, os formulários e os manuais mais utilizados como instrumentos que norteiam a prática profissional frente à DRC, sejam para a prevenção, rastreamento, avaliação, diagnóstico, tratamento e/ou acompanhamento dos pacientes no âmbito da APS.

A busca por trabalhos relacionados ao tema proposto foi realizada primeiramente na fonte Biblioteca Virtual em Saúde (www.bvs.br) e nas bases de dados LILACS e MEDLINE. Após, utilizou-se a biblioteca virtual SciELO (www.scielo.org), o banco de dados Pubmed (www.pubmed.com.br), o Portal Brasileiro de Informação Científica – CAPES (www.periodicos.capes.gov.br), o Google Acadêmico (www.scholar.google.com.br), as bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Os descritores utilizados para a busca de fontes sobre o tema, disponíveis em sites e periódicos são: Doença Renal Crônica; *Chronic Kidney Disease*; Insuficiência Renal Crônica; *Chronic Renal Insufficiency*; Doenças Crônicas; *Chronic Diseases*; Rastreamento; Programas de Rastreamento; Prevenção Primária; *Primary Prevention*; Atenção Primária à Saúde; *Primary Health Care*; Equipe de Enfermagem; *Nursing*; Sistematização.

Para seleção dos artigos, foi realizada uma análise exploratória de seus resumos, pré-leitura das bibliografias, seguida de leitura crítica e posteriormente leitura interpretativa, resultando no levantamento das informações propostas no Brasil sobre a DRC. Além dos artigos, foram utilizados capítulos de livros que referenciam o tema. Os critérios de inclusão consistiram em: títulos e conteúdos que apresentam o assunto proposto; e dados científicos relevantes para o trabalho.

3.2 FASE 2 - ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para a elaboração do Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde, a pesquisadora utilizou referenciais teóricos-analíticos, baseando-se nas diretrizes clínicas nacionais sobre a DRC, no modelo conceitual denominado “Necessidades Humanas Básicas” de Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 1979), no modelo do Processo de Enfermagem baseado na Resolução COFEN nº 358/2009 e no modelo de Consulta Médica baseado na Resolução CFM nº 1.958/2010, incluindo outros referenciais complementares, que abordam o atendimento frente à DRC na atenção primária. Os dados sociodemográficos do paciente estão conforme a padronização do Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Informação em Saúde e-SUS com coleta de dados simplificada, para alimentação da base nacional de dados.

A elaboração do Protocolo foi desenvolvida com duas premissas fundamentais: identificar o mais breve possível o risco de desenvolvimento da DRC na população para garantir o devido atendimento; e reduzir a sobrecarga dos Sistemas de Saúde, evitando a inclusão de pacientes que não estejam sob o risco de desenvolver a DRC.

Para que o Protocolo fosse bem definido, com informações direcionadas ao atendimento, este foi dividido em seis instrumentos: (1) instrumento para coleta de dados sociodemográficos do paciente; (2) questionário auto-referido de situações de saúde; (3) instrumento para coleta de dados de enfermagem; (4) instrumento para coleta de dados do médico; (5) fluxograma de atendimento do paciente na Unidade Básica de Saúde; (6) manual de instruções para preenchimento e orientações do Protocolo. O Quadro 3 sintetiza a função de cada um dos instrumentos desenvolvidos explicitando o referencial teórico utilizado para a sua formulação.

Quadro 3: Instrumentos do Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde

INSTRUMENTO	FUNÇÃO	REFERÊNCIAL TEÓRICO
Coleta de dados sociodemográficos	Registro e recuperação de dados relativos à identificação do usuário, informações sociais e demográficas.	- BRASIL. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada.
Questionário auto-referido de situações de saúde	Avaliação e registro de fatores/grupos de risco, comorbidades.	- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde. - BRASIL. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada. - MAGACHO, E. J. C. et al. Tradução, adaptação cultural e validação do questionário Rastreamento da Doença Renal Oculta (<i>Screening for Occult Renal Disease - SCORED</i>) para o português brasileiro.
Coleta de dados de enfermagem	Estruturação da Consulta de Enfermagem e Registro de informações coletadas durante a mesma:	- COFEN. Resolução Cofen nº 358/2009. - HORTA, W. A. O Processo de Enfermagem. - TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem - Guia Prático.
	Anamnese	- HORTA, W. A. O Processo de Enfermagem. - TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem - Guia Prático. - BARROS, A. L. B. L. & Cols. Anamnese e Exame Físico - Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto.
	Exame físico	- BARROS, A. L. B. L. & Cols. Anamnese e Exame Físico - Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto. - HORTA, W. A. O Processo de Enfermagem. - TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem - Guia Prático.
	Diagnósticos de Enfermagem	- GARCIA, T. R.; CUBAS, M. R. Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional.

Quadro 3: Instrumentos do Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde

(Continuação)

	Intervenções de Enfermagem	- GARCIA, T. R.; CUBAS, M. R. Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional.
Coleta de dados do médico	Estruturação da Consulta Médica e Registro de informações coletadas durante a mesma: (Anamnese, Exame físico, Hipóteses diagnósticas, Diagnósticos, Condutas)	- CFM. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.958/2010.
Fluxograma de atendimento do paciente na UBS	Sequência de passos para o atendimento e encaminhamento do paciente na UBS entre os diversos setores responsáveis.	- BRASIL. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada. - BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde. - MAGACHO, E. J. C. et al. Tradução, adaptação cultural e validação do questionário Rastreamento da Doença Renal Oculta (<i>Screening for Occult Renal Disease</i> - SCORED) para o português brasileiro. - COFEN. Resolução Cofen nº 358/2009. - HORTA, W. A. O Processo de Enfermagem. - TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem - Guia Prático. - CFM. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.958/2010. * Discussão com profissionais de saúde atuantes na APS.
Manual de instruções para preenchimento e orientações do Protocolo	Orientação no uso do Protocolo.	- BRASIL. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada. - BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde. - MAGACHO, E. J. C. et al. Tradução, adaptação cultural e validação do questionário Rastreamento da Doença Renal Oculta (<i>Screening for Occult Renal Disease</i> - SCORED) para o português brasileiro. - COFEN. Resolução Cofen nº 358/2009. - HORTA, W. A. O Processo de Enfermagem. - TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem - Guia Prático. - CFM. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.958/2010. - BARROS, A. L. B. L. & Cols. Anamnese e Exame Físico - Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto. - GARCIA, T. R.; CUBAS, M. R. Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional.

Fonte: A autora, 2014.

Após elaborados pela autora, esses instrumentos foram refinados com a colaboração de três especialistas em nefrologia, sendo dois enfermeiros e um médico. Para tal refinamento, a pesquisadora apresentou informalmente os instrumentos de coleta aos especialistas e estes contribuíram para o seu aprimoramento realizando críticas e sugestões de alterações. Destaca-se que os três especialistas em nefrologia, não participaram da avaliação do Protocolo (Fase 3 do método adotado).

3.3 FASE 3 - AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O propósito desta fase visa a avaliação do conteúdo do Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde. Tendo em vista que o atendimento específico ao portador de DRC exige uma equipe multiprofissional, aliado ao fato de que os dados coletados pelo enfermeiro são complementares aos coletados pelo médico, o Protocolo foi avaliado tanto por enfermeiros quanto por médicos.

3.3.1 Sujeitos da pesquisa

Foram selecionados como sujeitos da pesquisa duas categorias de avaliadores: enfermeiros e médicos.

Os enfermeiros foram selecionados tendo como base dois critérios: a pontuação estabelecida por Fehring (1994) para seleção de avaliadores ou a experiência clínica maior que um ano com portadores de DRC e/ou atenção primária.

O Modelo de Fehring é o mais utilizado para selecionar enfermeiros e indicado para estudos de avaliação de conteúdo. Fehring (1994) recomenda que os avaliadores tenham no mínimo mestrado em enfermagem, porém propõe uma escala de pontuação para direcionar essa seleção, apresentada no Quadro 4. Cada avaliado deve ter no mínimo 5 pontos para que seja selecionado e quanto maior a pontuação, maior a evidência de sua especialidade (FEHRING, 1994).

O outro critério, experiência clínica maior que um ano com portadores de DRC e/ou atenção primária, também foi utilizada para a seleção de avaliadores do Protocolo proposto por este trabalho. Segundo Ribeiro (2012), a experiência clínica maior que um ano na área específica traz a vivência de várias situações e conflitos, influenciando no processo de avaliação deste Protocolo. Nesse estudo, as áreas específicas a serem consideradas são a Nefrologia e a Atenção Primária à Saúde.

Quadro 4: Modelo de Fehring para Seleção de Enfermeiros

CRITÉRIOS	PONTOS
Mestrado em Enfermagem	4
Mestrado em Enfermagem – dissertação na área específica	1
Pesquisa com publicação na área específica	2
Artigo publicado em revista de referência	2
Doutorado em Enfermagem	2
Especialização em área específica	3
Prática clínica recente, de no mínimo, 1 ano na temática abordada	2

Fonte: Adaptado FEHRING, 1994.

Os médicos foram selecionados utilizando-se os critérios de disponibilidade e especialidades, ou seja, o perfil profissional foi o principal foco no momento da seleção. Foram incluídos médicos nefrologistas que trabalhassem com portadores de DRC no mínimo há três anos e médicos generalistas que estejam atualmente trabalhando na rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde.

Também foram selecionados os médicos nefrologistas com no mínimo mestrado e, preferencialmente, os que pesquisaram e publicaram sobre DRC.

Foi enviado, por e-mail, a quinze profissionais de saúde uma carta convite (APÊNDICE B) para participação no estudo. Dos quinze profissionais de saúde selecionados, três (03) são médicos nefrologistas, quatro (04) médicos generalistas, cinco (05) são enfermeiros especialistas em nefrologia e três (03) enfermeiros generalistas, todos responderam ao convite aceitando participar do estudo.

No Quadro 5 é apresentada a pontuação de cada um dos enfermeiros selecionados para a avaliação do Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde, segundo os critérios de pontuação estabelecido no Modelo de Fehring (Quadro 4).

Quadro 5: Pontuação dos Enfermeiros segundo o Modelo de Fehring (1994)

AVALIADOR	PONTUAÇÃO OBTIDA SEGUNDO FEHRING
Enfermeiro 1	14
Enfermeiro 2	11
Enfermeiro 3	09
Enfermeiro 4	10
Enfermeiro 5	05
Enfermeiro 6	09
Enfermeiro 7	03
Enfermeiro 8	05

Fonte: A autora, 2014.

3.3.2 Construção e organização dos questionários

Para realizar a avaliação do Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde foram elaborados dois questionários distintos, um específico para área de enfermagem e outro para área médica.

A justificativa para a separação dos questionários apresenta-se da seguinte forma: o questionário de enfermagem foi construído com base no Processo de Enfermagem, portanto, não ficaria tão clara a mesma colocação para os médicos, sendo necessário elaborar outro questionário mais adequado para a área médica.

O questionário aplicado aos enfermeiros (APÊNDICE C) foi dividido em quatro partes, descritas a seguir:

- a) Primeira: Referente ao Perfil Profissional dos Especialistas, com seis (6) questões fechadas, convergentes com o objetivo do estudo.
- b) Segunda: Referente à Ficha de Identificação e Entrevista Auto-Referida de Fatores/Grupos de Risco, com três (3) questões fechadas, construídas por uma escala de 1 a 5, onde julga-se o grau de importância do item correspondente para o processo de atendimento frente à DRC (sem importância, pouco importante, importante, muito importante, extrema importância).
- c) Terceira: Referente ao Instrumento de coleta de dados de enfermagem (Consulta de Enfermagem), com cento e cinco (105) questões fechadas, construídas por uma escala de 1 a 5, onde julga-se o grau de importância

do item correspondente para o processo de atendimento frente à DRC (sem importância, pouco importante, importante, muito importante, extrema importância).

- d) Quarta: Referente ao Fluxograma de atendimento do paciente na UBS, com uma (1) questão fechada.

O questionário aplicado para área médica (APÊNDICE D) foi dividido também em quatro partes, descritas a seguir:

- a) Primeira: Referente ao Perfil Profissional dos Especialistas, com seis (6) questões fechadas, convergentes com o objetivo do estudo.
- b) Segunda: Referente à Ficha de Identificação e Entrevista Auto-Referida de Fatores/Grupos de Risco, com três (3) questões fechadas, construídas por uma escala de 1 a 5, onde julga-se o grau de importância do item correspondente para o processo de atendimento frente à DRC (sem importância, pouco importante, importante, muito importante, extrema importância).
- c) Terceira: Referente ao Instrumento de coleta de dados do médico (Consulta Médica), com nove (9) questões fechadas, construídas por uma escala de 1 a 5, onde julga-se o grau de importância do item correspondente para o processo de atendimento frente à DRC (sem importância, pouco importante, importante, muito importante, extrema importância).
- d) Quarta: Referente ao Fluxograma de atendimento do paciente na UBS, com uma (1) questão fechada.

Os enfermeiros avaliaram no questionário informações contidas no Protocolo, referentes à Ficha de identificação do paciente; Entrevista Auto-Referida para Fatores de Risco; Anamnese; Exame Físico; Diagnósticos e Evolução de Enfermagem conforme o Processo de Enfermagem, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas para o atendimento aos pacientes sob o risco de desenvolver DRC ou portadores desta patologia; e o fluxograma.

Os médicos avaliaram no questionário informações do Protocolo referentes à Ficha de Identificação do paciente; Entrevista Auto-Referida para Fatores de Risco; Anamnese; Exame Físico; Medicamentos; Hipóteses diagnósticas; Diagnósticos;

Conduitas e Exames para o atendimento aos pacientes sob o risco de desenvolver DRC ou portadores desta patologia; e o fluxograma.

Os questionários foram aplicados após os sujeitos da pesquisa aceitarem o convite, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE foi enviado por e-mail aos sujeitos da pesquisa que residem fora dos municípios de Curitiba ou Ponta Grossa, Paraná. Após assinatura do TCLE, foi enviado o questionário e as orientações para preenchimento do mesmo.

Aos sujeitos da pesquisa que residem nos municípios citados, foi entregue pessoalmente pela pesquisadora o TCLE, realizadas as orientações para o preenchimento do questionário e entregue o questionário.

Ao responderem o questionário, em prazo estipulado de 15 dias, os avaliadores (sujeitos da pesquisa) submeteram as respostas por e-mail ou comunicaram a pesquisadora para que a mesma fosse buscá-lo.

3.3.3 Análise dos questionários

Os dados extraídos dos questionários passaram por um tratamento estatístico e foram analisados mediante a Escala de Likert, por esta ser de prática aplicação.

O grau de importância estabelecido na Escala de Likert, para este trabalho, varia de 1 a 5, sendo que os valores correspondem:

- 1- SEM IMPORTÂNCIA**
- 2- POUCO IMPORTANTE**
- 3- IMPORTANTE**
- 4- MUITO IMPORTANTE**
- 5- EXTREMA IMPORTÂNCIA**

A avaliação das respostas obtidas nos questionários consistiu em determinar para cada item avaliado, a média de seleção dos escores, bem como a dispersão da medição. Também foi determinada a contagem de seleção de escores de cada avaliador.

Através da média de seleção de escores é possível determinar se o item em questão é relevante para o atendimento frente à DRC. Considerou-se que itens com escore igual ou superior a 3 deveriam ser mantidos no Protocolo, enquanto que itens

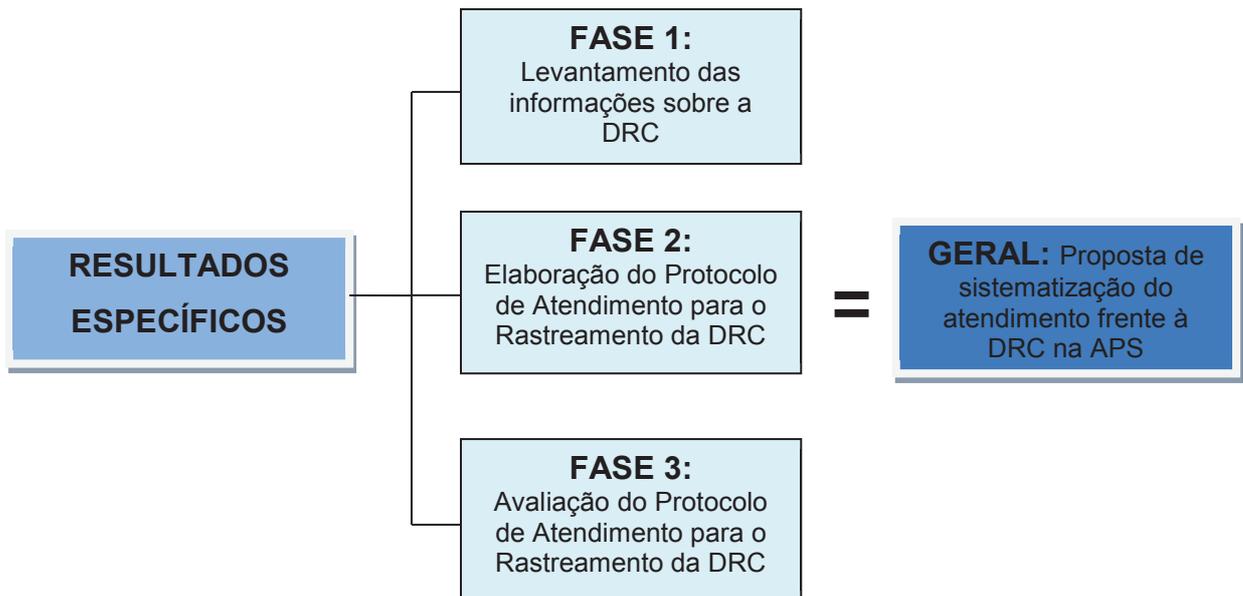
com escore inferior a 3 deveriam ser avaliados criticamente, sendo passíveis de exclusão do Protocolo.

O questionário apresentado aos avaliadores também incluiu espaços em aberto para propor sugestões, incentivando o avaliador a sugerir a inclusão de itens considerados relevantes para o atendimento frente à DRC e que não tenham sido identificados no Protocolo.

4 RESULTADOS

Conforme a Figura 1, os resultados foram organizados em específicos, correspondentes a cada uma das fases, e geral o qual está associado ao objetivo geral da pesquisa, que é propor a sistematização do atendimento frente à Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde.

Figura 1: Fases da pesquisa



Fonte: A autora, 2014.

4.1 LEVANTAMENTO DAS INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA RENAL CRÔNICA

Para o levantamento das diretrizes propostas no Brasil sobre a DRC foram identificados dois documentos do Ministério da Saúde e cinco artigos que subsidiaram a pesquisa.

O primeiro documento publicado pelo Ministério da Saúde com recomendações pertinentes à DRC foi o Caderno de Atenção Básica nº 14, denominado “Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica” (BRASIL, 2006a). Este protocolo é considerado uma das primeiras iniciativas brasileiras de ação estruturada e de base populacional para a prevenção primária e secundária da DRC, na rede pública de saúde.

Recentemente, foram publicadas também pelo Ministério da Saúde as “Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2014). Este documento visa estabelecer as diretrizes para o cuidado às pessoas com DRC na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, além de oferecer orientações aos profissionais de saúde sobre o cuidado da pessoa sob o risco de DRC. Essas diretrizes abrangem a estratificação de risco, estratégias de prevenção, diagnóstico e manejo clínico da DRC.

Os artigos identificados, relacionados no Quadro 6, contemplam dois desfechos (indivíduos sob o risco e portadores de DRC) e tratam de assuntos importantes como a definição, prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento e epidemiologia da DRC.

Quadro 6: Levantamento dos Artigos/ Referências sobre a Doença Renal Crônica

Título do Artigo	Dados	Autores/Ano
Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação.	Informações gerais sobre a DRC	ROMÃO JR, João E. 2004
Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica.	Informações gerais sobre a DRC	Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2004
A Doença Renal Crônica e os Desafios da Atenção Primária à Saúde na sua Detecção Precoce.	Programas de rastreamento e diagnóstico precoce da DRC; Nefropatias	BASTOS, Rita M. R. et al. 2007
Doença Renal Crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável.	Definição, prevenção e tratamento da DRC	BASTOS, Marcus G. et al. 2010
Doença Renal Crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise.	Informações gerais sobre a DRC	BASTOS, Marcus, G. et al. 2011

Fonte: A autora, 2014.

As informações levantadas sobre a DRC estão de acordo com as normatizações e orientações do Ministério da Saúde, visto que, esta pesquisa aborda diretamente o atendimento na rede pública de saúde.

4.2 ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

A elaboração deste Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde foi norteada pelo conceito exposto nas diretrizes clínicas nacionais sobre a DRC, no modelo das Necessidades Humanas Básicas e Resoluções (COFEN e CFM). Para tal elaboração foram formulados seis instrumentos, definidos como: (1) Ficha de Identificação; (2) Entrevista Auto-Referida de Fatores/Grupos de Risco; (3) Consulta de Enfermagem; (4) Consulta Médica; (5) Fluxograma de atendimento do paciente na Unidade Básica de Saúde; (6) Manual de instruções para preenchimento e orientações do Protocolo.

A Ficha de Identificação (Figura 2), denominada pelo Ministério da Saúde como “Cadastro Individual”, contém dados gerais que identificam o paciente e informações sociodemográficas. Para a identificação do paciente é necessário preencher os campos referentes ao número do cartão SUS, nome completo, data de nascimento, sexo, raça/cor, nome completo da mãe, nacionalidade, telefone e município de nascimento. Para a obtenção das informações sociodemográficas é necessário preencher os campos referentes à situação conjugal, ocupação, escolaridade, situação no mercado de trabalho, entre outras.

O “Cadastro Individual” é padronizado nas Unidades Básicas de Saúde para o cadastro dos pacientes, por meio do Sistema de Informação em Saúde e-SUS com coleta de dados simplificada, para alimentação da base nacional de dados. Em virtude desta padronização, a ficha “Cadastro Individual” foi utilizada neste Protocolo para coleta de dados sociodemográficos.

Figura 2: Ficha de Identificação

		CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHANO:
NP DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	Cod. ONES UNIDADE	Cod. EQUIPE (INE)	MICROÁREA	DATA: / /	
Legenda: <input type="checkbox"/> Opção de Múltipla Escolha <input type="radio"/> Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)					
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO			RESPONSÁVEL FAMILIAR		
NP DO CARTÃO SUS			É o responsável? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		NP DO CARTÃO SUS
					DATA DE NASIMENTO: / /
NOME COMPLETO:					
APELLIDO / NOME SOCIAL:				DATA DE NASIMENTO: / /	
SEXO: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	RAÇA / COR: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		NP NIS (PIS/PASEP):		
NOME COMPLETO DA MÃE:					
NACIONALIDADE: <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASIMENTO:		TELEFONE CELULAR: ()	
MUNICÍPIO E UF DE NASIMENTO:				E-MAIL:	
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS					
SITUAÇÃO CONJUGAL			Ocupação		
<input type="radio"/> Solteiro (a) <input type="radio"/> Casado (a) / Convívio com Parceiro <input type="radio"/> Divorciado(a) / Separado (a) <input type="radio"/> Viúvo(a) <input type="radio"/> Outros			<input type="text"/>		
FREQÜENTA ESCOLA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não					
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?					
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries Iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)		<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mostra, etc) <input type="radio"/> Nenhum		SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Outro	
GRANÇAS DE 0 A 5 ANOS, COM QUEM FICAM? <input type="radio"/> Adulto Responsável <input type="radio"/> Outros (Gravidez) <input type="radio"/> Adolescente <input type="radio"/> Sozinha <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Outro					
FREQUENTA CURANDEREIRA / BENZEDEREIRA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			SE SIM, QUAL?		
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?			TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, QUAL?			SE SIM, QUAL?		
<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Transsexual			<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física		
SITUAÇÃO DE RUA					
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA:			SE SIM, QUAL?		
<input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos			<input type="text"/>		
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?		
			<input type="text"/>		

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, 2013.

O segundo instrumento do Protocolo é a Entrevista Auto-Referida de Fatores/Grupos de Risco, que aborda as situações e condições de saúde do paciente. Esta entrevista visa identificar quem são os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver a DRC através dos fatores de risco.

O Quadro 7 apresenta na íntegra o instrumento denominado “Entrevista Auto-Referida de Fatores/Grupos de Risco”. Respondendo “Sim” para pelo menos uma das questões da Entrevista Auto-Referida o paciente é classificado como indivíduo sob o risco de desenvolver a doença renal e deve ser encaminhado para a Consulta de Enfermagem. Respondendo “Não” para todas as questões é descartado o risco de desenvolver a doença renal. Neste caso, deve ser realizada após 12 meses, nova Entrevista Auto-Referida para avaliação da presença ou não de fatores de risco.

Conforme discussão realizada com os profissionais da APS, entendeu-se que pacientes que ignoram a presença dos fatores de risco, ou seja, aqueles que respondem “Não Sabe”, devem ser inicialmente rastreados por programas específicos para tais doenças (diabetes, hipertensão arterial, doença cardíaca, histórico familiar de DRC). Caso contrário, tais pacientes seriam incluídos no rastreamento para DRC e precisariam ser submetidos a consultas periódicas com enfermeiros e médicos da atenção primária, resultando na sobrecarga do Sistema Único de Saúde.

Quadro 7: Entrevista Auto-Referida de Fatores/Grupos de Risco

Entrevista Auto-Referida de Fatores/Grupos de Risco (Marcar X na opção desejada)		
Paciente Idoso? (acima de 60 anos)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Paciente Obeso? (IMC >30 Kg/m ²)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Está Fumante / Tabagista?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Tem Diabetes?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não/Não Sabe
Tem Hipertensão Arterial?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não/Não Sabe
Teve AVC/Derrame?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Teve Infarto?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Tem Doença Cardíaca?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não/Não Sabe
Tem ou teve problemas nos rins?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Se sim, Quais? _____		
Tem histórico na família de DRC?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não/Não Sabe
Faz uso contínuo de medicamentos*?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
* Analgésico, Anti-inflamatório, Antibiótico, Redutor de Colesterol, Quimioterápico e Anticoagulante.		

Fonte: A autora, 2014.

O terceiro instrumento do Protocolo denomina-se Consulta de Enfermagem (Quadro 8), utilizado para a coleta de dados de enfermagem. Por meio da Consulta de Enfermagem é possível melhorar a qualidade do cuidado prestado através da relação dinâmica enfermeira-paciente.

Para a Consulta de Enfermagem tem-se: Anamnese e Exame Físico; Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem e Resultados Esperados; e Evolução de Enfermagem.

A Anamnese e o Exame Físico são os primeiros passos para determinar o estado de saúde do paciente, além de direcionarem a coleta de dados para as respostas humanas.

Os itens que compõem a Anamnese são: Queixas; História de saúde e doença; Doenças preexistentes; Tratamentos anteriores; Medicamentos em uso nos últimos 60 dias; Condições de ambiente e abrigo; Cuidado corporal; Condições que o paciente apresenta para realizar o cuidado corporal; Ocupação/exposição à agente nefrotóxico no trabalho; Sono e repouso; Exercícios físicos; Consumo alimentar; Ingesta hídrica; Eliminações urinárias; Eliminações intestinais; Sexualidade; Resolução de problemas; Suporte financeiro; Conhecimento sobre sua saúde.

Quanto aos itens que compõem o Exame Físico temos os Sinais vitais, Glicemia capilar, Peso, Altura, Estado nutricional, Estado mental, Movimentação, Pele/Tecidos, Crânio, Olhos, Ouvidos, Nariz, Boca, Aparelho respiratório, Aparelho cardiovascular, Abdômen, Aparelho urinário, Membros superiores e inferiores.

A partir da Anamnese e Exame Físico são selecionados os Diagnósticos de Enfermagem, relacionando o problema à sua causa. Com os Diagnósticos de Enfermagem selecionados são definidas as possíveis Intervenções de Enfermagem, as quais apresentam ações a serem realizadas para que sejam alcançados os resultados.

Os possíveis Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem e Resultados Esperados identificados na assistência ao indivíduo sob o risco de DRC foram extraídos da obra “Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional” (GARCIA; CUBAS, 2012).

Por fim, temos a Evolução de Enfermagem que descreve o estado do paciente durante e após a consulta, bem como, os procedimentos realizados.

Ressalta-se que a Consulta de Enfermagem foi elaborada com base na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009 (2009, p. 1-4).

Quadro 8: Consulta de Enfermagem

Consulta de Enfermagem		Data: / /
Nome: _____		Idade: _____
Anamnese		
Queixas: _____ _____		
História de saúde e doença:		
<input type="checkbox"/> História familiar de Hipertensão Arterial. Você é hipertenso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Há quanto tempo: _____ Você verifica sua pressão arterial? <input type="checkbox"/> Sim, se sim: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> História familiar de Diabetes Mellitus. Você tem diabetes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Há quanto tempo: _____ Você verifica sua glicemia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> História familiar de Doença Renal Crônica. Já recebeu alguma orientação sobre a prevenção de Doença Renal Crônica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> História familiar de câncer no rim <input type="checkbox"/> Litíase urinária <input type="checkbox"/> Doença autoimune <input type="checkbox"/> Sedentarismo	<input type="checkbox"/> Uropatias <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Infecções urinárias de repetição <input type="checkbox"/> Idade >60 anos <input type="checkbox"/> Anemia Falciforme <input type="checkbox"/> Etilismo
Doenças preexistentes: _____ _____		
Doença Renal* diagnosticada: <small>*TFG (mL/min/1,73 m²)</small>	<input type="checkbox"/> Estágio 1 [\geq 90] <input type="checkbox"/> Estágio 3A [45-59]	<input type="checkbox"/> Estágio 2 [60-89] <input type="checkbox"/> Estágio 3B [30-44]
Tratamentos anteriores: _____ _____		
Medicamentos em uso nos últimos 60 dias (substância/dose/frequência): _____ _____ _____		

Condições de ambiente e abrigo	
<input type="radio"/> Área urbana	<input type="radio"/> Área rural
<input type="radio"/> Com saneamento básico	<input type="radio"/> Sem saneamento básico
Cuidado corporal	
<input type="radio"/> Asseado	<input type="radio"/> Falta asseio corporal
	<input type="radio"/> Higiene oral
Condições que o paciente apresenta para realizar o cuidado corporal	
<input type="radio"/> Independente	<input type="radio"/> Precisa de ajuda para poucas atividades
<input type="radio"/> Totalmente dependente	<input type="radio"/> Precisa de ajuda para muitas atividades
Ocupação/Exposição à agente nefrotóxico no trabalho: _____ _____ _____	
Sono e repouso	
<input type="radio"/> Não tem insônia	<input type="radio"/> Acorda várias vezes a noite
Principal causa de insônia: _____	
Exercícios e atividades físicas	
<input type="radio"/> Exercícios aeróbicos	<input type="radio"/> Musculação
	<input type="radio"/> Caminhada
<input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Ausência de exercícios regulares
Faz exercício _____ vezes por semana. Tempo de duração: _____	
Consumo alimentar habitual	
<input type="radio"/> Frutas	<input type="radio"/> Verduras: <input type="radio"/> cruas <input type="radio"/> cozidas
	<input type="radio"/> Carnes: <input type="radio"/> vermelha <input type="radio"/> frango <input type="radio"/> peixe
<input type="radio"/> Temperos prontos	<input type="radio"/> Óleo
	<input type="radio"/> Embutidos/enlatados
<input type="radio"/> Consumo de sal (g/dia)* _____	<input type="radio"/> Consumo de açúcar (g/dia)* _____
Costuma fazer _____ refeições por dia.	
*1 colher de chá equivale a 5 gramas (g).	
Líquidos ingeridos habitualmente	
<input type="radio"/> Suco artificial/pó	<input type="radio"/> Chá
<input type="radio"/> Café	<input type="radio"/> Álcool
<input type="radio"/> Refrigerante	<input type="radio"/> Leite
<input type="radio"/> Água	
<input type="radio"/> Outros _____	
Ingesta hídrica	
<input type="radio"/> Menos de 500 ml/dia*	<input type="radio"/> de 500 a 1000 ml/dia*
<input type="radio"/> 1000 a 2000 ml/dia*	<input type="radio"/> Mais de 2000 ml/dia*
*1 copo americano equivale a 200 mililitros (ml).	
Eliminações urinárias	
<input type="radio"/> Anúria	<input type="radio"/> Disúria
<input type="radio"/> Incontinência urinária	<input type="radio"/> Nictúria

Eliminações intestinais			
<input type="checkbox"/> 1 vez/dia	<input type="checkbox"/> 3 vezes/dia	<input type="checkbox"/> + 3 vezes/dia	<input type="checkbox"/> Dor ao evacuar
<input type="checkbox"/> Não evacua faz: _____ dias.			
Coloração das fezes:	<input type="checkbox"/> Marrom	<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Vermelha
Sexualidade			
<input type="checkbox"/> Ativo		<input type="checkbox"/> Inativo	
Resolução de problemas			
<input type="checkbox"/> Toma decisões rapidamente		<input type="checkbox"/> Demora para tomar decisões	
<input type="checkbox"/> Não consegue tomar decisões		<input type="checkbox"/> Costuma pedir ajuda para familiares e amigos	
Suporte financeiro			
<input type="checkbox"/> Possui recursos para tratamento médico		<input type="checkbox"/> Conta com a ajuda de familiares	
<input type="checkbox"/> Utiliza exclusivamente serviços conveniados do SUS			
Conhecimento sobre sua saúde			
<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Pouco orientado	<input type="checkbox"/> Prefere não falar no assunto	
<i>Exame Físico/Informações relevantes sobre órgãos e sistemas</i>			
Pressão arterial: MSE _____ mmHg / MSD _____ mmHg			
Pulso: _____ bpm		Frequência respiratória: _____ rpm	
Temperatura corporal: _____ °C		Glicemia capilar: _____ mg/dL	
Peso: _____ Kg	Altura: _____ cm	Cintura: _____ cm	
Estado nutricional/Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC)			
<input type="checkbox"/> Subnutrido, IMC: < 18,5		<input type="checkbox"/> Normal, IMC: 18,5 a 24,9	
<input type="checkbox"/> Sobrepeso, IMC: 25 a 29,9		<input type="checkbox"/> Obesidade Grau I, IMC: 30 a 34,9	
<input type="checkbox"/> Obesidade Grau II, IMC: 35 a 39,9		<input type="checkbox"/> Obesidade Grau III, IMC: ≥ 40	
Estado mental			
<input type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado no tempo e espaço	<input type="checkbox"/> Confuso	
<input type="checkbox"/> Desorientado no tempo e espaço			
Movimentação			
<input type="checkbox"/> Sem restrições		<input type="checkbox"/> Com restrições	

Pele/Tecidos			
<input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Hipocorado	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Icterícia
<input type="checkbox"/> Prurido	<input type="checkbox"/> Lesões de pele	<input type="checkbox"/> Incisão cirúrgica	
<input type="checkbox"/> Presença de edema – local: _____			
Crânio			
<input type="checkbox"/> Sem anormalidades		<input type="checkbox"/> Anormalidades: _____	
Olhos			
<input type="checkbox"/> Visão normal		<input type="checkbox"/> Diminuição da acuidade visual	
<input type="checkbox"/> Presença de processo inflamatório/infeccioso		<input type="checkbox"/> Uso de lentes/óculos	
Ouvidos			
<input type="checkbox"/> Audição normal		<input type="checkbox"/> Acuidade diminuída	<input type="checkbox"/> Zumbido
<input type="checkbox"/> Presença de processo inflamatório/infeccioso		<input type="checkbox"/> Uso de prótese auditiva	
Nariz			
<input type="checkbox"/> Sem anormalidades	<input type="checkbox"/> Coriza	<input type="checkbox"/> Epistaxe	
Boca			
<input type="checkbox"/> Sem anormalidades	<input type="checkbox"/> Halitose	<input type="checkbox"/> Falhas dentárias	
<input type="checkbox"/> Gengivite	<input type="checkbox"/> Prótese dentária	<input type="checkbox"/> Cáries	
Pescoço			
<input type="checkbox"/> Sem anormalidades	<input type="checkbox"/> Linfonodos	<input type="checkbox"/> Turgência jugular	
Aparelho respiratório			
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico
<input type="checkbox"/> Roncos	<input type="checkbox"/> Estertores	<input type="checkbox"/> Sibilos	
Aparelho cardiovascular			
<input type="checkbox"/> Normocárdico		<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico
<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Hipotenso	<input type="checkbox"/> Hipertenso Estágio 1 [140-159/90-99 mmHg]	
<input type="checkbox"/> Hipertenso Estágio 2 [160-179/100-109 mmHg]			
Abdômen			
<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Com presença de ruídos hidroaéreos	
<input type="checkbox"/> Ausência de ruídos hidroaéreos			
<input type="checkbox"/> Flácido à palpação		<input type="checkbox"/> Resistente à palpação	<input type="checkbox"/> Indolor
<input type="checkbox"/> Presença de dor - localização: _____			

Aparelho urinário

Eliminação urinária voluntária Sonda vesical de demora Jato urinário contínuo
 Urina em gotas Retenção urinária Hematúria Proteinúria
 Colúria Piúria Outros: _____

Membros superiores e inferiores

Paresia Plegia Parestesia Tremores Pé diabético
 Fístula arteriovenosa – local: _____
 Edema: Ausente Presente – local: _____
 Perfusão capilar: Adequada/até 3 seg. Diminuída

Possíveis Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem e Resultados Esperados Identificados na Assistência ao Indivíduo Sob o Risco de DRC

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS		
Autocuidado adequado	- Orientar sobre cuidados de higiene e cuidados gerais.	Autocuidado adequado.
Padrão de sono adequado	- Reduzir estímulos ambientais.	Padrão de sono adequado.
Sedentarismo	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar adesão ao controle da atividade física. - Avaliar capacidade do cliente para deambulação. - Encorajar deambulação. - Orientar atividades físicas. - Verificar sinais vitais do cliente antes e após atividades físicas. - Orientar o cliente a realizar caminhadas diárias. - Elaborar plano de atividades físicas para o cliente, mediante acordo mútuo. 	Atividade física melhorada. Atividade física suficiente. Sedentarismo ausente.
Ingestão de alimentos adequada	- Orientar cliente/cuidador quanto à necessidade de mudança de hábitos alimentares.	Ingestão de alimentos adequada.
Peso corporal excessivo	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar cliente com alteração de IMC para avaliação pela nutricionista. - Estabelecer esquema de alimentação conforme necessidades do cliente. - Oferecer alimentos com frequência e em pequenas porções. - Monitorar o peso. - Incentivar atividade física. - Investigar padrão de eliminação intestinal. 	Peso corporal adequado. Peso corporal melhorado. Peso corporal normal.
Hidratação adequada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do cliente sobre a sua necessidade de ingestão de líquidos. - Avaliar ingestão hídrica. - Verificar pressão arterial. 	Hidratação normal. Ingesta de líquidos adequada.

Eliminação urinária adequada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as características da eliminação urinária. - Identificar hábitos de eliminação. 	Eliminação urinária adequada.
Eliminação urinária alterada	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar padrão de eliminação urinária. - Anotar quantidade de líquido ingerido por dia. - Anotar quantidade de diurese eliminada por dia. - Monitorar a frequência urinária. - Incentivar a ingestão de líquidos, de forma contínua. 	Eliminação urinária melhorada. Eliminação urinária adequada.
Eliminação intestinal adequada	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisar hábitos alimentares. - Identificar hábitos de eliminação. - Encaminhar cliente para atendimento pela nutricionista. 	Eliminação intestinal adequada.
Eliminação intestinal alterada	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a ingestão de alimentos com fibra. - Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por hábitos favoráveis. 	Eliminação intestinal adequada. Eliminação intestinal normal.
Atividade sexual satisfatória	<ul style="list-style-type: none"> - Promover ambiente de privacidade e confidencialidade. 	Atividade sexual satisfatória.
Atividade sexual insatisfatória	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a verbalização de sentimentos e percepções. - Estimular o diálogo sobre a situação com o companheiro/a. - Esclarecer que situações de estresse, adoecimento, uso de medicamentos e processo de envelhecimento podem interferir na função sexual. 	Atividade sexual melhorada. Atividade sexual satisfatória.
Pressão Arterial (PA) normal	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar a evolução de dados do paciente: PA. - Anotar sinais vitais em caderneta de quem faz controle de PA. 	Pressão Arterial normal.
Hipertensão crônica	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar pacientes hipertensos sentados por 15 minutos quando chegam ao posto. - Anotar sinais vitais em caderneta de quem faz controle de PA. - Monitorar a pressão arterial, diariamente. - Ensinar o paciente/família a realização de aferição de PA. - Limitar a ingestão de sódio. - Incentivar atividade física. - Investigar estilo de vida. - Investigar o regime terapêutico medicamentoso. 	Hipertensão controlada.
Glicemia estável	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar glicemia capilar. - Anotar resultado de glicemia capilar. 	Glicemia estável.
Hiperglicemia	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar glicemia capilar. - Anotar resultado de glicemia capilar. - Limitar a ingestão de açúcar. - Orientar a diminuição de açúcar na ingestão alimentar de rotina. - Orientar a ingestão de alimentos fracionada. - Orientar sobre sinais e sintomas de hiperglicemia. - Monitorar os níveis de glicose no sangue. - Ensinar o paciente/família a realização de glicemia capilar. 	Glicemia controlada.
Temperatura corporal normal	<ul style="list-style-type: none"> - Anotar temperatura verificada. - Registrar temperatura. 	Temperatura corporal normal.
Atividade mental normal: nível de consciência	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o nível de consciência. - Observar estado mental do paciente. 	Atividade mental adequada: nível de consciência. Atividade mental melhorada: nível de consciência.

Coloração da pele normal	- Observar cor da pele, atividade motora, retrações. - Comunicar alteração na cor e temperatura das extremidades.	Coloração da pele normal.
Acuidade visual adequada	- Avaliar acuidade visual.	Acuidade visual adequada.
Acuidade auditiva adequada	- Avaliar acuidade auditiva.	Acuidade auditiva adequada.
Capacidade sensorial-perceptiva adequada: olfativa	- Avaliar capacidade olfativa.	Capacidade sensorial-perceptiva adequada: olfativa.
Capacidade sensorial-perceptiva adequada: gustativa	- Avaliar capacidade gustativa.	Capacidade sensorial-perceptiva adequada: gustativa.
Padrão respiratório adequado	- Avaliar estado respiratório. - Verificar frequência respiratória. - Realizar ausculta pulmonar.	Padrão respiratório adequado.
Dor em região lombar	- Realizar compressas quentes em região lombar.	Dor diminuída em região lombar. Dor ausente em região lombar.
Edema em membros inferiores (MMII)	- Limitar a ingestão de sódio. - Orientar a diminuição de sódio na ingestão alimentar de rotina. - Incentivar atividade física.	Edema ausente em MMII. Edema diminuído em MMII.
Tabagismo	- Acompanhar o paciente durante o tratamento. - Acompanhar pacientes crônicos (diabéticos e hipertensos).	Tabagismo controlado. Cessação do uso de fumo.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Habitação adequada	- Verificar as condições do domicílio. - Avaliar condições de saneamento básico.	Habitação adequada.
Conhecimento adequado sobre estado de saúde atual	- Avaliar conhecimento do paciente relacionado ao processo de doença específico.	Conhecimento adequado sobre estado de saúde atual.
Processo de tomada de decisão adequado	- Apoiar processo de tomada de decisão. - Encorajar processo de tomada de decisão (individual, familiar ou comunitário).	Processo de tomada de decisão adequado.

Diagnósticos de Enfermagem

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<i>Evolução de Enfermagem</i>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Responsável pela coleta (COREN): _____

Fonte: A autora, 2014.

O quarto instrumento do Protocolo é a Consulta Médica (Quadro 9), utilizada para a coleta de dados do médico. Por meio da Consulta Médica define-se o diagnóstico clínico, e a partir deste, é feito o planejamento para a eventual intervenção, ou seja, o tratamento do paciente.

Para a Consulta Médica tem-se: Anamnese e Exame Físico; Medicamentos/Usos de Drogas Antiproteinúricas; Hipóteses Diagnósticas e Diagnósticos CID-10; Conduitas; e Controle de Exames.

O objetivo da Anamnese e Exame Físico na consulta, para este trabalho, é a coleta de dados, que consistirá a base do diagnóstico precoce de DRC. A Anamnese indica tudo o que se refere à manifestação dos sintomas da doença. Já o Exame Físico, utiliza os sentidos naturais do profissional na exploração dos sinais.

A partir da Anamnese e Exame Físico é possível definir hipóteses diagnósticas, bem como, o diagnóstico principal do paciente. Porém, para algumas doenças são necessários exames para a confirmação do diagnóstico principal, como é o caso da DRC.

Vale ressaltar, para este Protocolo, que as condutas a serem definidas pelo profissional médico devem estar de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, principalmente quanto a solicitação de exames laboratoriais e de imagem para o rastreamento da DRC.

A Consulta Médica foi elaborada em conformidade com a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.958/2010 (2010, p. 92).

Quadro 9: Consulta Médica

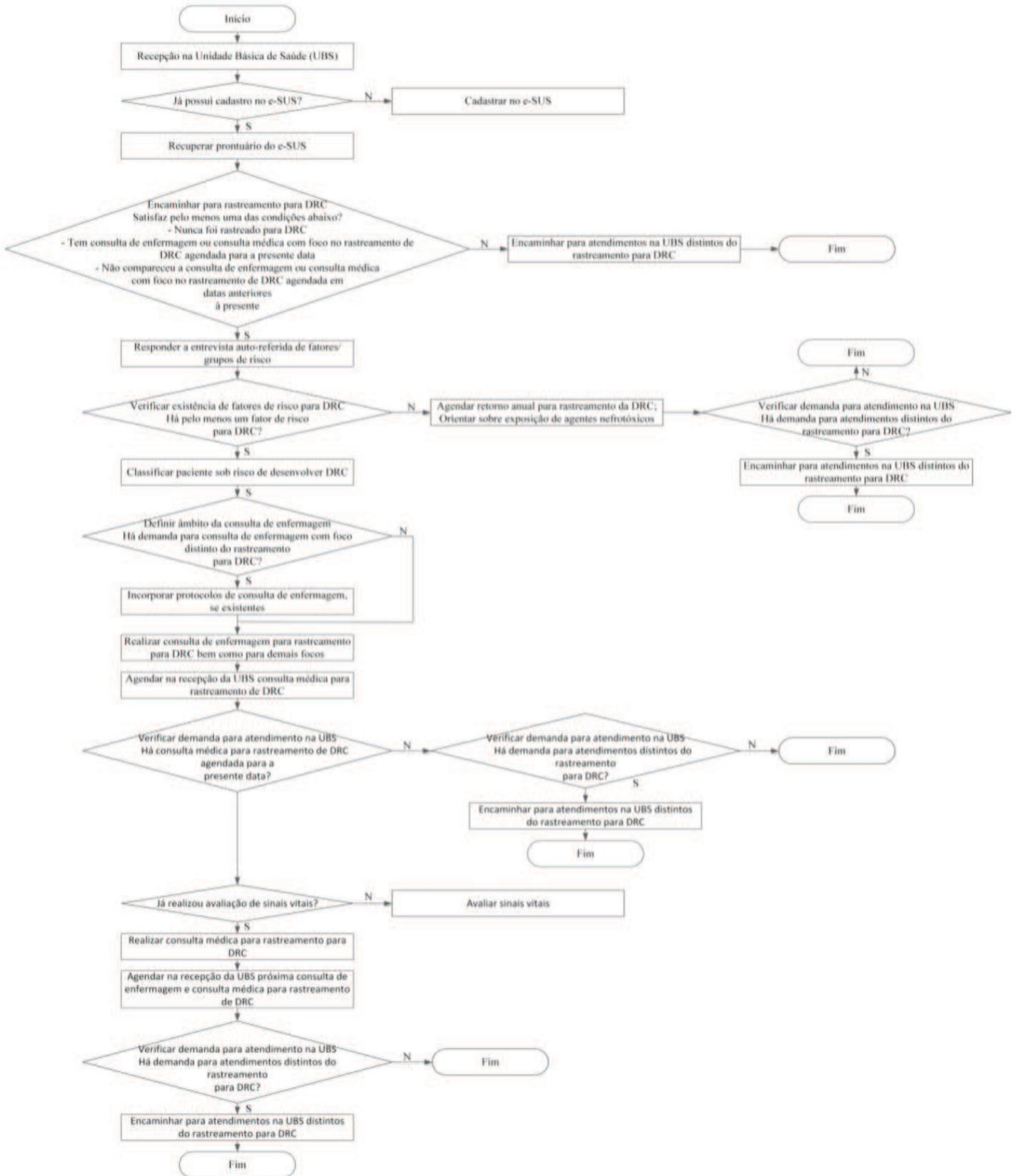
Consulta Médica	Data: / /
Nome: _____	Idade: _____
<i>Evolução Médica</i>	
Anamnese: _____ _____ _____ _____	
Exame físico: _____ _____ _____ _____	
Uso de drogas antiproteinúricas: _____ _____ _____	
Hipóteses diagnósticas: _____ _____	
Diagnósticos principais: _____	
Condutas: _____ _____ _____ _____	
<p>Creatinina sérica, Exame sumário de urina (EAS) e estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) devem ser feitos para todos os pacientes sob o risco de DRC.</p> <p>Ultrassonografia dos rins e vias urinárias deve ser feita para pacientes com história de DRC familiar, infecção urinária de repetição e doenças urológicas.</p> <p>Indicada a Relação Albuminúria Creatininúria (RAC) para diabéticos e hipertensos com EAS mostrando ausência de proteinúria.</p> <p>Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2014.</p>	

CONTROLE DE EXAMES	Data/consulta	Data/consulta	Data/consulta	Data/consulta	Data/consulta	Data/consulta
	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
	Data/exame	Data/exame	Data/exame	Data/exame	Data/exame	Data/exame
	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
RESULTADOS						
Exame sumário de urina						
Albumina/creatinina Urinária						
Microalbuminúria						
Albumina						
Proteínas Totais e Frações						
Creatinina						
Uréia						
Hemoglobina						
Hematócrito						
Ferritina						
Índice Saturação de Transferrina						
Glicemia plasmática/jejum						
Hemoglobina glicada						
Colesterol total						
HDL						
LDL						
Triglicédeos						
Cálcio						
Fósforo						
PTH						
Potássio						
Exames de Imagem						
Médico responsável (CRM): _____						

O quinto instrumento do Protocolo é o fluxograma. A Figura 3 apresenta o “Fluxograma de Atendimento do Paciente na Unidade Básica de Saúde”, o qual estabelece a sequência de atividades associadas ao atendimento do paciente na atenção primária, garantindo que o Protocolo será adequadamente aplicado pelos profissionais de saúde, responsáveis pelo atendimento. Neste fluxograma tem-se:

- 1 – Início
- 2 – Recepção na Unidade Básica de Saúde (UBS)
- 3 – Já possui cadastro no e-SUS?
- 4 – Cadastrar no e-SUS
- 5 – Recuperar prontuário do e-SUS
- 6 – Encaminhar para o rastreamento de DRC?
Satisfaz pelo menos uma das condições abaixo?
 - Nunca foi rastreado para DRC
 - Tem consulta de enfermagem ou consulta médica com foco no rastreamento de DRC agendada para a presente data
 - Não compareceu a consulta de enfermagem ou consulta médica com foco no rastreamento de DRC agendada em datas anteriores à presente
- 7 – Encaminhar para atendimentos na UBS distintos do rastreamento para DRC
- 8 – Fim
- 9 – Responder a entrevista auto-referida de fatores/grupos de risco
- 10 – Há pelo menos um fator de risco para DRC?
Verificar existência de fatores de risco para DRC
- 11 – Agendar retorno anual para rastreamento e orientar sobre exposição à nefrotóxicos
- 12 – Há demanda para atendimentos distintos do rastreamento para DRC?
Verificar demanda para atendimento na UBS
- 13 – Encaminhar para atendimentos na UBS distintos do rastreamento para DRC
- 14 – Fim
- 15 – Fim
- 16 – Classificar paciente sob o risco de desenvolver DRC
- 17 – Há demanda para consulta de enfermagem com foco distinto do rastreamento para DRC?
Definir âmbito da consulta de enfermagem
- 18 – Incorporar protocolos de consulta de enfermagem, se existentes
- 19 – Realizar consulta de enfermagem para rastreamento de DRC, bem como para demais focos
- 20 – Agendar na recepção da UBS consulta médica para rastreamento de DRC
- 21 – Há consulta médica para rastreamento de DRC agendada para a presente data?
Verificar demanda para atendimento na UBS
- 22 – Há demanda para atendimentos distintos do rastreamento para DRC?
Verificar demanda para atendimento na UBS
- 23 – Encaminhar para atendimentos na UBS distintos do rastreamento para DRC
- 24 – Fim
- 25 – Fim
- 26 – Já realizou avaliação de sinais vitais?
- 27 – Avaliar sinais vitais
- 28 – Realizar consulta médica para rastreamento de DRC
- 29 – Agendar na recepção da UBS a próxima consulta de enfermagem e consulta médica para DRC
- 30 – Há demanda para atendimentos distintos do rastreamento para DRC?
Verificar demanda para atendimento na UBS
- 31 – Fim
- 32 – Encaminhar para atendimentos na UBS distintos do rastreamento para DRC
- 33 – Fim

Figura 3: Fluxograma de Atendimento do Paciente na Unidade Básica de Saúde



Fonte: A autora, 2014.

O sexto instrumento corresponde ao “Manual de Instruções para Preenchimento e Orientações do Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde” (APÊNDICE A).

Para que os instrumentos de coleta de dados do Protocolo garantissem qualidade da informação em saúde, foram formuladas instruções, as quais contemplam orientações adequadas para o preenchimento das informações técnicas e conceituais da Ficha de Identificação, da Entrevista Auto-Referida de Fatores/Grupos de Risco, da Consulta de Enfermagem e da Consulta Médica.

O Manual que consta no APÊNDICE A, descreve os campos disponíveis para o registro das informações, os conceitos associados a cada item, bem como a forma de preenchimento dos instrumentos de coleta de dados.

4.3 AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Para realizar a avaliação do Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica foram elaborados dois questionários específicos para este propósito e submetidos a um conjunto de médicos e enfermeiros.

O perfil dos médicos e enfermeiros que participaram do estudo (Quadro 10) demonstra que são capazes de contribuir para a adequação do Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica, com vistas à APS. Portanto, o critério qualificação profissional foi determinante à avaliação, e não a quantidade de profissionais, possuindo experiências suficientes para a avaliação deste Protocolo. As qualificações incluem três (03) titulações de Pós-Doutores, dois (02) Doutores, três (03) Mestres, seis (06) Especialistas e um (01) Graduado. Desses, oito possuem Pós- Graduação em Nefrologia.

Em relação ao tempo de atuação no atendimento a portadores de DRC temos dez profissionais que trabalham há mais de 5 anos, além de todos possuírem pesquisas e publicações sobre a DRC. Quanto ao tempo de atuação como profissional graduado na APS, apenas cinco trabalham a mais de 5 anos e sete entre 1 a 5 anos. Desses quinze profissionais, atualmente onze trabalham com portadores de doença renal e/ou atenção primária.

Quadro 10: Perfil Profissional dos Avaliadores

Profissão	Nível de formação	Pós-Graduação em Nefrologia	Tempo de atuação a portadores de DRC	Tempo de atuação na APS	Atualmente trabalha na APS e/ou com portador de DRC	Publicações DRC
Médico	Pós-Doutorado	Sim	> 5 anos	1 a 2 anos	Sim	Sim
Médico	Pós-Doutorado	Sim	> 5 anos	Nunca trabalhou	Sim	Sim
Médico	Doutorado	Sim	> 5 anos	1 a 2 anos	Sim	Sim
Médico	Doutorado	Não	> 5 anos	> 5 anos	Sim	Sim
Médico	Especialização	Não	3 a 5 anos	3 a 5 anos	Sim	Não
Médico	Especialização	Não	3 a 5 anos	3 a 5 anos	Sim	Não
Médico	Graduação	Não	> 5 anos	> 5 anos	Sim	Sim
Enfermeiro	Pós-Doutorado	Sim	> 5 anos	Nunca trabalhou	Não	Sim
Enfermeiro	Mestrado	Sim	> 5 anos	Nunca trabalhou	Não	Sim
Enfermeiro	Mestrado	Sim	3 a 5 anos	3 a 5 anos	Sim	Não
Enfermeiro	Mestrado	Não	> 5 anos	> 5 anos	Sim	Sim
Enfermeiro	Especialização	Sim	> 5 anos	> 5 anos	Não	Sim
Enfermeiro	Especialização	Não	> 5 anos	> 5 anos	Sim	Sim
Enfermeiro	Especialização	Não	3 a 5 anos	3 a 5 anos	Não	Não
Enfermeiro	Especialização	Sim	1 a 2 anos	1 a 2 anos	Sim	Não

Fonte: A autora, 2014.

Os questionários (APÊNDICE C e D) para avaliação do Protocolo contam com um total de 122 questões. Aos enfermeiros foi solicitado a análise de 109 questões (incluído questão do fluxograma), correspondentes a 220 itens dos instrumentos do Protocolo. Aos médicos foi solicitado a análise de 13 questões (incluído questão do fluxograma), correspondentes a 42 itens dos instrumentos do Protocolo. No total, 207 itens foram avaliados apenas por enfermeiros, 29 itens foram avaliados apenas por médicos e 13 itens foram avaliados tanto por enfermeiros quanto por médicos.

Com relação à frequência das respostas por avaliador (Quadro 11), doze avaliadores estabeleceram o maior número na frequência de respostas com escore 5 e três avaliadores estabeleceram o maior número com escore 4, que correspondem a informações/itens de extrema importância e muita importância, respectivamente. Desses avaliadores, quatro (3 médicos e 1 enfermeiro) responderam que todos os instrumentos apresentavam itens de extrema importância para o atendimento frente à DRC na atenção primária.

Quadro 11: Frequência das Respostas por Avaliador

Avaliador	FREQUÊNCIA				
	Escore 1 Sem Importância	Escore 2 Pouco Importante	Escore 3 Importante	Escore 4 Muito Importante	Escore 5 Extrema Importância
Médico 1	0	0	2	3	7
Médico 2	0	0	0	0	12
Médico 3	0	0	1	3	8
Médico 4	0	0	0	0	12
Médico 5	0	0	0	0	12
Médico 6	0	0	1	8	3
Médico 7	0	0	1	11	0
Enfermeiro 1	0	0	6	40	62
Enfermeiro 2	0	1	12	16	79
Enfermeiro 3	0	0	8	4	96
Enfermeiro 4	0	0	0	0	108
Enfermeiro 5	0	0	43	57	8
Enfermeiro 6	0	2	35	34	37
Enfermeiro 7	0	0	15	29	64
Enfermeiro 8	0	2	10	23	73

Fonte: A autora, 2014.

Conforme Quadro 12, tem-se um consenso, com média de 98,9% das respostas importantes para a área de enfermagem e médica, avaliando então a proposta de Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde.

Quadro 12: Consenso das Médias de Respostas dos Avaliadores

ESCORE	MÉDIA DOS ESCORES (%)
IMPORTANTE	10,35%
MUITO IMPORTANTE	26,25%
EXTREMA IMPORTÂNCIA	62,3%
TOTAL	98,9%

Fonte: A autora, 2014.

Os Quadros 11 e 12 sintetizam os resultados obtidos na avaliação. O Quadro 11 apresenta a frequência das respostas de cada um dos avaliadores e o Quadro 12 apresenta a média de respostas dos avaliadores. Nos Apêndices C e D são apresentados os questionários aplicados aos avaliadores juntamente com o total de respostas em cada escore.

Os valores obtidos quando da apuração dos escores (Quadros 11 e 12), permitiu analisar a importância dos itens contidos no Protocolo. Em relação aos resultados obtidos para a área de enfermagem e médica, que tiveram escore menor que 3, tem-se apenas itens da área de enfermagem, os quais correspondem a paciente idoso (acima de 60 anos), crânio e sexualidade. Estes três itens foram considerados sem importância ou pouco importantes para o atendimento frente à DRC, por isso foi feita uma análise criteriosa destes itens, baseada na literatura, para que fossem mantidos no Protocolo.

O item paciente idoso (**acima de 60 anos**) não foi excluído do Protocolo porque conforme a Organização Mundial da Saúde (2002), nos países em desenvolvimento é considerado idoso aquele que tem 60 ou mais anos de idade e nos países desenvolvidos a idade se estende para 65 anos. Dois avaliadores sugeriram idade acima de 65 anos (países desenvolvidos), sendo então desconsideradas as sugestões e respostas.

Em relação aos itens crânio e sexualidade, estes também não foram excluídos porque durante a Consulta de Enfermagem o Exame Físico deve ser realizado por completo (céfalo-podal) no paciente, o que inclui avaliar o crânio. Já a questão que envolve a sexualidade, é vista como uma necessidade psicobiológica, conforme Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Vale lembrar que a Consulta de Enfermagem, para este Protocolo, é baseada nas Necessidades Psicobiológicas e Psicossociais (HORTA, 1979).

Como pode ser observado nos questionários encaminhados aos avaliadores foi dada a oportunidade para o avaliador sugerir a inclusão de itens no Protocolo. Do total de 15 avaliadores, apenas um avaliador (médico) sugeriu a inclusão de um item no Protocolo, correspondendo à inclusão no “Controle de Exames” da dosagem de Vitamina D para os portadores de doença renal. A Vitamina D é um exame que deve ser solicitado no Estágio 5 da doença renal, portanto é padronizado na Unidade de Atenção Especializada. Considerando que o Protocolo é para uso exclusivo na atenção primária, limitada ao atendimento de pacientes em estágio

menor do que 4, tem-se comprovada a correção do Protocolo no sentido de que não há itens considerados relevantes ao rastreamento da DRC que não tenham sido contemplados no Protocolo.

Ainda sobre à avaliação do Protocolo, tem-se uma questão referente ao fluxograma de atendimento do paciente na Unidade Básica de Saúde. Nesta questão 14 avaliadores concordaram com o fluxograma construído pela pesquisadora e apenas 1 avaliador discordou. Contudo, a observação foi quanto à forma de representação gráfica e compreensão do conteúdo, mas não quanto à sequência propriamente dita. Isto foi corrigido incluindo uma versão do fluxograma (Figura 3) elaborada para ser impressa em folha de dimensão padronizada A3, com a inclusão da informação textual no interior de cada elemento do fluxograma.

5 DISCUSSÃO

No levantamento das diretrizes propostas sobre a DRC no Brasil, destacam-se os dois documentos do Ministério da Saúde: Caderno de Atenção Básica nº 14 Prevenção Clínica da Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica; e as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde. Estes documentos foram utilizados para elencar as recomendações propostas sobre a DRC, no Brasil, com vistas à prevenção, rastreamento, avaliação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes na APS.

Além destes documentos, também foram encontrados estudos, apresentados no Quadro 6, com informações fundamentais para o atendimento frente à doença renal, bem como, APS.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a, p. 9), o Caderno de Atenção Básica nº 14 é considerado “a primeira iniciativa brasileira de ação estruturada e de base populacional para a prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares e renal crônica em larga escala”.

Durante o levantamento das diretrizes brasileiras, percebe-se a escassez de estudos referentes aos programas de rastreamento e atendimento frente à DRC no âmbito da atenção primária.

Segundo Bastos, Bastos e Teixeira (2007), em revisão aos periódicos destinados aos profissionais de saúde da atenção primária, encontram-se poucas referências que abordam a doença renal.

Os enfermeiros e médicos generalistas atuantes na APS que participaram do estudo informaram, em entrevista convite, que não conhecem nenhum protocolo para o rastreamento da DRC, na rede pública de saúde. Sabe-se que o rastreamento é primordial para a detecção dos fatores de risco e diagnóstico precoce da DRC (BRASIL, 2010).

Bastos e Kirsztajn (2011) ressaltam que o rastreamento da DRC na APS apresenta-se como uma questão desafiadora, sendo realizado em vários países por meio de estimativas cujos resultados respaldam a inserção de estratégias para a detecção precoce dos fatores de risco.

Considerando que o atendimento específico ao portador de DRC exige uma equipe multiprofissional, Romão Jr. (2004) acrescenta nesta perspectiva que os médicos e enfermeiros da Atenção Básica são quase sempre responsáveis pelos primeiros contatos com portadores de DRC.

Neste sentido, os questionários utilizados para a avaliação do Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde foram aplicados a médicos e enfermeiros.

Foram convidados para participar do estudo 15 profissionais de saúde, desses, 3 são médicos nefrologistas, 4 médicos generalistas, 5 são enfermeiros especialistas em nefrologia e 3 enfermeiros generalistas. Dos 15 profissionais de saúde, todos aceitaram o convite.

Quanto às respostas dos avaliadores/profissionais de saúde, predominaram os itens que tiveram escores entre 3, 4 e 5 (Importante, Muito Importante e Extrema Importância). Com 98,9% de média das respostas, fica evidente que as informações propostas no Protocolo são essenciais para o atendimento sistematizado do paciente sob o risco de DRC na atenção primária.

A elaboração do Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde foi dividida em seis instrumentos: (1) Ficha de Identificação; (2) Entrevista Auto-Referida de Fatores/Grupos de Risco; (3) Consulta de Enfermagem; (4) Consulta Médica; (5) Fluxograma de atendimento do paciente na Unidade Básica de Saúde; (6) Manual de instruções para preenchimento e orientações do Protocolo.

A Ficha de Identificação ou “Cadastro Individual” têm como finalidade registrar os dados gerais que identificam o paciente como número do cartão SUS, nome completo, data de nascimento, sexo, raça, nome completo da mãe, nacionalidade, telefone, bem como as informações sociodemográficas referentes à situação conjugal, ocupação, escolaridade, entre outras. Esta ficha é padronizada nas Unidades Básicas de Saúde para o cadastro dos pacientes, sendo inserida neste Protocolo para coleta de dados sociodemográficos.

Conforme Ministério da Saúde, a ficha Cadastro Individual é composta por informações de identificação/sociodemográficas do usuário. Após o preenchimento manual desta ficha pelo usuário operador, a mesma deverá ser digitada no Sistema de Informação em Saúde e-SUS para alimentação da base nacional de dados (BRASIL, 2013).

Dos instrumentos que compõem o Protocolo, a Entrevista Auto-Referida de Fatores/Grupos de Risco merece atenção especial, por se tratar de um questionário cujas perguntas permitem identificar os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver a DRC, através dos fatores de risco. A partir dessa identificação, o enfermeiro pode dar seguimento ao atendimento frente à DRC utilizando o Protocolo como guia.

Bastos, Bastos e Teixeira (2007, p. 53) recomendam que “profissionais da APS realizem um rastreamento seletivo, entre os indivíduos pertencentes aos grupos de risco já bem estabelecidos para a doença: Hipertensos, Diabéticos, idosos e familiares de renais crônicos.”

Quanto à Consulta de Enfermagem, segundo Tannure e Pinheiro (2011) alguns enfermeiros têm utilizado como um método para sistematizar a assistência de enfermagem nos diversos níveis de atenção à saúde, principalmente na atenção primária. Nesta perspectiva, a Consulta de Enfermagem foi inserida no Protocolo com a finalidade de melhorar a qualidade do cuidado prestado ao paciente.

A Consulta de Enfermagem contém os itens Anamnese, Exame Físico, Diagnósticos de Enfermagem (Intervenções de Enfermagem e Resultados Esperados) e Evolução de Enfermagem.

Nos itens Anamnese e Exame Físico são levantadas as necessidades biológicas, sociais e físicas do paciente, inclusive os fatores que relacionam essas necessidades, como por exemplo: na história de saúde e doença as informações importantes seriam o fator hipertensão, o fator diabetes, história familiar de DRC e orientações recebidas sobre a doença, entre outros.

Outra informação importante da Anamnese e que deve ser acompanhada posteriormente é a eliminação urinária, em que o volume e a frequência urinária se destacam, contendo as informações de anúria (ausência de urina), disúria (dificuldade e dor para urinar) e nictúria (aumento da frequência urinária no período noturno), além de outros sintomas comuns à DRC.

No Exame Físico, o aparelho cardiovascular, abdômen e aparelho urinário, são destaques para o atendimento frente à DRC, pois contam com informações que envolvem o desenvolvimento da patologia.

Os Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem e Resultados Esperados, contemplados no Protocolo, foram baseados na obra Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem: subsídios para a sistematização da

prática profissional, a qual utiliza NANDA Internacional e CIPE®/CIPESC®. De acordo com as autoras Garcia e Cubas (2012, p. 15),

em um processo de ação-reflexão, ao realizar um atendimento, o profissional identificará as necessidades presentes na situação e, para cada uma delas, verificará os diagnósticos de enfermagem (...). Na sequência, o profissional verificará, por diagnóstico de enfermagem firmado, o resultado de enfermagem que espera alcançar. Determinará, então, as intervenções de enfermagem que julga ter maior probabilidade de contribuir para que o resultado esperado seja alcançado.

Os Diagnósticos, bem como Intervenções e Resultados de Enfermagem foram relacionados aos fatores que, de alguma forma, envolvem a DRC.

Quanto ao item Evolução de Enfermagem, contido no Protocolo, se fez necessário associar todo o atendimento prestado ao paciente, para registro dos procedimentos realizados conforme os diagnósticos e intervenções prescritas, exames, bem como resultados alcançados.

Vale ressaltar que, os enfermeiros não prescrevem nem tratam condições clínicas, e sim prescrevem cuidados para as reações das condições clínicas correspondentes a complicações fisiológicas detectadas nos pacientes. Aos médicos compete o tratamento, ou seja, prescrição dos medicamentos (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Com relação à Consulta Médica, esta baseia-se na Evolução Médica determinada pelo diagnóstico clínico e tratamento do paciente. A Evolução Médica contempla a Anamnese e Exame Físico; Uso de drogas antiproteinúricas; Hipóteses diagnósticas e Diagnósticos; Conduitas; e Controle de exames.

Conforme definição do Conselho Federal de Medicina (2010, p. 92),

a consulta médica compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessário, e prescrição terapêutica como ato médico e que pode ser concluído ou não em um único momento.

Ainda sobre os instrumentos do Protocolo, tem-se o fluxograma, o qual descreve o atendimento inicial, considerando as rotinas das Unidades Básicas de Saúde; a entrevista auto-referida para identificação dos fatores de risco; a classificação dos indivíduos sob o risco de DRC; a realização da Consulta de Enfermagem e Consulta Médica; e o agendamento da próxima Consulta de

Enfermagem e Consulta Médica para DRC, garantindo o acompanhamento e encaminhamento dos pacientes.

Os instrumentos que compõem o Protocolo garantem a continuidade do atendimento ao paciente e a integração da equipe de enfermagem e médica por meio da qualidade da informação em saúde.

A captação precoce dos pacientes e a construção de um fluxo estruturado, em uma rede de cuidados que permita uma assistência adequada constituem, hoje, um desafio para o Sistema Único de Saúde (Brito et al., 2013). Portanto, o Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde, produto deste trabalho, pode ser visto como uma contribuição para a sistematização do atendimento na rede pública de saúde.

A proposta de sistematização do atendimento frente à DRC na atenção primária objetivou guiar os profissionais de saúde para que realizem o atendimento e encaminhamento adequado dos pacientes sob risco ou portadores de DRC, em conformidade com o estabelecido pelo Ministério da Saúde.

6 CONCLUSÃO E TRABALHOS FUTUROS

Este estudo atingiu seu objetivo, elaborando a proposta de sistematização do atendimento frente à Doença Renal Crônica a partir do Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica, com vistas à Atenção Primária à Saúde.

Conclui-se que no Brasil há poucos estudos disponíveis sobre a prevalência da doença renal, o que dificulta as ações de prevenção e controle desta doença. Por isso, faz-se necessário conhecer instrumentos alternativos para o rastreamento da DRC, de acordo com recursos materiais e humanos, bem como as políticas públicas de saúde vigentes no país.

Este estudo aponta que o Protocolo elaborado para o rastreamento da DRC é um instrumento inovador, embasado nas políticas públicas de saúde do Brasil. O instrumento contempla informações importantes para os profissionais da APS, permitindo-lhes melhor compreender, acolher e encaminhar na rede do Sistema Único de Saúde os pacientes com doença renal.

Para que o Protocolo tenha potencial na rede pública de saúde, é necessário capacitar os profissionais (médicos e enfermeiros) para que se alcance uma maior capacidade de detecção dos fatores de risco, do diagnóstico precoce e da prevenção das complicações. A capacidade de detecção dos casos é fortemente influenciada por hábitos culturais, visto que o Brasil apresenta uma dimensão continental, a implementação de programas de prevenção e rastreamento torna-se lenta.

Também conclui-se que este estudo é o começo de inúmeros trabalhos que necessitam ser realizados envolvendo a DRC, principalmente quanto ao rastreamento, que vem sendo apresentado como uma questão desafiadora em diversos países.

Com a proposta de sistematização do atendimento frente à DRC apresentada neste estudo, espera-se melhorar o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, otimizar o cuidado ao paciente e garantir o encaminhamento em tempo hábil para o especialista, minimizando assim, os agravos oriundos dessa doença.

Para trabalhos futuros sugere-se primeiramente uma capacitação sobre a DRC para os profissionais da atenção primária, abordando a definição, prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento e epidemiologia. Após capacitação, sugere-se

a utilização do Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na prática como coleta manual de informações, a fim de que os médicos e enfermeiros comecem a conhecê-lo e possam fazer ajustes, caso haja necessidade.

Também como trabalho futuro sugere-se realizar a modelagem de um Sistema de Informação em Saúde para suporte a médicos e enfermeiros, baseado em recursos computacionais que contemple a aquisição, armazenamento e recuperação de dados sobre o portador de DRC, apoiando o raciocínio de avaliação e reavaliação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, A.L.B.L. et al. **Anamnese e Exame Físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BASTOS, R.M.R.; BASTOS, M.G.; TEIXEIRA, M.T.B. A Doença Renal Crônica e os Desafios da Atenção Primária à Saúde na sua Detecção Precoce. **Revista APS (Atenção Primária à Saúde)**, v. 10, n. 1, p.46-55, 2007.

BASTOS, M.G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G.M. Doença Renal Crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. Artigo de Revisão. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 2, p. 248-53, 2010.

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. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.168, de 15 de junho de 2004. **Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal**. Diário Oficial da União, 17 jun 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica**. Cadernos de Atenção Básica nº 14, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica nº 16, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade do SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Rastreamento**. Cadernos de Atenção Primária nº 29, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. **Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Básica. **Sistema com Coleta de Dados Simplificada - CDS: Manual para Preenchimento das Fichas**. 2013. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_preenchimento.pdf

Acesso em: Junho 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica - DRC no Sistema Único de Saúde**. 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas>. Acesso em: Maio 2014.

BRITO, S.S. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica aos Hipertensos: Relato de Experiência. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 8, p. 5345-5350, 2013.

CFM (Conselho Federal de Medicina). **Resolução Cfm nº 1.958/2010**. Brasília (DF), p. 92, 2010. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1958_2010.htm. Acesso em: Junho 2013.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Resolução Cofen nº 358/2009**. Brasília (DF), p.1-4, 2009. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>. Acesso em: Junho. 2013.

DYNIEWICZ, A.M. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2011.

FEHRING, R.J. Symposium of Validation Models: the Fehring Model. In: CARROL – JOHNSON, R.M. & PAQUETTE, M. Classification of Nursing Diagnosis: Proceedings of the Tenth Conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, p. 55-62, 1994.

GARCIA, T.R.; CUBAS, M.R. **Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU/Edusp, 1979.

KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: evaluation, classification and stratification. **American Journal Kidney Disease**, v. 39, p.1-246, 2002.

LI, P.K.T.; BURDMANN, E.A.; MEHTA, R.L. Injúria Renal Aguda: um alerta global. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 35, n. 1, p.1-5, 2013.

LOUVISON, M.C.P. et al. Prevalence of Substitute Renal Therapy in the of São Paulo. **Bepa**, v. 95, n. 8, p. 23-42, 2011.

MAGACHO, E.J.C. et al. Tradução, adaptação cultural e validação do questionário Rastreamento da Doença Renal Oculta (Screening for Occult Renal Disease - SCORED) para o português brasileiro. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 34, n. 3, p. 14-16, 2012.

MENDES, E.V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. 2012. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: Fevereiro 2013.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. **Guia para Pacientes e Familiares sobre Insuficiência Renal Crônica**. Disponível em: <www.kidney.org/atoz/pdf/international/portuguese/11-50-1201_KAI_PatBro_AboutCKD_Pharmanet_Portuguese_Nov08.pdf>. Acesso em: Fevereiro 2013.

PRESSMAN, R.S. **Engenharia de Software**. McGraw-Hill, 6ª edição, 2006.

RIBEIRO, M.A.S. **Validação de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem: Integridade da pele prejudicada, Risco de integridade da pele prejudicada e Integridade tissular prejudicada**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, São Paulo. 2012.

ROMÃO JR, J.E. Diretrizes Brasileiras da Doença Renal Crônica. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 3, p.4-5, 2004.

SANTOS, L.L. **Análise da percepção e registro das medidas de prevenção de doenças por profissionais da atenção primária**. 2010. 154 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SESSO, R.C. et al. Censo brasileiro de diálise 2010. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 33, n. 4, p. 442-447, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 3, p.1-49, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Nefropatia Diabética. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 27, n.1, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasil: Ministério da Saúde, UNESCO; 2002. 726p.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TRUPPEL, T.C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 221-227, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud**. Ginebra, 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Active Ageing – A Policy Framework**. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid: Spain, 2002.

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-PR



em Pesquisa da
PUCPR

ASSOCIAÇÃO PARANAENSE
DE CULTURA- PUCPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sistematização do atendimento aos portadores de doença renal crônica com suporte tecnológico na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Agnelo Denis Vieira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25953014.3.0000.0020

Instituição Proponente: ASSOCIACAO PARANAENSE DE CULTURA- APC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 745.193

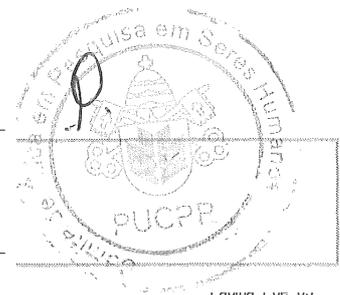
Data da Relataria: 11/08/2014

Apresentação do Projeto:

O presente estudo pode ser considerado como exploratório descritivo, no qual o pesquisador observa, descreve e classifica os fenômenos, investigando sua natureza e outros fatores aos quais esteja relacionado. Este trabalho tem como objetivo propor a sistematização do atendimento aos portadores de Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde e modelar um Sistema de Informação em Saúde para suporte a médicos e enfermeiros na avaliação e reavaliação desta patologia. Esta pesquisa é composta de duas fases e suas respectivas etapas a saber: a fase I constituída do levantamento das informações (etapa 1) e da sistematização das informações (etapa 2), a qual resultará na proposta de sistematização do atendimento aos pacientes com Doença Renal Crônica; a fase II consistirá na seleção de métodos para modelagem do sistema de informação (etapa 3), na validação do protocolo de atendimento aos portadores de Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde (etapa 4)

e, na especificação e validação dos requisitos para modelagem do sistema de informação (etapa 5), resultando na modelagem do Sistema de Informação em Saúde para suporte aos profissionais médicos e enfermeiros na atenção primária. Para a concretização da fase I, será elaborado pela pesquisadora o protocolo de atendimento através de literatura e experiência profissional. Já para a concretização da fase II (após aprovação do CEP da PUC), será realizada a sessão JAD (Joint

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3271-2292 Fax: (41)3271-2292 E-mail: nep@pucpr.br





em Pesquisa da
PUCPR

ASSOCIAÇÃO PARANAENSE
DE CULTURA- PUCPR



Continuação do Parecer: 745.193

Application Development), onde nesta sessão será aplicado um questionário (que antes da aplicação será enviado a este comitê para a apreciação - e se aprovado será aplicado) aos especialistas para a validação propriamente dita do protocolo de atendimento aos portadores de Doença Renal Crônica na atenção primária elaborado pela pesquisadora. Após, será realizado o levantamento de requisitos do sistema de informação a ser modelado. Os sujeitos que participarão desta fase 11 serão médicos e enfermeiros especialistas em nefrologia e também generalistas que atuam na atenção primária.

Objetivo da Pesquisa:

Este trabalho tem como objetivo propor a sistematização do atendimento aos portadores de Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde e modelar um Sistema de Informação em Saúde para suporte a médicos e enfermeiros na avaliação e reavaliação dos portadores desta patologia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Possibilidade de constrangimento dos sujeitos de pesquisa por não saberem responder alguma pergunta do questionário. Para minimizar este risco, os pesquisadores comprometer-se-ão que em nenhum momento será identificado o questionário dos sujeitos que participarão do estudo.

Benefícios:

O benefício aos participantes é o aprendizado adquirido sobre o protocolo de atendimento aos portadores de Doença Renal Crônica na atenção primária, pois terão a oportunidade de utilizá-lo, bem como participarão de uma exposição dialogada em grupo sobre os requisitos para modelagem do sistema de informação, conduzida pela autora do trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Encaminhado para análise ética questionário para aplicação aos especialistas.

Questionário Aprovado dentro dos quesitos éticos e atende ao que prevê a resolução 466/12

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos Aprovados.

Recomendações:

Sem recomendações

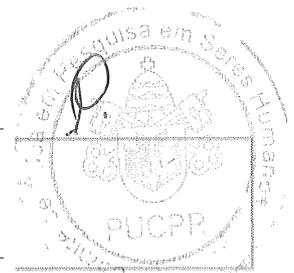
Conclusões ou Pendências e lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155	
Bairro: Prado Velho	CEP: 80.215-901
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3271-2292	Fax: (41)3271-2292 E-mail: nep@pucpr.br



ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, nacionalidade: _____,
idade: _____, profissão: _____, endereço: _____
_____, RG: _____, estou sendo

convidado a participar de um estudo denominado “**Sistematização do Atendimento Frente à Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde**”, cujos objetivos são: elaborar uma proposta de Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica, com vistas à Atenção Primária à Saúde; e avaliar o Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica.

A minha participação no referido estudo dar-se-á: responder a um questionário elaborado pelos autores do trabalho para avaliação do Protocolo de Atendimento para o Rastreamento da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde.

Fui informado de que não terei benefício direto participando desta pesquisa mas, que a mesma contribuirá para a disseminação de informações adicionais para subsidiar o atendimento aos pacientes sob risco de desenvolver a Doença Renal Crônica e portadores desta patologia, promovendo a organização dos serviços de saúde da atenção primária e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Recebi, também, os esclarecimentos necessários sobre a possibilidade de risco de constrangimento que posso ter por não saber responder alguma pergunta do questionário. Entendo que, para minimizar este risco, os pesquisadores comprometem-se em nenhum momento será identificado o questionário dos sujeitos que participarão do estudo.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de que, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Agnelo Denis Vieira, orientador, e Suellen Vienscoski Skupien, mestranda da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, e com eles poderei manter contato pelos telefones (41) 32711657 ou (42) 99142927. É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor do todo aqui mencionado e compreendida a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação da pesquisa, haverá ressarcimento mediante depósito em conta-corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um e-mail para nep@pucpr.br.

Curitiba, ___ de _____ de _____.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Nome: _____

RG: _____

Agnelo Denis Vieira
(orientador responsável)

Suellen VienscoskiSkupien
(pesquisadora responsável)

APÊNDICES

APÊNDICE A – MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E ORIENTAÇÕES DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ficha de Identificação

A ficha “Cadastro Individual” é composta por informações de identificação/sociodemográficas do usuário. Todos os campos deverão ser preenchidos pelo usuário operador (auxiliar de atendimento) a partir de informações fornecidas pelo usuário/paciente. O profissional responsável pelo atendimento deverá conferir as informações e assegurar-se de sua qualidade. Após o preenchimento manual desta ficha pelo usuário operador, a mesma deverá ser digitada no sistema de *software* com Coleta de Dados Simplificada (CDS) para alimentação da base nacional de dados. As instruções de preenchimento na íntegra desta ficha podem ser vistas no Sistema com Coleta de Dados Simplificada: Manual para Preenchimento das Fichas (BRASIL, 2013).

Entrevista Auto-Referida de Fatores/Grupos de Risco

A entrevista auto-referida visa identificar problemas e condições de saúde dos usuários no território das equipes de Atenção Primária à Saúde. Tem-se como objetivo nesta entrevista, reconhecer quais são os usuários que estão sob o risco de desenvolver a DRC.

A entrevista deverá ser individualizada e realizada por um técnico de enfermagem ou enfermeiro, onde este irá identificar junto ao usuário os fatores de risco para o desenvolvimento de DRC.

Paciente Idoso? Questionar e confirmar por meio de documento a idade do usuário. Se o usuário tiver idade acima de 60 anos é considerado idoso, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Marque um X na opção “Sim” caso seja idoso e “Não” caso contrário.

Paciente Obeso? Indica a percepção do profissional de saúde em relação ao peso do usuário. Deverá ser considerado obeso o usuário com IMC >30 Kg/m². Marque um X na opção “Sim” caso afirmativo e “Não” caso contrário.

Está Fumante/Tabagista? Marque um X na opção “Sim” caso afirmativo e “Não” caso contrário.

Tem Diabetes? O profissional de saúde deve questionar se o usuário tem diagnóstico confirmado de diabetes (glicemia de jejum acima de 126 mg/dL, ou acima de 200 mg/dL 2 horas após a ingestão de 75g de glicose, ou qualquer valor de hiperglicemia, na presença de poliúria, polidipsia ou polifagia). Marque um X na opção “Sim” caso afirmativo e “Não/Não Sabe” caso contrário.

Tem Hipertensão Arterial? O profissional de saúde deve questionar se o usuário tem diagnóstico confirmado de hipertensão (pressão arterial acima de 140/90 mmHg em duas medidas com um intervalo de 1 a 2 semanas).

Teve AVC/Derrame? Investigar se o usuário tem histórico de doença do aparelho circulatório, como acidente vascular cerebral (AVC), denominado popularmente como derrame. Marque um X na opção “Sim” caso afirmativo e “Não” caso contrário.

Teve Infarto? Investigar se o usuário tem histórico de doença do aparelho circulatório, como infarto do miocárdio. Marque um X na opção “Sim” caso afirmativo e “Não” caso contrário.

Tem Doença Cardíaca? Investigar se o usuário possui alguma doença cardíaca, como doença coronariana, insuficiência cardíaca e outras. Marque um X na opção “Sim” caso afirmativo e “Não/Não Sabe” caso contrário.

Tem ou teve problemas nos rins? Investigar se o usuário tem histórico de doença do aparelho urinário e possui problemas nos rins, como Insuficiência Renal, Litíase, Câncer no rim, Doença Renal Crônica entre outros. Marque um X na opção “Sim” caso afirmativo e “Não” caso contrário. Se o usuário referir que possui problemas nos rins, indicar quais.

Tem histórico na família de DRC? O profissional de saúde deve verificar se os parentes em linhagem direta (pais, avós, tios, irmãos) do usuário são portadores de DRC, cuja herança familiar representa fator de risco. Marque um X na opção “Sim” caso afirmativo e “Não/Não Sabe” caso contrário.

Faz uso contínuo de medicamentos? Questionar se o usuário faz uso de medicamentos anti-hipertensivos, analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos, hipoglicemiantes orais, insulinas, redutores de colesterol, quimioterápicos e anticoagulantes, verificando se o uso é regular ou não. Relacionar os medicamentos de uso regular com os agentes nefrotóxicos.

IMPORTANTE: Se o usuário referir algum destes fatores de risco, o profissional de saúde deverá classificá-lo como indivíduo sob risco de desenvolver a DRC.

Consulta de Enfermagem

Data: Anotar a data do atendimento, com dia, mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Nome: Anotar o nome completo do usuário/paciente, manter as preposições e não utilizar abreviaturas.

Idade: Anotar a idade do usuário/paciente conforme documento de identidade.

Instrumento para Coleta de Dados e Exame Físico de Enfermagem Fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

O instrumento para coleta de dados e exame físico é um elemento fundamental para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem, realizado na Consulta de Enfermagem, e que permitirá ao enfermeiro coletar os dados necessários para o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem e posterior planejamento da assistência, com metas a serem alcançadas e intervenções a serem realizadas junto ao indivíduo sob risco de desenvolver DRC ou portador desta patologia.

1. Anamnese

Queixas: Deve-se perguntar ao paciente o motivo que o levou a procurar assistência e o que está sentindo.

Fatores de risco: Verificar se o paciente é portador de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* (há quanto tempo e se faz controle da pressão arterial e glicemia); se tem história familiar de DRC ou câncer no rim; se tem infecções urinárias de repetição, litíase urinária e uropatias; se está em faixa etária de risco (acima de 60 anos); se é portador de doença autoimune (lúpus eritematoso, artrite reumatóide, entre outras); se é (ou foi) obeso; se tem história de anemia; se é (ou foi durante grande parte da vida) sedentário; se é tabagista e/ou etilista (quanto e durante quanto tempo fumou/bebeu). Marcar com um X as opções desejadas.

Doenças preexistentes: Interrogar, sobretudo, sobre doenças crônicas ou agudas que possam representar risco para desenvolvimento de DRC, como diabetes tipo 1 e tipo 2, hipertensão arterial, doenças cardíacas em geral (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca), além de quaisquer outras doenças que o paciente queira relatar e você julgue importante no momento da consulta de enfermagem.

Doença Renal Diagnosticada: Após o diagnóstico de DRC, classificar o estágio em que se encontra o paciente, conforme a Taxa de Filtração Glomerular (TFG), de acordo com a tabela 1. Marque um X na opção desejada. Salienta-se que, o

acompanhamento e tratamento dos fatores de risco para progressão da DRC em pacientes classificados nos estágios 1, 2, 3A ou 3B, deverão ser realizados pelas Unidades Básicas de Saúde. Pacientes classificados nos estágios 4 ou 5, deverão ser acompanhados nas Unidades de Atenção Especializada em DRC.

Tabela 1: Classificação da DRC

Estágio	TFG (ml/min/1,73 m ²)
1	≥90
2	60-89
3A	45-59
3B	30-44
4	15-29
5	< 15

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, 2014.

Tratamentos anteriores: O paciente deve relatar os medicamentos específicos que tomou anteriormente (relacionar com agentes nefrotóxicos). Além, de qualquer cirurgia realizada ou procedimento invasivo a que tenha se submetido.

Medicamentos em uso nos últimos 60 dias: Questionar quais são os medicamentos que o paciente toma em casa, nos últimos 60 dias. Anotar substância, dose e frequência.

Condições de ambiente e abrigo: Assinalar com um X as opções desejadas conforme relato do paciente, se o mesmo reside em área urbana ou rural, com ou sem saneamento básico.

Cuidado corporal: Assinalar com um X as opções conforme avaliação do enfermeiro sobre os hábitos de higiene do paciente como asseio corporal (banho, cabelos, unhas, barba, roupas limpas) e higiene oral.

Condições que o paciente apresenta para realizar o cuidado corporal: Avaliar se o paciente é independente, parcialmente dependente ou totalmente dependente para os cuidados de higiene/atividades de vida diária. Assinalar com um X a opção desejada.

Ocupação/Exposição à agente nefrotóxico no trabalho: Investigar atividades de trabalho atuais e exercidas anteriormente pelo paciente. Considerar o trabalho

realizado na adolescência, trabalho domiciliar, o trabalho de meio horário e atividades exercidas temporariamente, o trabalho informal e formal. Questionar sobre a empresa (quando existente), ocupação, tempo de atividade e riscos a saúde, os quais o paciente tenha se exposto. A ocupação deverá ser preenchida pelo enfermeiro após coleta da história ocupacional.

Sono e repouso: Verificar se o sono e o repouso são considerados satisfatórios ou não satisfatórios pelo paciente e assinalar com um X a opção referida. Caso seja considerado não satisfatório o padrão de sono e repouso, justificar as principais causas.

Exercícios e atividades físicas: Assinalar com um X a opção informada pelo paciente sobre atividades programadas como exercícios aeróbicos, musculação, caminhada, entre outros. Anotar a frequência, ou seja, quantas vezes por semana e durante quantos minutos. Questionar se o exercício físico é realizado com ou sem orientação profissional.

Consumo alimentar habitual: Verificar os hábitos alimentares do paciente em casa, assinalando com um X a opção desejada. Anotar o consumo de sal (a dose máxima de sal recomendada pela OMS é de 5g por dia) e açúcar (a dose máxima de açúcar recomendada pela OMS é de 30g por dia), lembrando que 1 colher de chá equivale a 5g. Anotar quantas refeições são realizadas diariamente.

Líquidos ingeridos habitualmente: Assinalar com um X as opções informadas pelo paciente sobre os principais líquidos ingeridos diariamente.

Ingesta Hídrica: Avaliar a quantidade de água que o paciente ingere por dia e assinalar com um X a opção desejada. Para calcular a ingestão hídrica utilize como padrão o copo americano que equivale a 200 ml.

Eliminações urinárias: Verificar e assinalar com um X as características das eliminações urinárias relatadas pelo paciente como anúria, disúria, nictúria, incontinência urinária.

Eliminações intestinais: Verificar e assinalar com um X as características das eliminações intestinais relatadas pelo paciente como a frequência e coloração das fezes. Caso o paciente refira obstipação, anotar o número de dias que o mesmo encontra-se sem evacuar.

Sexualidade: Verificar a atividade sexual do paciente. Em caso de vida sexual ativa, questionar formas de proteção. Assinalar com um X a opção referida.

Resolução de problemas: Avaliar se o paciente consegue sozinho tomar algumas decisões em relação aos seus problemas ou necessita de auxílio. Questionar principalmente o “problema doença”. Assinalar com um X a opção referida.

Suporte financeiro: Verificar se o paciente possui recursos para tratamento médico, se utiliza exclusivamente serviços públicos e se conta com a ajuda de familiares. Assinalar com um X a opção referida.

Conhecimento sobre sua saúde: Avaliar se o paciente está orientado quanto ao diagnóstico e tratamento, pouco orientado ou não orientado, se prefere não falar no assunto ou se prefere que os familiares sejam orientados. Assinalar com um X a opção referida.

2. Exame Físico/Informações relevantes sobre órgãos e sistemas

Pressão arterial: A posição recomendada para aferição da pressão arterial é a sentada, utilizando-se aparelhos devidamente calibrados. O profissional de saúde deve orientar o paciente a descansar por 5-10 minutos e certificar-se de que o mesmo não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos há 60-90 minutos e também não está com as pernas cruzadas. A pressão arterial deve ser aferida em ambos os braços. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente (largura equivalente a cerca de dois terços da largura do membro e comprimento suficiente para envolvê-lo totalmente). Anotar os valores obtidos da pressão arterial.

Pulso: Preferencialmente medido na artéria radial, deve ser contado por um minuto inteiro. Anotar o número de batimentos cardíacos por minuto, avaliando as características de intensidade (cheio ou filiforme) e ritmo (regular ou irregular).

Frequência respiratória: A verificação da frequência respiratória pode ser realizada apenas visualmente ou colocando-se a mão sobre o tórax do paciente, deve ser contada por um minuto inteiro. Anotar o número de respirações por minuto, avaliando as características como ritmo e profundidade.

Temperatura corporal: Preferencialmente, a medida axilar, posicionando o termômetro no centro da axila seca, de forma que fique entre as superfícies cutâneas, por no mínimo 5 minutos. Anotar o valor obtido da temperatura.

Glicemia capilar: Realizar o teste de glicemia casual (dosada a qualquer hora do dia). Anotar o valor obtido da glicemia.

Peso: Medir/pesar com o mínimo de roupas possível e sem calçados, após esvaziamento da bexiga. Anotar o valor obtido do peso corporal.

Altura: Solicitar que retire os calçados. Posicionar o paciente de costas para o antropômetro, de maneira que a barra toque na parte superior da cabeça e anotar a altura.

Cintura: A medida da cintura permite uma avaliação aproximada da massa de gordura intra-abdominal e gordura total do corpo. Posicionar o paciente de pé e ereto, afastar a roupa da região da cintura e passar a fita métrica ao redor da cintura ou na menor curvatura localizada entre as costelas e o osso do quadril (crista íliaca). Pedir ao paciente que inspire, e em seguida, expire totalmente. Realizar a leitura imediata antes que a pessoa inspire novamente. Anotar o valor obtido da circunferência da cintura.

Estado nutricional/Classificação do índice de Massa Corporal (IMC): Para a avaliação do estado nutricional, sugerimos utilizar o IMC, que corresponde ao peso (Kg) dividido pela altura (m) ao quadrado. O IMC normal fica entre 18,5 a 24,9, conforme OMS. Valores maiores ou menores significam sobrepeso/obesidade ou subnutrição, respectivamente. Verificar os relatos de ganho ou perda ponderal (quantos quilos e em quanto tempo). Assinalar com um X a opção desejada referente ao IMC.

Estado mental: O nível de consciência é um dos dados de avaliação neurológica. O profissional de saúde deverá fazer algumas perguntas referentes ao nome/sobrenome do paciente, local onde o mesmo encontra-se no momento, data e horário atual, entre outros questionamentos. De acordo com as respostas do paciente este poderá estar: lúcido ou confuso, orientado ou desorientado no tempo e espaço. Assinalar com um X a opção desejada.

Movimentação: Avaliar o grau de dependência do paciente em relação a sua movimentação. Se o paciente apresenta restrições para se movimentar/deambular ou não. Observar a postura, tanto em pé como sentado e deitado, e as características dos movimentos. Assinalar com um X a opção desejada.

Pele/tecidos: Verificar na pele a coloração (palidez, cianose, icterícia, rubor, manchas), turgor (normal ou diminuído), umidade (normal ou ressecada) e textura (áspera ou lisa). Questionar sobre reações alérgicas e prurido. Observar lesões de pele, cicatriz e presença de edema. Caso o paciente apresente edema, anotar a localização. Assinalar com um X a opção desejada.

Crânio: Observar presença ou ausência de anormalidades. Avaliar presença de lesões no couro cabeludo, presença de incisões, cicatrizes. Caso o paciente

apresente anormalidades no crânio, o profissional deverá descrevê-las. Assinalar com um X a opção desejada.

Olhos: Visão normal, acuidade visual diminuída, presença de processos inflamatórios ou infecciosos e uso de lentes/óculos. Avaliar pupilas e os movimentos de cada globo ocular nas diferentes direções. Observar alterações de coloração ou lesões na conjuntiva, esclerótica e na córnea. Assinalar com um X a opção desejada.

Ouvidos: Audição normal, acuidade auditiva diminuída, zumbido, presença de processos inflamatórios ou infecciosos e uso de prótese auditiva. Avaliar cerume, queixa de zumbido, sujidades ou lesões nos pavilhões auriculares. Assinalar com um X a opção desejada.

Nariz: Observar forma e tamanho, presença de lesões, secreções e a ocorrência de epistaxe. Assinalar com um X a opção desejada.

Boca: Avaliar a coloração da cavidade oral, hálito e estruturas como lábios, gengivas, língua e dentes. Verificar também as amígdalas (presença de processos inflamatórios ou infecciosos). Assinalar com um X a opção desejada.

Pescoço: Observar postura vertical e inclinações causadas por contraturas ou paralisias musculares. Avaliar presença de linfonodos, cicatrizes, lesões, turgência jugular e características dos pulsos carotídeos. Assinalar com um X a opção desejada.

Aparelho Respiratório: Realizar palpação para avaliar a expansibilidade, sensibilidade e frêmitos. Realizar percussão para avaliar se o som pulmonar é claro, timpânico, submaciço ou maciço. Realizar ausculta para avaliar presença de murmúrios vesiculares e ruídos adventícios (roncos, estertores e sibilos). Assinalar com um X a opção desejada.

Aparelho Cardiovascular: Realizar ausculta para avaliar a ritmicidade das bulhas (bulhas rítmicas, arrítmicas, taquicardia, bradicardia), sopros (tempo, localização, irradiação e intensidade) e atritos. Verificar frequência cardíaca por meio da ausculta do pulso apical, avaliando se há diferença em relação à medida do pulso radial, devido a arritmias. Caso o paciente seja hipertenso, classificá-lo conforme estágio da pressão arterial (hipertensão estágio 1, hipertensão estágio 2 e hipertensão estágio 3 - intervenção imediata). Assinalar com um X a opção desejada.

Abdômen: Realizar inspeção para avaliar a forma (plano, escavado, distendido, globoso). Realizar ausculta para verificar a presença ou ausência de ruídos

hidroaéreos. Realizar a percussão para avaliar os sons (maciço, submaciço e timpânico). Realizar a palpação para verificar a consistência (flácido ou resistente) e sensibilidade (doloroso ou não). Avaliar a dor (tipo, localização, intensidade, duração, irradiação). Se presença de dor, anotar a localização. Assinalar com um X a opção desejada.

Aparelho Urinário: Realizar a inspeção para verificar a presença de sondas. Verificar/questionar as características das eliminações urinárias (frequência, quantidade, aspecto e distúrbios relacionados). Assinalar com um X a opção referida. Caso seja assinalada a opção “Outros”, o profissional deverá descrever as características.

Membros superiores e inferiores: Realizar a inspeção para verificar a presença de dispositivos (venosos ou arteriais, fístula arteriovenosa), rede venosa, perfusão periférica, amputações e presença de edemas. Realizar a palpação para avaliar pulsos, perfusão periférica (teste de enchimento capilar no leito ungueal, considerado adequado até 3 segundos), avaliação de edemas, sensibilidade e força motora (paresias, plegias e parestesias). Caso o paciente apresente edema, anotar o local exato. Assinalar com um X a opção desejada.

3. Diagnósticos de Enfermagem

Devem ser baseados tanto nos problemas reais quanto nos problemas potenciais, que podem ser sintomas psicobiológicos, psicossociais ou psicoespirituais. O enfermeiro deve listar no campo os diagnósticos em ordem de prioridade, com base no grau de ameaça ao nível de bem-estar do paciente. No Quadro 1 estão descritos os possíveis diagnósticos, bem como, as intervenções e resultados esperados de enfermagem (tendo como base a obra Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional), que podem ser utilizados na consulta de enfermagem para indivíduos sob o risco de desenvolver a DRC.

4. Evolução de Enfermagem

O enfermeiro deve registrar um resumo sucinto das respostas do paciente aos cuidados prescritos e implementados. Neste momento, deve também avaliar a assistência de enfermagem prestada ao paciente, instituindo medidas corretivas e revendo as intervenções, se necessário.

Responsável pela coleta: Nome completo, sem abreviações, do enfermeiro responsável pelo atendimento e número de registro em órgão de classe (Conselho Regional de Enfermagem - COREN).

Consulta Médica

Data: Anotar a data do atendimento, com dia, mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Nome: Anotar o nome completo do usuário/paciente, manter as preposições e não utilizar abreviaturas.

Idade: Anotar a idade do usuário/paciente conforme documento de identidade.

1. Evolução Médica

Anamnese: Questionar o paciente quanto à existência de sinais e sintomas referentes aos sistemas fisiológicos específicos à DRC. Identificar e registrar a história familiar e patológica pregressa que podem ter contribuído para o quadro clínico atual. Registrar também a ausência de queixas.

Exame Físico: Identificar e descrever sinais e alterações encontradas no exame físico (inspeção, palpação, manobras semiológicas) e revisão dos órgãos/sistemas.

Uso de drogas antiproteinúricas: Descrever as medicações de uso contínuo utilizadas pelo paciente, relacionando com as drogas antiproteinúricas.

Hipóteses diagnósticas: Descrever as hipóteses de maior probabilidade que direcionarão possíveis exames complementares, a fim de elucidar o quadro clínico.

Diagnósticos principais: Descrever o diagnóstico encontrado.

Condutas: Solicitar dosagem de creatinina sérica e exame sumário de urina (EAS) para todos os pacientes que se encontram no grupo de risco para a DRC. Avaliar Taxa de Filtração Glomerular (TFG) utilizando fórmulas baseadas na creatinina sérica (MDRD simplificada ou CKD-EPI). Solicitar exame de imagem, preferencialmente ultrassonografia dos rins e vias urinárias, para pacientes com história de DRC na família, infecção urinária de repetição e doenças urológicas. Classificar de acordo com a Relação Albuminúria Creatininúria (RAC), pacientes diabéticos e hipertensos com EAS mostrando ausência de proteinúria. No campo indicado, descrever outros exames complementares solicitados, o tratamento prescrito, o plano terapêutico e a previsão de retorno.

Médico responsável (CRM): Nome completo, sem abreviações, do médico responsável pelo atendimento e número de registro em órgão de classe (Conselho Regional de Medicina - CRM).

2. Controle de Exames

Descrever e seriar os resultados dos exames realizados pelo paciente. Preencher a data da consulta com dia, mês e ano, na qual foram solicitados os exames. Preencher a data em que foram realizados os exames solicitados com dia, mês e ano, bem como, os resultados dos exames.

AGENTES COM POTENCIAL NEFROTOXICIDADE RENAL

AGENTES FARMACOLÓGICOS
<p>1- Anti-hipertensivos e medicações para doenças cardíacas</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ IECA/BRA, antagonista da aldosterona, inibidores diretos da renina ❖ Beta-bloqueadores ❖ Digoxina
<p>2- Analgésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Anti-inflamatórios não hormonais ❖ Opióides
<p>3- Antibióticos</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Penicilina ❖ Aminoglicosídeos ❖ Macrolídeo ❖ Fluorquinolona ❖ Tetraciclina ❖ Antifúngicos
<p>4- Agentes para tratamento de Diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Sulfonilurías ❖ Insulinas ❖ Metformina
<p>5- Redutores de Colesterol</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Estatinas ❖ Fenofibrato
<p>6- Quimioterápicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Cisplatina ❖ Melfalan ❖ Metotrexate
<p>7- Anticoagulantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Heparina de baixo peso molecular ❖ Warfarina
<p>8- Radiocontraste</p>

APÊNDICE B - CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Prezado Especialista,

Estamos lhe convidando para participar, juntamente com outros especialistas, de um estudo acadêmico que têm como objetivo o desenvolvimento de um protocolo para o atendimento sistematizado frente à Doença Renal Crônica, de uso exclusivo da Atenção Primária à Saúde.

Essa pesquisa insere-se como parte de uma dissertação de mestrado da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), e sua contribuição ao nosso estudo será de suma importância, e com garantia de anonimato.

Sua participação será no sentido de realizar o preenchimento de um questionário elaborado pela pesquisadora relacionado aos instrumentos para atendimento do paciente que compõem o protocolo e seu fluxograma.

O questionário é composto por 3 partes: Perfil dos Especialistas, Questões relacionadas aos instrumentos para atendimento do paciente/coleta de dados (específicos para o enfermeiro e para o médico) e Fluxograma. Todas as questões fechadas devem ser respondidas. Os espaços em aberto para justificar e propor considerações são opcionais e ficam a seu critério.

Sinta-se livre para fazer comentários que julgar pertinentes.

Muito obrigada pela sua atenção.

Sua participação é muito valiosa.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO DA DRC NA APS – ENFERMEIROS

PERFIL DOS ESPECIALISTAS

Assinalar a opção desejada

*Obrigatório

1- Nível de Formação? *

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado

2- Profissão? *

- Médico (a)
- Enfermeiro (a)

3- Possui Pós-Graduação em Nefrologia? *

- Sim
- Não
- Em andamento

4- Tempo de Atuação como Profissional Graduado na Atenção Primária à Saúde? *

- 1 a 2 Anos
- 3 a 5 Anos
- Mais de 5 Anos
- Nunca trabalhou

5- Tempo de Atuação a Portadores de DRC? *

- 1 a 2 Anos
- 3 a 5 Anos
- Mais de 5 Anos
- Nunca trabalhou

6- Atualmente trabalha na Atenção Primária à Saúde e/ou com Portador de DRC? *

- Sim
- Não

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – ENFERMEIROS

Orientações para preenchimento:

Assinalar a resposta, julgando o grau de importância, estabelecido em escores que varia de 1 a 5, os quais os valores correspondem:

- 1- Sem Importância
- 2- Pouco Importante
- 3- Importante
- 4- Muito Importante
- 5- Extrema Importância

OBS: Algumas questões possuem “Dicionário de Dados” com informações complementares, mostrando possíveis opções que podem ser consideradas.

* Obrigatório

1. Ficha de Identificação *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(2M)	(2E)	(5M 6E)	Extrema Importância

Caso seja necessário propor sugestões referente a questão 1:

2. Entrevista Auto-Referida de Fatores/Grupos de Risco *

Dicionário de Dados:

a) Paciente Idoso (acima de 60 anos) b) Paciente Obeso (IMC > 30 kg/m²) c) Tabagista d) Tem Diabetes
e) Tem Hipertensão f) Teve AVC/Derrame g) Teve Infarto h) Tem Doença Cardíaca i) Tem ou teve problemas nos rins j)
Histórico de DRC familiar k) Uso contínuo de medicamentos: anti-hipertensivo, analgésico, anti-inflamatório,
antibiótico, hipoglicemiante oral, redutor de colesterol, quimioterápico, anticoagulante.

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(2M)	(3M 5E)	Extrema Importância

2.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:

a) Paciente Idoso (acima de 60 anos)

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	(1E)	()	()	(2M 2E)	Extrema Importância

b) Paciente Obeso (IMC > 30 kg/m²)

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1M 1E)	(1M 2E)	Extrema Importância

c) Tabagista

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(2E)	(2M 1E)	()	Extrema Importância

d) Tem Diabetes

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	()	(2M 2E)	Extrema Importância

e) Tem Hipertensão

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	(2M 3E)	Extrema Importância

f) Teve AVC/Derrame

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1E)	(2M 1E)	Extrema Importância

g) Teve Infarto

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1E)	(2M 1E)	Extrema Importância

h) Tem Doença Cardíaca

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1M 1E)	(1M 1E)	Extrema Importância

i) Tem ou teve problemas nos rins

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1M)	(1M 2E)	Extrema Importância

j) Histórico de DRC familiar

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1M)	(1M 3E)	Extrema Importância

k) Uso contínuo de medicamentos: anti-hipertensivo, analgésico, anti-inflamatório, antibiótico, hipoglicemiante oral, redutor de colesterol, quimioterápico, anticoagulante

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1M 1E)	(1M 1E)	Extrema Importância

Caso seja necessário propor sugestões referente a questão 2:**3. Anamnese – Consulta de Enfermagem ***

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1E)	(6E)	Extrema Importância

3.1 Queixas *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(2E)	(6E)	Extrema Importância

3.2 Fatores de Risco *

Dicionário de Dados: a) História familiar de hipertensão b) Você é hipertenso/Há quanto tempo? c) Você verifica sua pressão arterial? d) História familiar de diabetes e) Você tem diabetes/Há quanto tempo? f) Você verifica sua glicemia? g) História familiar de DRC h) Já recebeu orientação sobre prevenção de DRC?

i) História familiar de câncer no rim j) ITU de repetição k) Litíase urinária l) Uropatias m) Idade > 60 anos n) Doença Autoimune o) Obesidade p) Anemia falciforme q) Sedentarismo r) Tabagismo s) Etilismo

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	()	(5E)	Extrema Importância

3.2.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:

a) História familiar de hipertensão

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	()	(1E)	Extrema Importância

b) Você é hipertenso/Há quanto tempo?

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	(2E)	Extrema Importância

c) Você verifica sua pressão arterial?

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	(1E)	Extrema Importância

d) História familiar de diabetes

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	(1E)	Extrema Importância

e) Você tem diabetes/Há quanto tempo?

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	(2E)	Extrema Importância

f) Você verifica sua glicemia?

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	(1E)	Extrema Importância

g) História familiar de DRC

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	(2E)	Extrema Importância

h) Já recebeu alguma orientação sobre prevenção de DRC?

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(2E)	()	Extrema Importância

i) História familiar de câncer no rim

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	(2E)	Extrema Importância

j) ITU de repetição

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	(1E)	Extrema Importância

k) Litíase urinária

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	(1E)	Extrema Importância

l) Uropatias

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	(1E)	Extrema Importância

m) Idade > 60 anos

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(2E)	()	Extrema Importância

n) Doença Autoimune

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	(1E)	Extrema Importância

o) Obesidade

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1E)	()	Extrema Importância

p) Anemia falciforme

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1E)	()	Extrema Importância

q) Sedentarismo

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1E)	()	Extrema Importância

r) Tabagismo

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1E)	()	Extrema Importância

s) Etilismo

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1E)	()	Extrema Importância

3.3 Doenças Preexistentes *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	(7E)	Extrema Importância

3.4 Doença Renal Diagnosticada *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	(7E)	Extrema Importância

3.5 Tratamentos anteriores *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(3E)	(5E)	Extrema Importância

3.6 Medicamentos em uso nos últimos 60 dias *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(2E)	(5E)	Extrema Importância

3.7 Condições de ambiente e abrigo *

Dicionário de Dados:

a) Área urbana b) Área rural c) Com saneamento básico d) Sem saneamento básico

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(2E)	(3E)	Extrema Importância

3.7.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:**a) Área urbana**

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(2E)	()	()	Extrema Importância

b) Área rural

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1E)	()	Extrema Importância

c) Com saneamento básico

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(2E)	()	Extrema Importância

d) Sem saneamento básico

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	(1E)	Extrema Importância

3.8 Cuidado corporal *

Dicionário de Dados:

a) Asseado b) Falta asseio corporal c) Higiene oral

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(2E)	(3E)	Extrema Importância

3.8.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:**a) Asseado**

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(2E)	(1E)	Extrema Importância

b) Falta asseio corporal

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(2E)	(1E)	Extrema Importância

c) Higiene oral

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	()	(2E)	Extrema Importância

3.9 Condições que o paciente apresenta para realizar o cuidado corporal *

Dicionário de Dados:

a) Independente b) Totalmente dependente c) Precisa de ajuda para poucas atividades d) Precisa de ajuda para muitas atividades

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(2E)	(3E)	(3E)	Extrema Importância

3.9.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:**a) Independente**

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

b) Totalmente dependente

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

c) Precisa de ajuda para poucas atividades

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

d) Precisa de ajuda para muitas atividades

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

3.10 Ocupação/Exposição à agente nefrotóxico no trabalho *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	(7E)	Extrema Importância

3.11 Sono e repouso *

Dicionário de Dados:

a) Não tem insônia b) Acorda várias vezes a noite

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	(2E)	Extrema Importância

3.11.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:

a) Não tem insônia

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(5E)	()	()	Extrema Importância

b) Acorda várias vezes a noite

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(2E)	(3E)	Extrema Importância

3.12 Exercícios e atividades físicas *

Dicionário de Dados:

a) Exercícios aeróbicos b) Musculação c) Caminhada d) Outro e) Ausência de exercícios regulares

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(2E)	(2E)	(4E)	Extrema Importância

3.12.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:

a) Exercícios aeróbicos

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

b) Musculação

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

c) Caminhada

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

d) Outro

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

e) Ausência de exercícios regulares

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

c) Café						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
d) Álcool						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
e) Refrigerante						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
f) Leite						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
g) Água						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
h) Outros						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	

3.15 Ingesta hídrica *

Dicionário de Dados:

a) Menos de 500 ml/dia b) de 500 a 1000 ml/dia c) 1000 a 2000 ml/dia d) Mais de 2000 ml/dia

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	(2E)	(6E)	

3.15.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:

a) Menos de 500 ml/dia

Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	

b) de 500 a 1000 ml/dia

Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	

c) 1000 a 2000 ml/dia

Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	

d) Mais de 2000 ml/dia

Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	

3.16 Eliminações urinárias *

Dicionário de Dados

a) Anúria

b) Disúria

c) Incontinência urinária

d) Nictúria

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	(2E)	(6E)	

3.16.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:

a) Anúria

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

b) Disúria

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

c) Incontinência Urinária

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

d) Nictúria

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

3.17 Eliminações intestinais ***Dicionário de Dados:**

a) 1 vez/dia b) 3 vezes/dia c) + 3 vezes/dia d) Dor ao evacuar e) Anotar quantos dias não evacua f) Coloração das fezes: marrom, amarela, verde, vermelha

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(3E)	(4E)	Extrema Importância

3.17.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:**a) 1 vez/dia**

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

b) 3 vezes/dia

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

c) + 3 vezes/dia

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

d) Dor ao evacuar

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

e) Anotar quantos dias não evacua

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

f) Coloração das fezes: marrom, amarela, verde, vermelha

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

3.18 Sexualidade *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	(2E)	(3E)	(1E)	(2E)	Extrema Importância

3.19 Resolução de problemas ***Dicionário de Dados:**

a) Toma decisões rapidamente b) Demora para tomar decisões c) Não consegue tomar decisões d) Costuma pedir ajuda para familiares e amigos

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(4E)	(3E)	(1E)	Extrema Importância

3.19.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:

a) Toma decisões rapidamente

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

b) Demora para tomar decisões

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

c) Não consegue tomar decisões

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

d) Costuma pedir ajuda para familiares e amigos

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

3.20 Suporte financeiro *

Dicionário de Dados:

a) Possui recursos para tratamento médico b) Conta com a ajuda de familiares c) Utiliza exclusivamente serviços conveniados do SUS

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(5E)	(2E)	(1E)	Extrema Importância

3.20.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:

a) Possui recursos para tratamento médico

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

b) Conta com a ajuda de familiares

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

c) Utiliza exclusivamente serviços conveniados do SUS

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

3.21 Conhecimento sobre sua saúde *

Dicionário de Dados:

a) Orientado b) Pouco orientado c) Prefere não falar no assunto

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(3E)	(4E)	Extrema Importância

3.21.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:

a) Orientado

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

b) Pouco orientado

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

c) Prefere não falar no assunto

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

Caso seja necessário propor sugestões referentes as questões 3 a 3.21 :

4. Exame Físico - Consulta de Enfermagem *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	(8E)	Extrema Importância

4.1 Pressão Arterial *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	(7E)	Extrema Importância

4.2 Pulso *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(2E)	(5E)	Extrema Importância

4.3 Frequência Respiratória *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(2E)	(1E)	(5E)	Extrema Importância

4.4 Temperatura Corporal *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1E)	(6E)	Extrema Importância

e) Reações alérgicas/prurido

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

f) Lesões de pele

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

g) Incisão cirúrgica

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

h) Presença de edema

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

4.13 Crânio *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	(2E)	(4E)	(1E)	(1E)	Extrema Importância

4.14 Olhos ***Dicionário de Dados:**

a) Visão normal b) Diminuição da acuidade visual c) Presença de processo inflamatório/infeccioso d) Uso de lentes/óculos

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(2E)	(4E)	Extrema Importância

4.14.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:**a) Visão normal**

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	()	()	Extrema Importância

b) Diminuição da acuidade visual

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	(1E)	Extrema Importância

c) Presença de processo inflamatório/infeccioso

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	(1E)	Extrema Importância

d) Uso de lentes/óculos

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	()	()	Extrema Importância

4.15 Ouvidos ***Dicionário de Dados:**

a) Audição normal b) Acuidade diminuída c) Zumbido d) Presença de processo inflamatório/infeccioso e) Uso de prótese auditiva

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(3E)	(3E)	(2E)	Extrema Importância

4.15.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:

a) Audição normal

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

b) Acuidade diminuída

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

c) Zumbido

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

d) Presença de processo inflamatório/infeccioso

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

e) Uso de prótese auditiva

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

4.16 Nariz *

Dicionário de Dados:

a) Sem anormalidades b) Coriza c) Epistaxe

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(5E)	(2E)	(1E)	Extrema Importância

4.16.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:

a) Sem anormalidades

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

b) Coriza

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

c) Epistaxe

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

4.17 Boca *

Dicionário de Dados:

a) Sem anormalidades b) Halitose c) Falhas dentária d) Gengivite e) Prótese dentária f) Cáries

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(2E)	(4E)	Extrema Importância

4.17.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:

a) Sem anormalidades

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	()	Extrema Importância

c) Bradipneico

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

d) Dispneico

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

e) Roncos

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

f) Estertores

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

g) Sibilos

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

4.20 Aparelho Cardiovascular ***Dicionário de Dados:**

a) Normocárdico b) Bradicárdico c) Taquicárdico d) Normotenso e) Hipotenso f) Hipertenso Estágio 1

g) Hipertenso Estágio 2

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	()	(7E)	Extrema Importância

4.20.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:**a) Normocárdico**

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

b) Bradicárdico

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

c) Taquicárdico

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

d) Normotenso

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

e) Hipotenso

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

f) Hipertenso Estágio 1

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

g) Hipertenso Estágio 2

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

4.21 Abdômen ***Dicionário de Dados:**

a) Indolor b) Plano c) Globoso d) Flácido à palpação e) Resistente à palpação f) Com presença de ruídos hidroaéreos

g) Ausência de ruídos hidroaéreos h) Presença de dor

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1 2 3 4 5	
Sem Importância	() () (1E) (2E) (5E)	Extrema Importância

4.21.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:

a) Indolor

	1 2 3 4 5	
Sem Importância	() () () () ()	Extrema Importância

b) Plano

	1 2 3 4 5	
Sem Importância	() () () () ()	Extrema Importância

c) Globoso

	1 2 3 4 5	
Sem Importância	() () () () ()	Extrema Importância

d) Flácido à palpação

	1 2 3 4 5	
Sem Importância	() () () () ()	Extrema Importância

e) Resistente à palpação

	1 2 3 4 5	
Sem Importância	() () () () ()	Extrema Importância

f) Com presença de ruídos hidroaéreos

	1 2 3 4 5	
Sem Importância	() () () () ()	Extrema Importância

g) Ausência de ruídos hidroaéreos

	1 2 3 4 5	
Sem Importância	() () () () ()	Extrema Importância

h) Presença de dor

	1 2 3 4 5	
Sem Importância	() () () () ()	Extrema Importância

4.22 Aparelho Urinário *

Dicionário de Dados:

a) Eliminação urinária voluntária b) Sonda vesical de demora c) Jato urinário contínuo d) Urina em gotas

e) Retenção urinária f) Hematúria g) Proteinúria h) Colúria i) Piúria j) Outros

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1 2 3 4 5	
Sem Importância	() () () (1E) (7E)	Extrema Importância

4.22.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:

a) Eliminação urinária voluntária

	1 2 3 4 5	
Sem Importância	() () () () ()	Extrema Importância

b) Sonda vesical de demora

	1 2 3 4 5	
Sem Importância	() () () () ()	Extrema Importância

c) Jato urinário contínuo

	1 2 3 4 5	
Sem Importância	() () () () ()	Extrema Importância

d) Urina em gotas

	1 2 3 4 5	
Sem Importância	() () () () ()	Extrema Importância

e) Retenção urinária

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

f) Hematúria

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

g) Proteinúria

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

h) Colúria

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

i) Piúria

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

j) Outros

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

4.23 Membros Superiores e Inferiores ***Dicionário de Dados:**

a) Paresia b) Plegia c) Parestesia d) Tremores e) Pé diabético f) Fístula arteriovenosa g) Edema h) Perfusão capilar

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(3E)	(4E)	Extrema Importância

4.23.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:**a) Paresia**

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	()	()	Extrema Importância

b) Plegia

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	()	()	Extrema Importância

c) Parestesia

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	()	()	Extrema Importância

d) Tremores

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	()	()	Extrema Importância

e) Pé diabético

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	(1E)	Extrema Importância

f) Fístula arteriovenosa

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	(1E)	Extrema Importância

g) Edema

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	(1E)	Extrema Importância

h) Perfusão capilar

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	(1E)	Extrema Importância

Caso seja necessário propor sugestões referentes as questões 4 a 4.23:

5. Diagnósticos de Enfermagem - Consulta de Enfermagem *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	(8E)	Extrema Importância

5.1 Diagnóstico: Autocuidado adequado *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(2E)	(6E)	Extrema Importância

5.2 Diagnóstico: Padrão de sono adequado *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(3E)	(4E)	Extrema Importância

5.3 Diagnóstico: Sedentarismo *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1E)	(6E)	Extrema Importância

5.4 Diagnóstico: Ingestão de alimentos adequada *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(2E)	(6E)	Extrema Importância

5.5 Diagnóstico: Peso corporal excessivo *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(2E)	(6E)	Extrema Importância

5.6 Diagnóstico: Hidratação adequada *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	()	(7E)	Extrema Importância

5.7 Diagnóstico: Eliminação urinária adequada *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	(8E)	Extrema Importância

5.8 Diagnóstico: Eliminação urinária alterada *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	(8E)	Extrema Importância

5.9 Diagnóstico: Eliminação intestinal adequada *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1E)	(6E)	Extrema Importância

5.10 Diagnóstico: Eliminação intestinal alterada *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(2E)	(6E)	Extrema Importância

5.11 Diagnóstico: Atividade sexual satisfatória *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(3E)	(3E)	(2E)	Extrema Importância

5.12 Diagnóstico: Atividade sexual insatisfatória *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(3E)	(3E)	(2E)	Extrema Importância

5.13 Diagnóstico: Pressão Arterial normal *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	()	(7E)	Extrema Importância

5.14 Diagnóstico: Hipertensão crônica *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	(7E)	Extrema Importância

5.15 Diagnóstico: Glicemia estável *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	()	(7E)	Extrema Importância

5.16 Diagnóstico: Hiperglicemia *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	(7E)	Extrema Importância

5.17 Diagnóstico: Temperatura corporal normal *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(2E)	(1E)	(5E)	Extrema Importância

5.18 Diagnóstico: Atividade mental normal - nível de consciência *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(2E)	(1E)	(5E)	Extrema Importância

5.19 Diagnóstico: Coloração da pele normal *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(2E)	()	(6E)	Extrema Importância

5.20 Diagnóstico: Acuidade visual adequada *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1E)	(6E)	Extrema Importância

5.21 Diagnóstico: Acuidade auditiva adequada *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(2E)	(5E)	Extrema Importância

5.22 Diagnóstico: Capacidade sensorial-perceptiva adequada: olfativa *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(2E)	(5E)	Extrema Importância

5.23 Diagnóstico: Capacidade sensorial-perceptiva adequada: gustativa *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(3E)	(4E)	Extrema Importância

5.24 Diagnóstico: Padrão respiratório adequado *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(3E)	(5E)	Extrema Importância

5.25 Diagnóstico: Dor em região lombar *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	()	(7E)	Extrema Importância

5.26 Diagnóstico: Edema em membros inferiores *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	(7E)	Extrema Importância

5.27 Diagnóstico: Tabagismo *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(2E)	()	(6E)	Extrema Importância

5.28 Diagnóstico: Habitação adequada *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(4E)	()	(4E)	Extrema Importância

5.29 Diagnóstico: Conhecimento adequado sobre estado de saúde atual *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(4E)	(4E)	Extrema Importância

5.30 Diagnóstico: Processo de tomada de decisão adequado *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(3E)	(4E)	Extrema Importância

Caso seja necessário propor sugestões referentes as questões 5 a 5.30:

6. Evolução de Enfermagem *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1E)	(7E)	Extrema Importância

Caso seja necessário propor sugestões referente a questão 6:

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO DA DRC NA APS – MÉDICOS

PERFIL DOS ESPECIALISTAS

Assinalar a opção desejada

*Obrigatório

1- Nível de Formação? *

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado

2- Profissão? *

- Médico (a)
- Enfermeiro (a)

3- Possui Pós-Graduação em Nefrologia? *

- Sim
- Não
- Em andamento

4- Tempo de Atuação como Profissional Graduado na Atenção Primária à Saúde? *

- 1 a 2 Anos
- 3 a 5 Anos
- Mais de 5 Anos
- Nunca trabalhou

5- Tempo de Atuação a Portadores de DRC? *

- 1 a 2 Anos
- 3 a 5 Anos
- Mais de 5 Anos
- Nunca trabalhou

6- Atualmente trabalha na Atenção Primária à Saúde e/ou com Portador de DRC? *

- Sim
- Não

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – MÉDICOS

Orientações para preenchimento:

Assinalar a resposta, julgando o grau de importância, estabelecido em escores que varia de 1 a 5, os quais os valores correspondem:

- 1- Sem Importância
- 2- Pouco Importante
- 3- Importante
- 4- Muito Importante
- 5- Extrema Importância

OBS: Algumas questões possuem “Dicionário de Dados” com informações complementares, mostrando possíveis opções que podem ser consideradas.

* Obrigatório

1. Ficha de Identificação *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(2M)	(2E)	(5M 6E)	Extrema Importância

Caso seja necessário propor sugestões referente a questão 1:

2. Entrevista Auto-Referida de Fatores/Grupos de Risco *

Dicionário de Dados:

a) Paciente Idoso (acima de 60 anos) b) Paciente Obeso (IMC > 30 kg/m²) c) Tabagista d) Tem Diabetes
e) Tem Hipertensão f) Teve AVC/Derrame g) Teve Infarto h) Tem Doença Cardíaca i) Tem ou teve problemas nos rins j)
Histórico de DRC familiar k) Uso contínuo de medicamentos: anti-hipertensivo, analgésico, anti-inflamatório,
antibiótico, hipoglicemiante oral, redutor de colesterol, quimioterápico, anticoagulante.

Se as informações complementares tem importância equivalente, então todas são:

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(2M)	(3M 5E)	Extrema Importância

2.1 Se as informações complementares apresentam importância diferenciada, então:

a) Paciente Idoso (acima de 60 anos)

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	(1E)	()	()	(2M 2E)	Extrema Importância

b) Paciente Obeso (IMC > 30 kg/m²)

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1M 1E)	(1M 2E)	Extrema Importância

c) Tabagista

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(2E)	(2M 1E)	()	Extrema Importância

d) Tem Diabetes

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	()	(2M 2E)	Extrema Importância

e) Tem Hipertensão

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	(2M 3E)	Extrema Importância

f) Teve AVC/Derrame

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1E)	(2M 1E)	Extrema Importância

g) Teve Infarto

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1E)	(2M 1E)	Extrema Importância

h) Tem Doença Cardíaca

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1M 1E)	(1M 1E)	Extrema Importância

i) Tem ou teve problemas nos rins

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1M)	(1M 2E)	Extrema Importância

j) Histórico de DRC familiar

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(1M)	(1M 3E)	Extrema Importância

k) Uso contínuo de medicamentos: anti-hipertensivo, analgésico, anti-inflamatório, antibiótico, hipoglicemiante oral, redutor de colesterol, quimioterápico, anticoagulante

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	(1E)	(1M 1E)	(1M 1E)	Extrema Importância

Caso seja necessário propor sugestões referente a questão 2:**3. Evolução Médica – Consulta Médica ***

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(4M)	(3M)	Extrema Importância

3.1 Anamnese *

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	(3M)	(4M)	Extrema Importância

b) Albumina/Creatinina urinária						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
c) Microalbuminúria						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
d) Albumina						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
e) Proteínas Totais e Frações						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
f) Creatinina						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
g) Uréia						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
h) Hemoglobina						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
i) Hematócrito						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
j) Ferritina						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
k) Índice de Saturação de Transferrina						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
l) Glicemia plasmática/jejum						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
m) Hemoglobina glicada						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
n) Colesterol total						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
o) HDL						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
p) LDL						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
q) Triglicerídeos						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	
r) Cálcio						
Sem Importância	1	2	3	4	5	Extrema Importância
	()	()	()	()	()	

s) Fósforo

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

t) PTH

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

u) Potássio

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

v) Exames de imagem

	1	2	3	4	5	
Sem Importância	()	()	()	()	()	Extrema Importância

Caso seja necessário propor sugestões referente a questão 4:

