

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

PRISCILA DE SOUSA E SILVA

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
ACERCA DA PREVENÇÃO DA INSUFICIÊNCIA RENAL**

PICOS – PIAUÍ

2015

PRISCILA DE SOUSA E SILVA

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
ACERCA DA PREVENÇÃO DA INSUFICIÊNCIA RENAL**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Bacharelado em Enfermagem.

Orientador:
Prof. Me Maílson Fontes de Carvalho

PICOS – PIAUÍ

2015

Ficha Catalográfica

S586c

Silva, Priscila de Sousa e.

Conhecimento e prática dos agentes comunitários de saúde acerca da prevenção da insuficiência renal / Priscila de Sousa e Silva. – 2015.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (50 f.)

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2015.

Orientador(A): Profº. Ms. Mailson Fontes de Carvalho

1. Insuficiência Renal Crônica 2. Agente Comunitário de Saúde. 3. Atenção Básica. I. Título.

CDD 610.734

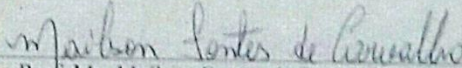
PRISCILA DE SOUSA E SILVA

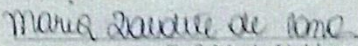
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
ACERCA DA PREVENÇÃO DA INSUFICIÊNCIA RENAL

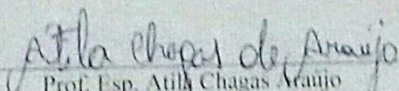
Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Bacharelado em Enfermagem.

Data da aprovação: 01/06/2015.

BANCA EXAMINADORA:


Prof. Ms. Mailson Fontes de Carvalho (Orientador)
Universidade Federal do Piauí
Presidente da Banca


Enf. Maria Valdete de Lima
Secretaria Municipal de Saúde de Ipiranga do Piauí
1º Examinador


Prof. Esp. Atila Chagas Araújo
Universidade Federal do Piauí
2º Examinador

“Ninguém é capaz de conscientizar ninguém. O que pode ser feito é oferecer subsídio para que o indivíduo possa ser informado e a partir daí busque mudar.”

(Paulo Freire)

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me concedido o dom da vida e pela oportunidade de realizar meu sonho. Tendo iluminado as minhas decisões, dando-me força para superar os momentos difíceis.

A minha Mãe, Ana Maria. Pela dedicação, admiração, carinho. Por sempre ter feito o possível e o impossível para que eu tivesse uma boa educação. Sinto-me honrada por ter sido gerada no ventre de uma mulher tão forte e guerreira como ela. Que sempre me coloca em primeiro lugar e se sacrifica todos os dias por mim.

Aos familiares, pela consideração, torcida e por terem acreditaram em mim.

Aos amigos, que de alguma forma, me ajudaram a chegar até aqui! Aos novos amigos que conquistei e, aos velhos amigos, a compreensão pela ausência nos momentos de estudo.

Aos amigos da graduação, passamos por muito sofrimento juntos. Muitas batalhas nos esperam! Mas sejamos fortes, tenhamos sempre essa fé que nos fez conquistar essa vitória e que agora nos levará por caminhos diferentes. “A saudade de todos e a esperança de um breve reencontro estarão sempre em nossos corações”. Em especial as queridas Eva Márly, Rávida Rocha, Flávia Nunes, Emanuela Rocha, sem esquecer do amado Danison Humberto e todos os meus amigos integrantes de P3 do Curricular II. Enfim, todos estarão sempre e meu coração!

Ao meu orientador Ms. Mailson Carvalho, que me ajudou na elaboração do tema e me orientou nos inúmeros momentos de dúvidas.

Aos amigos da SMS de Ipiranga, por sempre terem me dado todo o apoio durante o estágio extracurricular e na coleta de dados para a elaboração deste trabalho.

Aos membros da banca examinadora, pelo tempo dispensado na leitura desse trabalho.

RESUMO

A partir de 1994 com a criação do programa de saúde da família, os agentes comunitários de saúde passaram a integrar a equipe multiprofissional da atenção básica. Entre as diversas atividades desenvolvidas por estes profissionais destaca-se o acompanhamento dos indivíduos com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Tal responsabilidade tem grande importância em virtude da inversão elevação do número de idosos e conseqüente maior prevalência das doenças-crônicas, em destaque a HAS e o DM, principais causas das lesões renais. A mais preocupante das lesões é a insuficiência renal crônica, os indivíduos com esta patologia são dependentes da terapia renal substitutiva. Os tratamentos para IRC são muito onerosos para SUS, por isso dar início a ações preventivas seria a melhor forma de reduzir a extensão do problema. Por estarem próximos das comunidades, os ACS tornam-se adequados e necessários para identificar os indivíduos com fatores de risco para agravos de saúde. Assim, este trabalho teve como objetivo analisar os conhecimentos e práticas dos ACS acerca da prevenção da IRC. Trata-se de um estudo descritivo e transversal desenvolvido com ACS do município de Ipiranga do Piauí. A coleta de dados envolveu uma amostra de 22 profissionais e ocorreu no mês de março e abril de 2015. Para tanto, foi utilizado um formulário contendo inquéritos a respeito dos dados socioeconômicos e grau de instrução, experiência profissional, conhecimento dos ACS acerca da insuficiência renal crônica, práticas dos ACS para prevenção da insuficiência renal. O projeto foi elaborado respeitando-se as requisições dispostas nas Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos. Os dados foram organizados por meio do *software Excel 14.0* e processados no programa estatístico SPSS versão 20.0. Dos participantes avaliados, 95,5% eram do sexo feminino, com idade variando entre 23 anos 55 anos, deste 54,5% são casados, com renda mensal concentrada entre dois a três salários mínimos (54,5%), a maioria (59,1%) afirmou ter concluído o ensino médio. 100% dos profissionais recebem educação continuada e grande parte (86,4%) participou de curso de capacitação para a função. 59% dos ACS com curso introdutório afirmaram ter conhecimento do conceito da IRC. Os fatores de risco mais citados foram a HAS (68,2%) e o DM (63,6%), entre os sinais e sintomas Náuseas e Vômito, edema de corpo e rosto, anemia, urina escura tiveram um percentual de 72,2%. 95,5% afirmaram realizar visitas mensais aos indivíduos. Os exames preventivos mais citados foram a Creatinina sérica (81,9%), sumário de urina (77,7%) e hemograma completo (72,7%). Avaliando a magnitude dos transtornos causados pela insuficiência renal, fica evidente a necessidade de se investir na prevenção, diagnóstico e retardo da progressão desta patologia. Este estudo apresentou resultados onde grande parte dos ACS possuem conhecimento teóricos adequando, porém no que se refere a prática de acompanhamento do doentes renais, os profissionais demonstraram certa dificuldade na efetivação das intervenções que poderiam ser realizadas no momento da visita domiciliária.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica; Agente Comunitário de Saúde; Atenção Básica.

ABSTRACT

Starting in 1994 with the creation of the family health program, the community health agents began to integrate the multiprofessional team of basic care. Among the various activities undertaken by these professionals stands out the monitoring of individuals with chronic non-communicable diseases. Such responsibility has great importance because of the inversion of the number of elderly elevation and consequent greater prevalence of chronic diseases, in highlighting the AHR and DM, main causes of renal lesions. The most worrying of lesions is the chronic renal failure, the individuals with this pathology are dependent on renal replacement therapy. The treatments for CRF are very costly for SHS, therefore to initiate preventive actions would be the best way to reduce the extent of the problem. Because they are coming of the communities, the CHA become appropriate and necessary to identify individuals with risk factors for health aggravations. Thus, this work had as objective to analyze knowledge and practices of CHA about the prevention of CRF. This is a descriptive and transversal study developed as CHA in the municipality of Ipiranga Piauí. Data collection involved a sample of 22 professionals and occurred in March and April 2015. For both, was used a form containing investigations about the socioeconomic data and level of education, professional experience and knowledge of the CHA about chronic renal failure, practices of CHA for renal failure prevention. The project was elaborated respecting the requisitions arranged in the guidelines and standards of Research in Human Beings. The data were organized through the software Excel 14.0 and processed on the statistical program SPSS version 20.0. The participants evaluated, 95.5% were females, with age varying between 23 years 55 years this 54.5% are married, with monthly income concentrated between two to three minimum wages (54.5%), the majority (59.1%) said he had completed high school. 100% of the professionals receive continuing education and large part (86.4%) participated in the training course for the function. 59% of CHA with introductory course claimed to have knowledge of the concept of the CRS. The risk factors most often cited were ARH (68.2%) and DM (63.6%), between the signs and symptoms of nausea and vomiting, edema of face and body, anemia, dark urine had a percentage of 72.2%. 95.5% said they conduct monthly visits to individuals. The most cited preventive examinations were serum creatinine (81.9%), urine summary (77.7%) and complete blood count (72.7%). Evaluating the magnitude of the disorders caused by renal insufficiency, it is evident the need to invest in the prevention, diagnosis and delay the progression of this pathology. Este estudo apresentou resultados onde grande parte dos CHA possuem conhecimento teóricos adequando, porém no que se refere a prática de acompanhamento do doentes renais, os profissionais demonstraram certa dificuldade na efetivação das intervenções que poderiam ser a realizadas no momento da visita domiciliária.

Keywords: Chronic Renal Failure; Community Health Agent; basic attention.

LISTA DE GRAFICOS E TABELAS

GRÁFICO 1	– Número de pessoa com Hipertensão e Diabetes dividido entre as zonas urbana e rural. (SIAB, 2015).....	21
GRÁFICO 2	– Identificação de fatores de risco para desenvolver IRC por ACS.....	27
GRÁFICO 3	– Identificação de sinais e sintomas da IRC por ACS.....	27
GRÁFICO 4	– Orientações dadas por ACS para a prevenção da IRC.....	28
GRÁFICO 5	– Conhecimento dos ACS acerca de exames de rotina para grupos de risco de IRC.....	29
TABELA 1	– Caracterização da amostra quanto às variáveis socioeconômicas. Picos-PI, jul. 2015.....	24
TABELA 2	– Dados sobre a experiência profissional dos agentes comunitários de saúde. Picos-PI, jul. 2015.....	25
TABELA 3	– Qualificação de ACS acerca da Insuficiência Renal Crônica. Picos-PI, jul. 2015.....	25
TABELA 4	– Relação entre capacitação para o trabalho e conhecimento sobre IRC entre ACS. Picos-PI, jul. 2015.....	26
TABELA 5	– Existência de indivíduos dentro do grupo de risco para desenvolver lesão renal e frequência de visitação Picos-PI, jul. 2015.....	28

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DM	Diabetes Mellitus
DPAC	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
DPA	Diálise Peritoneal Automatizada
DPI	Diálise Peritoneal Intermitente
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
GNC	Glomeronefrites Crônica
HD	Hemodiálise
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IRA	Insuficiência Renal Aguda
IRC	Insuficiência Renal Crônica
KDOQI	<i>Kidney Disease Outcome Quality Initiative</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SPSS	<i>Software Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Terapia Renal Substitutiva
TX	Transplante Renal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral	15
2.2	Específicos	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	Epidemiologia, Definição e Prevenção da Insuficiência Renal Crônica	16
3.2	Atenção à IRC no contexto da Estratégia Saúde da Família	19
4	METODOLOGIA	23
4.1	Caracterização do Estudo	23
4.2	Local do Estudo	23
4.3	População e Amostra	24
4.4	Coleta de Dados	24
4.5	Análise dos Dados	24
4.6	Aspectos Éticos e legais	24
5	RESULTADOS	26
6	DISCUSSÃO	32
7	CONCLUSÃO	36
	REFERÊNCIAS	38
	APÊNDICES	43
	Apêndice A - Instrumento de Coleta de Dados	44
	Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	47
	Apêndice C – Carta de Anuência	50

1 INTRODUÇÃO

Na década de 1990 o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o intuito de reorientar o modelo de atenção à saúde, deixando de ser centrado nas doenças voltando-se para a prevenção e promoção da saúde. O então Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) foi integrado a ESF e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tornou possível mapear as regiões de saúde viabilizando a identificação dos indivíduos expostos a riscos e facilitando o desenvolvimento das estratégias de intervenção.

Os ACS constituem uma importante ferramenta de aperfeiçoamento e de concretização da ESF, pois as principais ações deste programa dão-se por meio destes profissionais, pessoas escolhidas dentro da comunidade para atuarem junto à população (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011).

Atualmente o MS (BRASIL, 2012) orienta que cada ACS deverá atender o quantitativo máximo de 750 pessoas e desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade. Entre as diversas atribuições dos ACS, destaca-se o acompanhamento dos indivíduos com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT).

Tal responsabilidade tem grande importância em virtude da inversão da pirâmide etária, com crescimento exponencial do número de idosos, que levou a modificação das patologias mais prevalentes. Ribeiro, Cotta e Ribeiro (2012) afirmam que, entre outras causas, o envelhecimento populacional se deve a diminuição da taxa de fecundidade, ao aumento da qualidade de vida e ao acesso facilitado aos serviços de saúde. O perfil de morbimortalidade mundial deixou de ser centrado nas doenças infecto-parasitárias para centrar-se nas DCNT, entre as quais se destacam a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM).

Sesso et al. (2014) aponta que a nefropatia hipertensiva seguida pelo diabetes mellitus atuam como as principais doenças de base causadoras de lesões renais, entre as quais estão a Insuficiência Renal Aguda (IRA) e a Insuficiência Renal Crônica (IRC).

A IRA tem diversas causas e pode ser revertida ou não (evoluindo para IRC), é definida como perda rápida da função renal, com elevação dos níveis de ureia e creatinina. Para fins de diagnóstico e tratamento pode ser dividida etiológicamente de três formas: pré-renal, renal e Pós-renal (NUNES et al., 2010).

Já a IRC vem sendo definida como uma síndrome onde ocorre perda, geralmente lenta, progressiva e irreversível da capacidade excretória, regulatória e endócrina renal, comprometendo essencialmente todos os outros órgãos do organismo. De acordo com a KDOQI (KIDNEY DISEASE OUTCOME QUALITY INITIATIVE) seria portador de IRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresentasse TFG <60 mL/min/1,73m ou a TFG >60 mL/min/1,73m associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (por exemplo, proteinúria) presente há pelo menos 3 meses. (CANHESTRO et al., 2010; KDOQI, 2002).

O Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013 apontou que até julho de 2013 existiam mais de 100.000 pacientes em tratamento para IRC no país. O número de pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS) vem aumentando gradualmente ao longo dos anos, passando de aproximadamente 54.500 no ano 2003, para mais de 100.000 em 2013. Em relação às doenças de base, 35% dos indivíduos em tratamento dialítico apresentavam HAS e 30% DM, seguidos por glomerulonefrite crônica (12%) e rins policísticos (4%); outros diagnósticos foram feitos em 12% e este foi indefinido em 8% dos casos (SESSO et al., 2014a).

Os indivíduos atingidos pela IRC são dependentes da TRS. Os tratamentos para IRC são muito onerosos para Sistema Único de Saúde (SUS). Apenas para essa parcela de doentes é destinados cerca de 10% de todo o orçamento do Ministério da Saúde. Esse recurso é destinado para manutenção dos programas de diálise crônica e fornecimento de drogas imunossupressoras para os transplantados renais (Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN, 2011).

Os principais grupos de risco para o desenvolvimento da IRC são pacientes portadores de HAS, DM e história familiar de IRC. Outras condições consideradas de médio risco são: ser idosos, crianças abaixo de 5 anos, mulheres grávidas, história pessoal de litíase e infecções urinárias de repetição e as enfermidades sistêmicas (PENA et al., 2012; ROMÃO Jr, 2004).

Todo paciente pertencente aos chamados grupos de risco, mesmo que assintomático, deve ser avaliado anualmente com exame de urina, para detectar perda de proteína, e creatinina sérica; como conduta de triagem para prevenção e diagnóstico precoce de IRC. Preconiza-se também a utilização de equações preditivas para o cálculo da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) (PENA et al., p 3137, 2012).

Dar início a ações preventivas seria a melhor forma de reduzir a prevalência desse grave problema de saúde. Detectar os indivíduos acometidos pelas patologias de base bem como os portadores da doença em estágios iniciais, fornecer orientações aos grupos de risco,

além de reduzir os gastos poderá retardar a sua evolução e reduzir as altas taxas de morbimortalidade causadas pela IRC.

Apesar de seu tratamento ser realizado em nível terciário o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, atividades desenvolvidas nos serviços de atenção primária, podem diminuir consideravelmente a incidência de doenças graves. Além da IRC podem ser prevenidas as doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico, neuropatias diabética, entre outras. Patologias estas que gerar grandes transtornos à saúde dos indivíduos e de seus familiares.

Por estarem próximos das comunidades, os ACS tornam-se adequados e necessários para identificar situações que podem levar o indivíduo a desenvolver agravos de saúde. É importante que seja oferecido pela ESF além do tratamento medicamentoso atividades educativas para a prevenção e controle das patologias de base. Nesse contexto, avaliar os conhecimentos e práticas dos ACS em relação à insuficiência renal, foco deste estudo, poderá auxiliar no desenvolvimento de educação permanente para esse grupo profissional.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar os conhecimentos e práticas dos ACS acerca da prevenção da IRC.

2.2 Específicos

- Avaliar o conhecimento dos ACS acerca da IRC e sua relação com as patologias de base;
- Investigar a capacidade dos ACS de identificar os indivíduos pertencentes ao grupo de risco para o desenvolvimento de lesão renal;
- Verificar a frequência com que os ACS visitam os indivíduos com de fatores de risco para desenvolver lesão renal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Epidemiologia, Definição e Prevenção da Insuficiência Renal Crônica

A IRC vem recebendo cada vez mais atenção dos pesquisadores, devido a sua alta prevalência demonstrada em estudos recentes. Segundo Bastos; Bregman; Kirsztajn (2010) a IRC constitui, atualmente, um problema de saúde pública mundial. No Brasil, a incidência e a prevalência de falência funcional renal estão aumentando, o prognóstico ainda é ruim, pois o número de transplantes renais ainda não consegue acompanhar a incidência da doença.

Em 2002 foi publicada diretriz sobre IRC que compreende a avaliação, classificação e estratificação de risco, estipulando uma definição desta patologia baseada em três componentes: (1) um componente anatômico ou estrutural (marcadores de dano renal); (2) um componente funcional (baseado na TFG) e (3) um componente temporal (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; KDOQI, 2002).

Segundo esta diretriz, seria portador de IRC qualquer indivíduo que apresentasse TFG < 60 mL/min/1,73m ou a TFG > 60 mL/min/1,73m associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso presente há pelo menos 3 meses. A doença geralmente evolui de maneira lenta e progressiva, onde há perda da capacidade excretória, regulatória e endócrina renal, comprometendo essencialmente todos os sistemas orgânicos. A KDOQI também sugere que a IRC deva ser classificada em estágios baseados na TFG. A diminuição gradativa da TFG delimita os estágios da doença convencionalmente categorizados de 1 a 5 (KDOQI, 2002; CANHESTRO et al., 2010; SILVA et al., 2012).

O estágio 1 corresponde a TFG ≥ 90 ml/min, há comprometimento leve da função renal. No estágio 2, ocorre discreta perda da função renal com TFG entre 60-89ml/min. No estágio 3, a DRC é moderada, com TFG entre 30-59ml/min com alterações nos exames laboratoriais. O estágio 4 compreende a IRC avançada, com TFG entre 15-29 ml/min e sintomatologia, além de exames laboratoriais bastante alterados. O estágio 5 corresponde à IRC dialítica, TFG ≤ 15 ml/min, o paciente é sintomático com indicação para o início da TRS (TRAVAGIM; KUSUMOTA, p. 389, 2009).

Segundo Silva et al. (2012) durante o estágio 5, quando a TFG encontra-se menos de 15 mL/min/1,73m, ocorre a falência renal que leva à necessidade de TRS. A maior dificuldade do diagnóstico precoce da IRC é a dificuldade na detecção de sinais e sintomas, por isso a doença passa despercebida em seus estágios iniciais.

Os sujeitos acometidos pela IRC são dependentes da TRS, tratamento paliativo que causa muitas mudanças na rotina dos pacientes atingidos por tal patologia. As modalidades de TRS disponíveis atualmente são: a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua, Diálise

Peritoneal Automatizada, Diálise Peritoneal Intermitente, Hemodiálise e o Transplante Renal. Esses tratamentos aliviam os sintomas da doença e preservam a vida do paciente, porém são paliativos e substituem a função renal apenas parcialmente. No Brasil, a prevalência de pacientes mantidos em programa dialítico tende de aumentar, pois o número de transplantes renais não acompanha a incidência de IRC. (MARTINS; CESARINO, 2005; PERES et al., 2010).

Sesso et al. (2014a) afirma que até julho de 2013 o quantitativo estimado de pacientes em tratamento para IRC no país era de 100.397, e que estes números vem aumentando gradualmente ao longo dos últimos anos: 54.523 no ano 2003, 91.313 em 2011, e 97.586 em 2012. Nesse contexto, a maioria dos pacientes em TRS (90,8%) realiza o tratamento por hemodiálise seguida pela diálise peritoneal (9,2%).

Este grande número de pacientes em hemodiálise pode ser justificado porque geralmente não existe uma preparação para o início da TRS, o que leva o paciente não poder escolher qual modalidade mais adequada para o sua realidade. Fato que implica na falta de informação e educação para o paciente sobre as opções disponíveis de tratamento. Na prática, no Brasil, a maior parte dos pacientes é automaticamente inclusão no programa de hemodiálise, sem ter tido a oportunidade de conhecer e escolher outra modalidade (PEIXOTO et al. 2013).

Além do mais durante a fase de tratamento, os portadores de IRC podem ter a qualidade de vida relacionada a saúde diminuída, pois existe a ansiedade previa e no momento do tratamento, a perda da autonomia, a dificuldade em lidar com uma doença incurável, em alguns casos ter que se deslocar diariamente ou semanalmente para outras cidades, a queda da de vitalidade, a limitação para a realização das atividades diária, em muitos casos a falta de suporte por parte dos familiares e amigos, prejudicando assim, tanto a saúde física quanto a saúde psíquica do paciente (LOPES et al., 2014).

A evolução da patologia pode ser avaliada pela análise da TFG e em todos os estágios pode ser retardada ou prevenida com tratamentos adequados. Para alguns autores a filtração glomerular é considerada a melhor medida geral da função renal e a mais facilmente compreendida pelos médicos e pacientes (TRAVAGIM; KUSUMOTA, 2009; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

A creatinina sérica também pode ser considerada um bom marcador da função renal, sendo frequentemente utilizada na estimativa da filtração glomerular, mesmo diante das limitações no seu uso. Pelo fato de que a dosagem de creatinina varia de acordo com a massa muscular e o nível de normalidade deve ser ajustado individualmente; seu nível só aumenta

após a TFG ter decaído para cerca de 50%-60% de seu nível normal e por existir interferência analítica de cromógenos não creatinina na sua dosagem (BASTOS; ANDRIOLO; KIRSZTAJN, 2011).

A IRC também pode ser diagnosticada através da identificação do dano renal parenquimatoso sendo que a albuminúria/proteinúria o principal marcador deste tipo de lesão. Esta determinação, juntamente com a aferição da pressão arterial e glicemia constituem instrumentos poderosos não só para o diagnóstico da IRC, mas também para o seu prognóstico e controle dos fatores de risco para doença cardiovascular (TRAVAGIM et al., 2010).

Nos serviços de atenção básica o paciente deve receber uma abordagem integral que vai desde a identificação dos indivíduos pertencentes do grupo de risco, passando pelo diagnóstico, tratamento da doença em seus estágios iniciais até o encaminhamento ao especialista (TRAVAGIM; KUSUMOTA, 2009).

A efetiva prevenção e retardo da progressão da IRC, nos serviços de atenção básica à saúde, estão atrelados a maiores investimentos na formação de profissionais e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos (TRAVAGIM; KUSUMOTA, p. 392, 2009).

As ações efetivas dos profissionais de saúde capacitados aliadas à implementação de políticas públicas na detecção da insuficiência renal precocemente são uma importante contribuição para intervenções com vistas à promoção da saúde, prevenção e retardo da progressão desta doença cruel com elevado potencial de morbimortalidade (MELO; MESQUITA; MONTEIRO, 2013).

Os cuidados prestados a pessoa com Insuficiência Renal Crônica nos serviços de atenção básica foram definidos pela Portaria MS nº 389, de 13 de Março de 2014. Nela são instituídos os critérios para a organização da linha de cuidado e institui o incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. A portaria define que os estabelecimentos de saúde participantes da linha de cuidado deverão adotar (entre outras) as seguintes diretrizes:

- Garantir o financiamento adequado para prevenção, diagnóstico e tratamento dos fatores de risco e tratamento da IRC, bem como para o cuidado das pessoas com necessidades de TRS;
- Investir no diagnóstico precoce de modo a identificar as pessoas com IRC;
- Implementar a estratificação de risco da população com IRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a TFG e encaminhamento à atenção especializada, quando necessário;

- Promover a educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da IRC e de seus fatores de risco, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS);
- Desenvolver medidas para garantir a difusão das ações e cuidado à pessoa com IRC em todos os pontos de atenção da linha, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado.
- Atualizar o calendário vacinal das pessoas com IRC, conforme o Programa Nacional de Imunização;
- Coordenar e manter o vínculo e o cuidado das pessoas com IRC, quando referenciados para outros pontos de atenção da Rede de Atenção no âmbito do SUS;
- Realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com IRC.

Porém nem sempre as recomendações são seguidas resultando no encaminhamento tardio aos serviços especializados e o início da TRS não planejado. Por este motivo cabe ao ACS monitorar e informar a população, prioritariamente o grupo de riscos e pessoas dentro da fase pré-dialítica, sobre os seus direitos no âmbito do sistema de saúde público. Em relação às pessoas já em o tratamento conservador, os ACS devem oferecer orientações acerca dos cuidados com a alimentação, ingesta hídrica e cuidados com a fístula arteriovenosa e/ou com o cateter de acesso central.

3.2 Atenção à IRC no contexto da Estratégia Saúde da Família

A atenção à saúde no Brasil está direcionada a população por base no núcleo familiar. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde da Família (PSF) como Política Nacional de Atenção Básica, que foi institucionalizada no ano de 2006, constituindo-se na Estratégia Saúde da Família, com caráter organizativo, complementar e de substituição ao PACS (LANZONI; MEIRELLES, 2013; MENEGUSSI; OGATA; ROSALINI, 2014).

A proposta de expansão e qualificação da atenção básica, representada pela Estratégia Saúde da Família, busca a superação do modelo hegemônico centrado na doença, através do desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados (CARDOSO; NASCIMENTO, p. 1510, 2010).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica o trabalho realizado dentro das ESF deve ser desenvolvido de forma interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações. As equipes de saúde da família devem ser compostas

minimamente por médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e pelos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2012).

O principal objetivo da ESF é realizar atenção contínua nas especialidades básicas, desenvolvendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. No cerne dessas ações o ACS executa o seu trabalho utilizando ações de educação individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade para prevenir as doenças e aperfeiçoar o autocuidado (BRASIL, 2012; COSTA et al., 2013).

O potencial de atuação política e educativa do ACS demonstra a importância de reconhecer o saber, as vivências e as experiências que esse profissional traz a respeito do processo saúde-doença e da dinâmica de vida e trabalho da comunidade em que reside. Porém, a permanência de práticas advindas do modelo de atenção curativista/biomédico torna o conhecimento vivencial destes sujeitos desvalorizado pelos demais profissionais (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013; CAMPOS et al., 2011).

Para Silva et al. (2014) investir em capacitações é de extrema importância, pois a maioria dos profissionais não tem oportunidade de desenvolver as habilidades complexas exigidas pela sua função. Tornando evidente a necessidade de educação permanente nos serviços de saúde para que possam ocorrer mudanças nas práticas assistenciais. Essas ações são importantes ferramentas que permitem uma melhora no desempenho profissional e na situação de saúde local. Mesmo os ACS não cumprindo, na íntegra, a promoção da saúde, são inquestionáveis suas contribuições na consolidação da atenção básica à saúde.

Importante lembrar que o agente comunitário é o profissional que mais realiza visitas domiciliares, nas quais pode avaliar o ambiente familiar, conhecer os moradores procurando identificar os membros ou outras pessoas que colaborem com o paciente, buscar identificar fatores que propiciam ou atrapalhem a adesão ao tratamento, nortear os indivíduos quanto às medidas de proteção, além de instigar a população a refletirem sobre suas condições de saúde e doença. Nesse momento, tem a possibilidade de encontrar os principais problemas de saúde das famílias, contribuindo para que os serviços possam oferecer uma atenção mais voltada para as demandas, respeitando os problemas específicos de cada comunidade (COSTA SM et al., 2013; CANHESTRO et al., 2005).

O ACS permite o elo entre o usuário dos serviços de saúde e a equipe, a partir do que vê e ouve da população é que as ações de saúde serão planejadas pela equipe. O Agente passa a atuar como mediador social, aquele que traduz para a equipe de saúde as necessidades da comunidade, e garante a vinculação e a identidade cultural de grupo com as pessoas sob sua responsabilidade em relação às ações oferecidas no serviço público de saúde (FILGUEIRAS; SILVA, p. 902, 2011).

Tais profissionais têm um papel fundamental no incentivo ao controle das doenças, principalmente as DCNT. Atualmente, estas patologias enquadram-se dentro de uma classe de doenças com proporções reais de uma pandemia, em destaque estão a HAS e o DM. No Brasil, existem fatores que dificultam a implantação efetiva de programas de prevenção e controle de destas doenças, como a desigualdade social, somada à dimensão continental do país (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

Silva et al. (2011) ressalta que a HAS vem sendo chamada de “assassina silenciosa”, pois, na maioria das vezes a patologia não manifesta sintomas, o que dificulta seu diagnóstico, o início e a adesão ao tratamento. A VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial a define com uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial ($\geq 140 \times 90$ mmHg).

Entre os fatores que estão intimamente ligados ao surgimento da hipertensão estão o sedentarismo, fatores socioeconômicos, genética, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal e álcool, idade, sexo, estresse, tabagismo, anticoncepcionais, entre outros (BRASIL, 2010).

Já o diabetes mellitus, transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, pode ser caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. Os fatores de risco para o desenvolvimento do DM são: história familiar, uso de anti-hipertensivos, história de diabetes gestacional, dislipidemia, exame prévio de HbA1c $\geq 5,7\%$, tolerância diminuída à glicose, obesidade, história de doença cardiovascular, sedentarismos, etc. (BRASIL, 2013).

O tratamento da DM está associado à manutenção dos níveis glicêmicos dentro dos parâmetros recomendados pelo Ministério da saúde, que é de 126 mg/dl e hemoglobina glicosilada menor que 7%. Porém, o controle desses níveis acaba sendo uma tarefa nada fácil de ser executada tanto para o paciente como para o profissional, devido os fatores que afetam o processo de cuidado como situação socioeconômica dos usuários que na maioria das vezes não é favorável, a insuficiente capacitação dos profissionais, a carência de recursos materiais e humanos nos serviços de saúde (FERRAZ, et al., 2015).

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento da conexão entre os usuários e unidades básicas de saúde são imprescindíveis ao sucesso do controle dessas afecções, o acompanhamento da HAS e do DM na atenção primária poderá evitar o surgimento e progressão da doença, reduzindo internações hospitalares e mortalidade relacionada a esses agravos (SILVA et al., p. 17, 2011).

Incentivar o controle metabólico rigoroso, associado à estatização dos níveis pressóricos são medidas capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações e

podem levar além de resultando em melhoria na qualidade de vida dos indivíduos, uma perspectiva real de redução de danos à órgãos-alvo, como os rins (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

Considerando os pacientes em TRS no Brasil é possível afirmar que os diagnósticos primários mais prevalentes são a HAS e o DM. Assim, grande parte dos indivíduos com IRC poderiam ser, em tese, detectados durante as atividades de acompanhamento realizadas na atenção básica de saúde e encaminhados ao subprograma de prevenção secundária. Essas patologias têm alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo os principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento da IRC. (SILVA et al., 2012; PERES et al., 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo de caráter transversal. Segundo Gil (2010) as pesquisas descritivas são desenvolvidas com o objetivo de descrever as características de determinada população. E podem também ser elaboradas com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis. Cervo e Bervian (2007) também apontam que este tipo de pesquisa observa, registra, analisa e inter-relaciona fatos os achados sem manipulá-los.

Sousa (2007) afirma que nos estudos transversais, as variáveis são identificadas num ponto no tempo e as relações entre as mesmas são determinadas. Para Polit; Beck (2011), a abordagem quantitativa caracteriza-se por envolver a coleta sistemática de dados numéricos, mediante condição de controle, além da análise desses dados utilizando procedimentos estatísticos.

4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada em Ipiranga do Piauí, município de pequeno porte, localizado no sudeste piauiense, na região limítrofe entre o Vale do Rio Guaribas e o Vale do Rio Sambito, a 264 km da capital Teresina. Segundo o IBGE (2014), o quantitativo populacional do município é de 9.569 habitantes.

A cidade foi escolhida por conveniência e por apresentar alta taxa de indivíduos propensos a desenvolver complicações relacionadas às DCNT. Segundo dados do SIAB (2015) 13,41% (n=1284) dos habitantes são hipertensos, ao mesmo tempo a prevalência do diabetes na cidade é menor, chegando ao percentual de 2,1% (n=201).

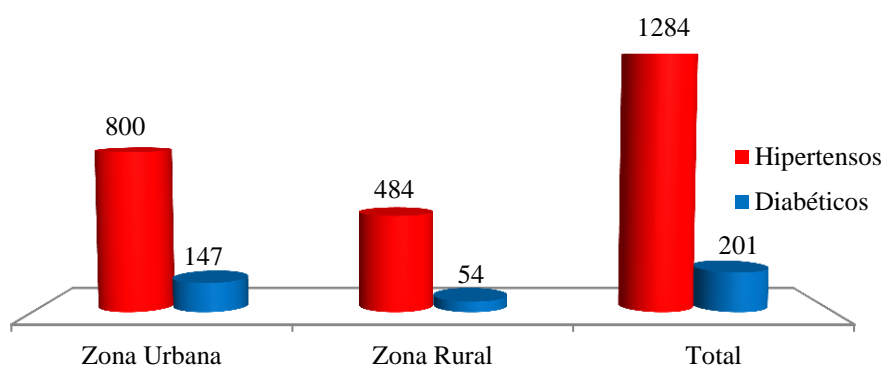


GRÁFICO 1 – Quantitativo de Hipertensos e Diabéticos no município de Ipiranga do Piauí (SIAB, 2015).

4.3 População e Amostra

A população deste estudo se constitui dos Agentes Comunitários de Saúde cadastrados no município de Ipiranga do Piauí. Considerando que atualmente existem 23 ACS cadastrados, fora realizado teste-piloto com um dos integrantes, a fim de avaliar a aplicabilidade do instrumento de coleta de dados. Após a análise do teste e adequação do instrumento, a amostra censitária constitui-se de 22 indivíduos, excetuado o indivíduo que havia realizado o teste-piloto.

4.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período entre março e abril de 2015 por meio de um questionário semiestruturado (APÊNDICE A), respondido no local de trabalho dos ACS. O instrumento foi elaborado contendo questões relacionadas aos dados socioeconômicos e grau de instrução, dados sobre experiência profissional, conhecimento dos ACS acerca da insuficiência renal crônica, práticas dos ACS para prevenção da insuficiência renal.

Para manter o anonimato dos participantes estabeleceu-se um código de identificação para cada indivíduo, onde o primeiro agente comunitário a participar da coleta de dados foi denominado ACS 1, o segundo ACS 2 e assim consecutivamente até o vigésimo segundo, este último foi o último a ser incluído na análise dos dados.

4.5 Análise dos Dados

Os resultados dos questionários serão inseridos no Excel e tabulados e analisados no *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. A análise dos resultados da investigação abordou a correspondência dos conhecimentos e práticas identificadas, considerando a literatura pertinente relacionada ao assunto e o alcance dos objetivos propostos.

As respostas abertas foram utilizadas apenas para ilustrar o conhecimento dos ACS, sem a realização de análises mais aprofundadas, visto a natureza desta investigação.

4.6 Aspectos Éticos e legais

A pesquisa seguiu os preceitos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), estando em análise pelo referido CEP.

Para realização da pesquisa foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde por meio de Carta de Anuência (APÊNDICE C). Coube à pesquisadora solicitar que os ACS da instituição participem da pesquisa, bem como esclarecê-los sobre o anonimato, o método, os objetivos e da relevância da pesquisa. Os profissionais tiveram autonomia de se recusar a participar da pesquisa ou desistir dela a qualquer momento da coleta de dados. Após os esclarecimentos da pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). O TCLE foi assinado em duas vias, uma ficou em domínio da pesquisadora e outra com ao sujeito da pesquisa.

Entre os riscos que os participantes da pesquisa encontraram-se expostos está o constrangimento por não saber responder as perguntas do questionário, porém este constrangimento foi minimizado preservando o anonimato do indivíduo e ofertando um local reservado que promoveu a privacidade dos participantes e confidencialidade das informações. Em meio aos benefícios destaca-se a possibilidade dos profissionais enfermeiros e gestão poderem conhecer a necessidade de oferecer capacitação aos ACS. Após receberem treinamento os ACS poderão melhor orientar a população.

5 RESULTADOS

Participaram desta investigação 22 ACS, se caracterizam em sua grande maioria (95,5%) sendo do sexo feminino. No tocante à idade, a mínima encontrada foi de 23 anos e a máxima 55 anos, com média de 40,2 anos, deste 54,5% são casados. A renda mensal dos profissionais esteve concentrada entre dois e três salários mínimos (54,5%). Quanto ao nível de escolaridade a maior parte (59,1%) afirmou ter concluído o ensino médio (TABELA 1).

TABELA 1 - Caracterização da amostra quanto às variáveis socioeconômicas. Picos-PI, jul. 2015.

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Sexo			
Feminino	21	95,5	
Masculino	1	4,5	
Idade			
21 – 30 anos	2	9	
31 - 40 anos	9	41	Média
41 – 50 anos	10	45	40,2
> 50 anos	1	5	
Estado Civil			
Solteiro(a)	6	27,3	
Casado(a)	12	54,5	
União consensual	4	18,2	
Outros	-	-	
Renda Mensal*			
Até 1 salário mínimo	7	31,8	
2 a 3 salários mínimos	12	54,5	
Mais de 3 salários mínimos.	3	13,6	
Grau de Instrução			
Ensino Fundamental	-	-	
Nível Médio	13	59,1	
Nível Técnico	1	4,5	
Nível Superior Incompleto	2	9,1	
Nível Superior Completo	2	9,1	
Pós-graduação	4	18,2	
Total	22	100	

*Levando em consideração o Salário Mínimo no Brasil em 2015 = R\$ 788,00.

Os ACS estão distribuídos igualmente entre as Zonas Urbana e Rural. Em relação ao tempo de trabalho na instituição verificou-se referência mais frequente a um período de 15-20 anos (40,9%). Todos os entrevistados responderam que o estabelecimento no qual estão lotados oferece educação continuada (100%) e grande parte (86,4%) recebeu curso de capacitação para a função (TABELA 2).

TABELA 2 – Dados sobre a experiência profissional dos agentes comunitários de saúde. Picos-PI, jul. 2015.

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Área de Atuação		
Zona Urbana	11	50
Zona Rural	11	50
Tempo de Trabalho		
2 – 5 anos	6	27,3
6 – 10 anos	1	4,5
11 – 15 anos	5	22,7
15 - 20	9	40,9
> de 20 anos	1	4,5
Capacitação para o Trabalho		
Sim	19	86,4
Não	3	13,6
Educação Continuada		
Sim	22	100
Não	-	-
Total	22	100

Sobre o conhecimento dos ACS acerca da Insuficiência Renal, 100% deles relataram não possuir treinamento na área de nefrologia, conforme tabela 3. Vale ressaltar que quando indagados diretamente sobre o significados da IRC, 72,7% (n=16) afirmou saber a definição da patologia e 27,3% (n=6) relatou desconhecer o que é a IRC.

TABELA 3 – Qualificação de ACS acerca da Insuficiência Renal Crônica. Picos-PI, jul. 2015.

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Possui treinamento em nefrologia		
Sim	-	-
Não	22	100
Total	22	100

Na relação entre “O significado da IRC x Possui curso de imersão” pode-se observar que 59% dos ACS com curso introdutório afirmaram saber a definição da IRC. Toda vez que o “p” for menor ou igual que 0,05 a relação é forte. Porém não podemos afirmar que exista uma correlação entre estes dois itens, por conta da baixa quantidade de indivíduos entrevistados.

z

TABELA 4 – Relação entre capacitação para o trabalho e conhecimento sobre IRC entre ACS. Picos-PI, jul. 2015.

	Sabe o que é IRC		Total	Qui-quadrado*
	Sim	Não		
Capacitação para o trabalho	Sim	13 59%	6 27%	p =0,254*
	Não	3 14%	0 0%	
Total		16 73%	6 27%	22

* Os valores referem-se ao X² de Pearson

Isso fica evidenciado pelas discrepâncias entre as respostas dos profissionais que afirmaram saber o conceito de IRC. Onde algumas destas respostas contêm informações corretas sobre o conceito da doença, mesmo de forma incompleta. Já outras fugiram do cerne da questão apresentando informações vagadas:

(ACS 22): “É uma doença que afeta os rins, o paciente pode vir a óbito. Os rins podem parar de funcionar lenta ou rapidamente devido a hipertensão e o diabetes. O paciente é tratado com hemodiálise, transplante e etc”.

(ACS 09) “É quando o rim para. Que fazer o paciente aumentar a pressão do sangue.”

(ACS 04): “É quando os rins já não está mais filtrando o sangue direito, trazendo toda uma complicação para o indivíduo como por exemplo o oxigênio do sangue não está sendo produzido o suficiente com isso vem a ipertensão, o diabete melitos provocando AVC e o infarto agudo do miocárdio”.

Quanto aos fatores de risco e aos sinais e sintomas da IRC os agentes de saúde demonstraram ter informação corretas sobre o assunto, visto que a maioria deles respondeu corretamente aos inquéritos (GRAFICO 2 e 3).

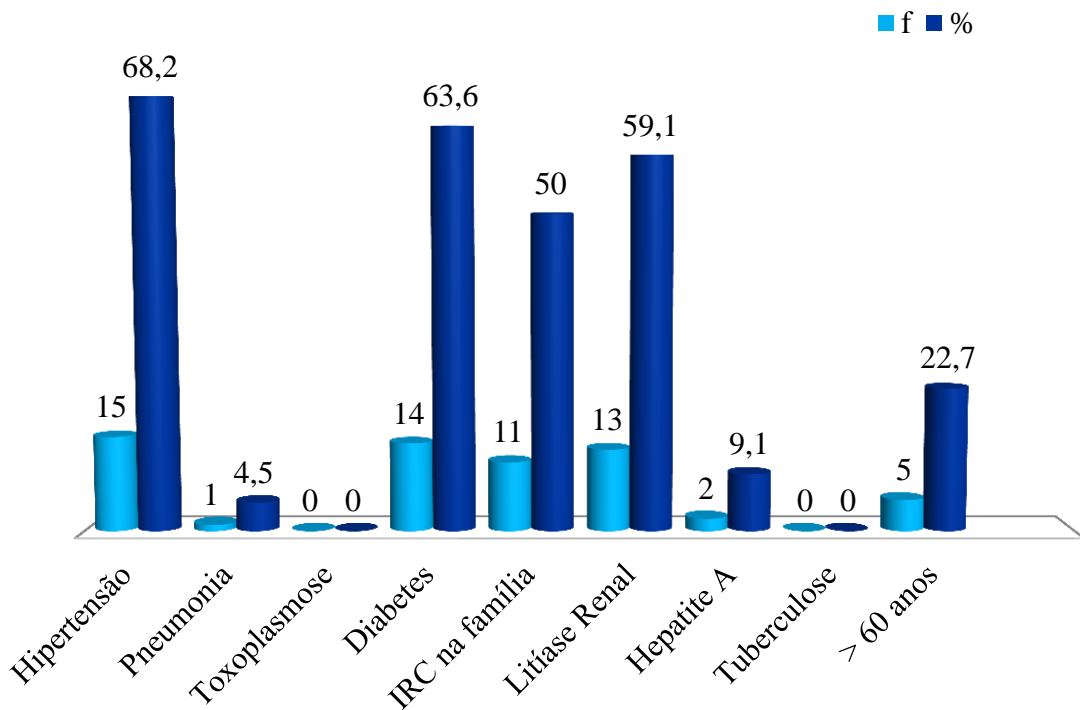


GRÁFICO 2 – Identificação de fatores de risco para desenvolver IRC por ACS.

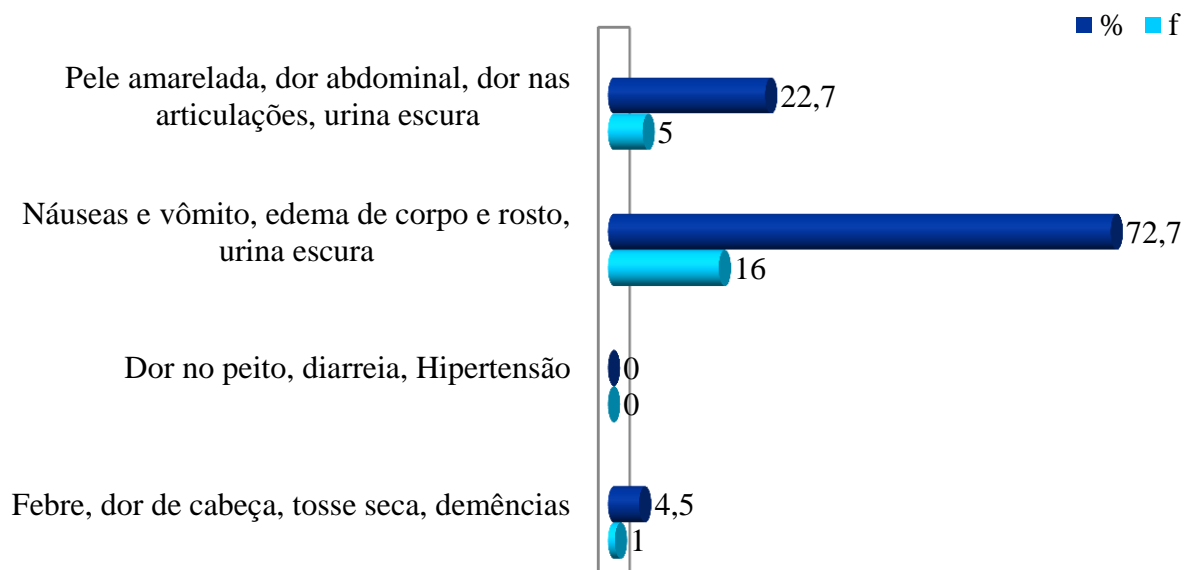


GRÁFICO 3 – Identificação de sinais e sintomas da IRC por ACS.

No tocante da prática dos ACS para prevenção da IRC os profissionais foram questionados sobre a existência de indivíduos com fatores de risco em sua área de atuação e quanto a frequências que essas pessoas devem ser visitadas (TABELA 5).

TABELA 5 – Existência de indivíduos dentro do grupo de risco para desenvolver lesão renal e frequência de visitação Picos-PI, jul. 2015.

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Existência de pessoa dentro do grupo de risco		
Sim	21	95,5
Não	1	4,5
Frequência de Visitação		
Mensal	21	95,5
Trimestral	1	4,5
Semestral	-	-
Anualmente	-	-
Total	22	100

Quanto inquiridos sobre as intervenções que eles, enquanto agente de saúde, poderiam realizar com os moradores durante as visitas domiciliares poucos profissionais responderam ao questionamento. As poucas respostas são bem representadas por:

“Encaminhar o paciente ao PSF, para as atividade do HIPERDIA” (ACS 15).
“Ingerir bastante líquido, controle do sal, açúcar, gordura, peso, atividade física” (ACS 05).

Em relação às orientações oferecidas ao grupo de risco a fim de prevenir e/ou retardar a evolução da patologia os ACS demonstraram terem conhecimento adequado, pois a maioria respondeu as questões corretamente (GRAFICO 4, 5).

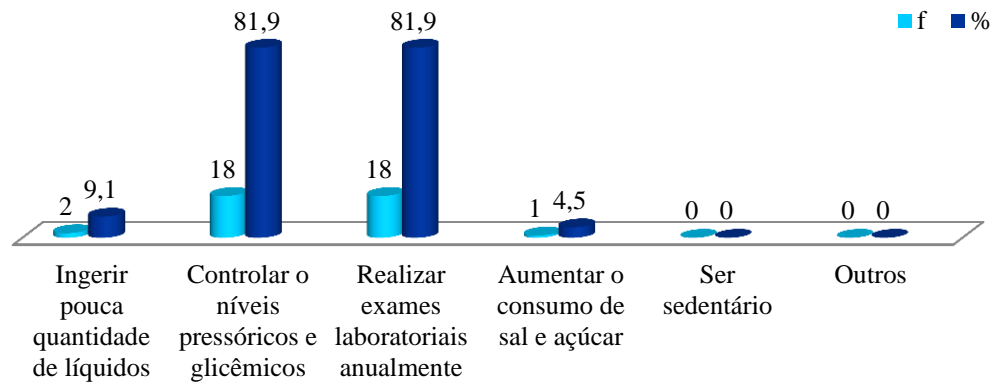


GRÁFICO 4 – Orientações dadas por ACS para a prevenção da IRC.

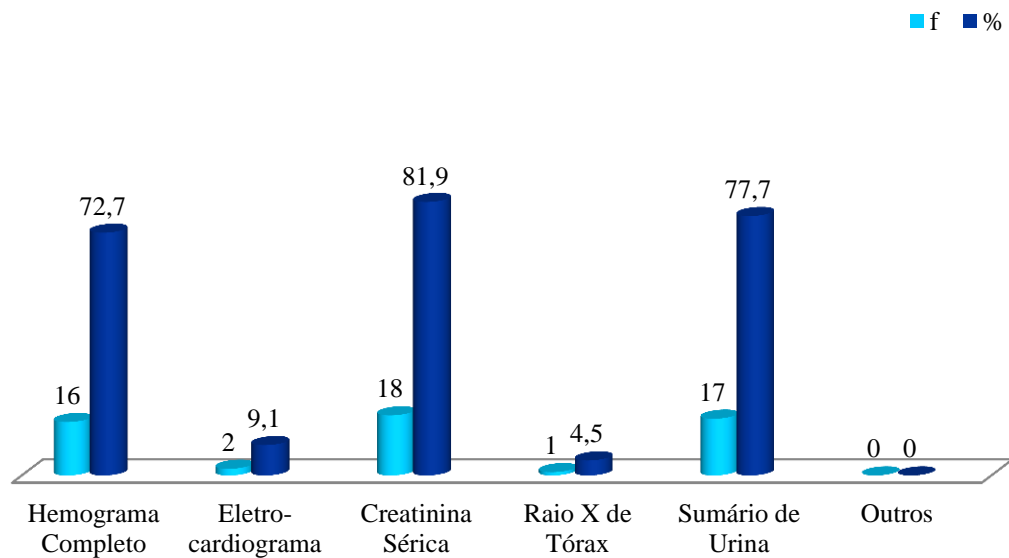


GRÁFICO 5 – Conhecimento dos ACS acerca de exames de rotina para grupos de risco de IRC.

Sobre os exames de rotina que devem ser realizados anualmente para os indivíduos dentro do grupo de risco os profissionais demonstraram saber quais deles devem ser solicitados, porém muito afirmaram erroneamente que o hemograma completo também se caracteriza como um exame de rastreamento da lesão renal (GRÁFICO 5).

6 DISCUSSÃO

Frente aos resultados é possível traçar um perfil dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa. Estes são geral mulheres (95,5%), casadas, idade predominante variando entre 41 e 50 anos, com ensino médio completo, renda mensal de 2 a 3 salários mínimos. Dados semelhantes foram encontrados no estudo desenvolvido por Melo, Quintão e Carmo (2015) onde 89,5% eram mulheres, todos haviam concluído o Ensino Médio e com prevalência de profissionais na mesma faixa etária, porém sua remuneração estava abaixo de R\$ 1.000.

O nível de escolaridade dos ACS atende o requisito exigido pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Lei nº 10.507 que regularizou a profissão de Agente Comunitário de Saúde. Segundo a norma, para iniciar do trabalho faz-se necessário que o indivíduo tenha concluído apenas o ensino fundamental.

Um achado positivo encontrado nesta pesquisa foi que 100% dos entrevistados declara que a instituição oferece atividade de educação continuada e destes 86,4% afirmam ter recebido curso de iniciação ao trabalho. Tal fato atente a umas das propostas do MS que em 2004 lançou a PNEPS, tendo como ponto de partida o trabalho, o cotidiano, e as atividades desenvolvidas pelos profissionais, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao dia a dia das organizações e ao trabalho (CORIOLANO et al., 2012).

Levando em consideração que os ACS adentram ao serviço sem qualquer conhecimento prévio de sua função, esta estratégia de atualização torna-se essencial, pois cabe ao serviço de saúde a responsabilidade de conceder essa qualificação aos trabalhadores.

Incentivar a complementação da formação técnica e na valorização dos ACS é sinônimo de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. Entretanto, a ausência de proposições de processos pedagógicos, embasados em referenciais que permitam a aprendizagem pode conferir perdas no papel assumido por essa política pública. O fato de não discutir nem saber lidar com problemas identificados durante a rotina de trabalho pode ensejar angústia, fragilizando o acompanhamento e a orientação de famílias sob sua responsabilidade; e ainda contribuir com a manutenção de práticas equivocadas, pautadas no biologicismo e na “medicalização” (QUEIROZ; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

Quanto à localização de trabalho, estes se apresentam divididos rigorosamente entre zona rural e urbana, onde ainda caracterizam-se em elevado percentual tendo iniciado (40,9%) seu trabalho há mais de 15 anos. Fato que difere dos achados por Maia; Pagliuca; Almeida, (2014) onde 40,5% dos indivíduos atuavam como ACS há no máximo 2 anos. O amplo tempo

de trabalho poderia ser explicado por estes profissionais serem trabalhadores efetivos da instituição acontecimento que confere segurança e menos rotatividade profissional.

Um dos pontos negativos encontrados no estudo foi que nenhum ACS recebeu qualquer tipo de treinamento em relacionado às doenças renais. Levando em consideração que a IRC vem sendo considerado um grave problema de saúde pública por atingir milhares de pessoas anualmente, causando muitos transtornos à vida dos acometidos.

Portanto seria interessante que esta temática fosse incluída nos programas de educação continuada oferecidos aos profissionais que atuam na atenção básica. Implementar esta ação atenderia um dos princípios recomendados pelo MS através da Portaria nº 389 de 2014, que orienta a realização de educação continuada para os profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da IRC e de seus fatores de risco.

A necessidade de treinamento pode ser demonstrada através da análise das falas dos ACS sobre o conceito de insuficiência renal. Observa-se que algumas relataram o conceito da doença parcialmente, porém a maioria dos participantes fugiu da essência do assunto, apresentando informações aleatórias e confusas.

No que se refere à avaliação do conhecimento dos ACS acerca da IRC e sua relação com as patologias de base, pode-se afirmar que os profissionais são detentores um saber adequado visto que os fatores predisponentes mais citados foram a HAS (68,2%), o DM (63,6%), a existência de pessoa com IRC na família (50%) e a história pessoa de litíase renal (59,1). Este resultado converge aos apresentados na literatura sobre a temática. Sesso et al. (2014a) mostrou em sua pesquisa que os principais diagnósticos iniciais dos pacientes em diálise no ano de 2013 foram a hipertensão arterial (35%) e diabetes (30%).

Pena et al. (2012) ainda afirma que ser idoso também é um fator predisponente, porém poucos (n=5) souberam que este fato pode influenciar no surgimento da patologia. Raras foram as respostas que afirmaram que Hepatite A (n=1) e Pneumonia (n=2) podem ocasionar o surgimento da doença.

No tocante dos sinais e sintomas sabe-se que a IRC evolui silenciosamente, porém em seus estados mais avançados podem surgir alguns sinais e sintomas, como por exemplo, náuseas e vômitos, edema de corpo e rosto, urina escura. Estas manifestações foram referenciadas pela maior parte dos pesquisados (72,7%). Tais efeitos surgem devido à retenção de líquidos, azotemia e pela redução da função endócrina renal (SMELTZER; BARE, 2011).

Em relação à visita domiciliária às pessoas com fatores de risco, 95,5% dos ACS responderam visitar os moradores mensalmente. A visita caracteriza-se como uma atividade

intrínseca da função dos agentes de saúde. Não existe uma normatização em relação à frequência de visitas que os indivíduos com fatores de risco para IRC devem receber.

A frequência de visitação poderia ser determinada pelos ACS juntamente com o enfermeiro e os demais membros da equipe de saúde da família de acordo com a avaliação da situação de saúde de cada indivíduo. Contudo a frequência referida que está em concordância com as determinações estabelecidas na Portaria nº 2.488/2011 do MS, ela recomenda que todas as famílias sejam visitadas pelo menos uma vez ao mês.

Esta atividade pode ser considerada um instrumento ideal para a educação em saúde. A troca de informações se dá no contexto de vida de cada membro e da família, cada domicílio apresenta uma realidade diferente do outro. Assim, o agente ao identificar a vivência familiar, seus problemas, necessidades e anseios poderá estabelecer um diagnóstico de saúde da comunidade, repassando as informações à equipe saúde da família para o planejamento de ações.

Desse modo, os ACS, por meio da visita domiciliária, podem aumentar o acesso aos cuidados básicos e facilitar o uso adequado dos recursos da saúde, triagem, detecção e atendimento de emergência de base, e colaborar para o seguimento do cuidado em saúde, pelo diagnóstico local da comunidade. O que exige instrumentalização adequada para atuar como corresponsável na concretização do sistema de saúde brasileiro.

Essa perspectiva assistencial solicita um novo pensar e um novo fazer da equipe multiprofissional, uma vez que o espaço domiciliar é uma dimensão de alta complexidade, e para atuar nesse ambiente são necessárias, além de competências teórico-metodológicas desenvolver habilidades relacionais, instrumentos essenciais para a reorientação do modelo assistencial proposto pela ESF (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011).

No tocante das intervenções que poderiam ser realizar com os indivíduos os profissionais pontuaram algumas informações validas. Como por exemplo, incentivar o controle das patologias de base, bem como encaminhar os indivíduos ao serviço de atenção básica. Medidas que segundo Ferraz et al. (2015) a médio e longo prazo podem prevenir e diminuir os índices de complicações relacionados as DCNT.

O controle patologia de base também é considerado importante por Bastos; Kirsztajn (2011). Os autores consideram que o tratamento ideal da IRC deve ser baseado em três pilares de apoio: diagnóstico precoce, encaminhamento imediato para tratamento nefrológico e implementação de medidas para preservar a função renal como, por exemplo, o tratamento bem-sucedido da doença de base.

Este fato é complementado quando examinados quanto às orientações que deveriam ser oferecidas com o objetivo de retardar a progressão da IRC. Onde 81,9% responderam que deveriam incentivar o controle pressórico e glicêmico e realizar exames laboratoriais anualmente.

Entre os exames laboratoriais mais mencionados estão a creatinina sérica (81,9%), sumário de urina (77,7%). Achado que está de consonância com o que foi dito por Pena et al. (2012), o autor afirma que os indivíduos pertencentes ao grupos de risco, deve ser avaliado rotineiramente por meio do exame de urina e creatinina sérica. Ainda orienta que todo paciente detectado com IRC avançada deve ser referenciado para um nefrologista.

A dificuldade na identificação dos sintomas nos pacientes que se encontram nos estágios iniciais da IRC exige que os profissionais mantenham sempre um nível adequado de suspeição, especialmente naqueles pacientes com fatores de risco médico ou sociodemográfico para IRC (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

O hemograma completo também foi bastante referenciado (72,7%), entretanto este não se caracteriza como um exame para rastreamento pra a IRC. Ele apenas pode evidenciar o desenvolvimento da anemia quando a patologia já está instalada.

Após analisar dos achados desse estudo pode-se observar que os ACS conseguem fazer a relação entre as principais patologias de base e a IRC. Também foi demonstrada a existência de conhecimento adequado relacionando aos exames para rastreamento da patologia. Porém, existe a necessidade de melhor orientar a prática profissional em relação quanto às intervenções que eles, enquanto ACS poderiam realizar durante as visitas domiciliárias.

7 CONCLUSÃO

Avaliando a magnitude dos transtornos causados pela insuficiência renal, fica evidente a necessidade de se investir na prevenção, diagnóstico e retardo da progressão desta patologia. Considerando que os indivíduos com hipertensão e diabetes, principais grupo de risco para o desenvolvimento da IRC, deviam ser acompanhados e monitorados pela ESF grande parte dos doentes renais poderiam ser identificados precocemente.

Levando em consideração que o serviço de atenção básica constitui-se como a principal porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, é de significativa importância que os profissionais da ESF estejam capacitados para atender a demanda de paciente com insuficiência renal em todos os seus estágios, referenciando-os a outros níveis de assistência quando necessário.

Nesse contexto, fica evidente que os Agentes Comunitários de Saúde são peças chaves para o funcionamento efetivo das ESF, pois são elementos essenciais na prevenção e controle das DCNT e seus de agravo. Este estudo apresentou resultados onde grande parte dos ACS possuem conhecimento teórico adequando, porém referindo-se a prática de acompanhamento do doentes renais, os profissionais demonstraram certa dificuldade na efetivação das intervenções, pelas quais, poderiam ser a realizadas no momento da visita domiciliária. Sugere-se a construção de planos de trabalho organizados para os ACS contemplando o acompanhamento e monitoramento desse grupo de indivíduos.

A implementação da educação continuada com ACS acerca dos cuidados preventivos em relacionados à IRC apresenta-se como uma sugestão inovadora de educação continuada para os trabalhadores do SUS.

A principal dificuldade encontrada durante o desenvolvimento da pesquisa constituiu na inexistência de estudos que relacionassem a atenção aos indivíduos com predisposição para desenvolver lesão renal e os agentes comunitários de saúde. E por isso não há um estudo que possa servir de base para comparação dos resultados encontrados. Também não existe um instrumento de investigação anteriormente testado, no qual poderia ser adaptado para atender os objetivos estes estudo.

Cabe ressaltar que esta pesquisa apresentou limitações referentes ao delineamento transversal, onde existe a possibilidade de viés de memória, uma vez que as respostas dos questionários são autorreferidas. Outra limitação estar relacionada ao pequeno número de participantes da amostra.

A pesquisa contribuirá na avaliação dos gestores de saúde sobre a necessidade da oferta de capacitação para os profissionais, visto que mais de 13% da população convive com a hipertensão estando assim expostos ao risco de desenvolver a insuficiência renal.

Durante o desenvolvimento do estudo a pesquisadora pode notar a disponibilidade dos ACS em participarem das entrevistas bem como o empenho na resolução das questões. Após a finalização deste trabalho pode-se identificar algumas das dificuldades apresentadas pelos profissionais frente a IRC, como por exemplo, a dificuldade de orientar os pacientes durante a visita domiciliar em relação às medidas que poderiam evitar o desenvolvimento da patologia.

REFERÊNCIAS

BASTOS, M. G. BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 248-53, mar. 2010.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar em pacientes não submetidos à diálise. **J Bras Nefrol**, São Paulo, v. 33 n. 1 p. 93-108, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. CNES Net. Secretaria de Atenção Básica. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=22&VCodMunicipio=220480&NomeEstado=PIAUI>. Acesso: 04/11/2014.

_____. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Hipertensão**, v. 13, jan./fev./mar, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 36. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm> Acesso: 01/06/2015.

_____. Lei nº 12.994. Altera a Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112994.htm> Acesso: 01/06/2015.

_____. **Portaria nº 2.488/2011 do MS**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso: 01/06/2015

_____. **Portaria MS nº 389, de 13 de Março de 2014**. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html. Acesso: 01/06/2015.

_____. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da República Federativa Brasileira]**. Brasília – DF, 2012.

CANHESTRO, M. R. A visita domiciliar como estratégia assistencial no cuidado de doentes crônicos. **REME – Rev. Min. Enf**, Belo Horizonte v. 9 n. 3, p: 260-266, jul./set., 2005.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CANHESTRO, M. R. Conhecimento de pacientes e familiares sobre a doença renal crônica e seu tratamento conservador. **Reme – Rev. Min. Enferm**, Belo Horizonte v. 14, n. 3, p: 335-344, jul./set., 2010.

CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-4650, jan.-dez, 2011.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 1509-1520, 2010.

COSTA, S. M. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013.

CORIOLOANO, M. W. L et al. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 1, p. 37-59, mar./jun.2012.

DATASUS. Números de Hipertensos e Diabéticos. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?hiperdia/cnv/hdpi.def> . Acesso: 01/06/2015.

FERRAZ, R. R.N. et al. Gestão dos cuidados primários a portadores de diabetes mellitus e insuficiência renal em unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 06, n. 01, p.308-22, 2015.

FILGUEIRAS, A S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, v. 21 n. 3, p. 899-916, 2011.

GAÍVA, M. A. M.; SIQUEIRA, V. C. A. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 4, p.697-704, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Piauí >> Ipiranga do Piauí >> estimativa da população 2014**. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=220480&idtema=130&search=piawai|piranga-do-piaui|estimativa-da-populacao-2014->>> Acesso em 04/11/2014.

JOSINO, A. M. **Cuidados de enfermagem ao paciente com fístula arteriovenosa em hemodiálise**. [monografia]. Picos: Universidade Federal do Piauí, 2011.

K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **Am J. Kidney Dis**; v. 39, n. 2, p. 198-246, 2002.

LANZONI, G. M. M; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n.4, p. 557-63, 2013.

LOPES, J.M. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. **Acta Paul Enferm**. v. 27, n. 3, p.230-236, 2014.

MAIA, E. R.; PAGLIUCA, L. M.; ALMEIDA, P. C. Aprendizagem do agente comunitário de saúde para identificar e cadastrar pessoas com deficiência. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 326-32, 2014.

MARZARI, C. K.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 873-880, 2011.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.1383-1388, 2011.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Latino-am Enfer**, Ribeirão Preto, v. 5; n. 13, p. 670-676, 2005.

MELO, A. P.; MESQUITA, G. V.; MONTEIRO, C. F. S. Perfil epidemiológico de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico: Um estudo descritivo **R. Interd**, Teresina, v. 6, n. 1, p.124-128, 2013.

MELO, M. B.; QUINTÃO, A. F.; CARMO, R. F. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v.24, n.1, p.86-99, 2015.

MENEGUSSI, J. M.; OGATA, M. N.; ROSALINI, M. H. P. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 87-106, 2014.

NUNES, T. F. Insuficiência renal aguda. **Rev Med**, Ribeirão Preto, v. 3; n. 43 p. 272-82, 2010.

PEIXOTO, E. R. M. et al. Diálise planejada e a utilização regular da atenção primária à saúde entre os pacientes diabéticos do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1241-1250, 2013.

PENA, P. F. A. et al. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 17; p. 135-3144, 2012.

PERES, L. A. B. et al. Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no oeste do Paraná. Uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. **J Bras Nefrol**, São Paulo, v. 1 n. 32; p. 51-56, 2010.

PERES, L. A. B. et al. Identificação de filtração glomerular reduzida e hipertensão arterial na comunidade. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v. 9, n. 6, p. 403-7, nov-dez 2011.

PEREIRA, I. C.; OLIVEIRA, M. A. C. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 3, p. 412-9, 2013.

QUEIROZ, D.M, SILVA, M. R. F, OLIVEIRA, L. C. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. **Interface**, Fortaleza,; v. 18, n. 2, p.1199-1210, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2011.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M; RIBEIRO, S. M. R. Promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7; n. 17, 2012.

ROMÃO Jr., J.E. Diretrizes Brasileiras da Doença Renal Crônica. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. **J.Bras. Nefrol**, São Paulo, v.26, n.3, p.: 4-5, 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SESSO, R. C. et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise 2012. **J Bras Nefrol**, São Paulo, v. 1; n. 36; p. 272-7, 2014a.

SESSO, R. C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013 - Análise das tendências entre 2011 e 2013. **J Bras Nefrol**, São Paulo, v. 36; n. 4; p. 476-481, 2014b.

SILVA, D. B. et al. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 1, p. 16-23, jan./mar, 2011.

SILVA, L. K. et al. Ensaio sobre a cegueira: mortalidade de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17 n. 11 p.: 2971-2980, 2012.

SILVA, S. S. Agente comunitário de saúde: o uso da educação em saúde como Facilitadora do cuidado. **Em Extensão**, Uberlândia, v. 13, n. 2, p. 122-128, jul. / dez. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Prevenção da doença renal crônica: um grande desafio**, 2011. Disponível em: <www.sbn.org.br/noticias/ambr.pdf> Acesso: 27/09/2014.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15 n. 3 maio-jun, 2007.

TRAVAGIM, D. S. A; KUSUMOTA, L. Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v 17, n 3, p. 388-393, jul./set, 2009.

TRAVAGIM, D. S. A. et al. Prevenção e progressão da doença renal crônica: Atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 291-7, abr/jun, 2010.

APÊNDICES

Apêndice A - Instrumento de Coleta de Dados

Caro(a) participante,

Solicito que responda todos os itens abaixo, seguindo a numeração indicada.

Código de identificação:	Data: _____ / _____ / 2015
--------------------------	----------------------------

1. DADOS SOCIOECONÔMICOS E GRAU DE INSTRUÇÃO

1.1. Sexo: () Masc. () Fem.	1.3. Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () União consensual () Outro: _____	1.4. Renda: () Até 1 salário mínimo () 2 a 3 salários mínimos () Mais de 3 salários mínimos.
1.2. Idade: _____		
1.5 Grau de Instrução: () Ensino Fundamental () Nível Médio () Nível Técnico () Nível Superior Incompleto () Nível Superior Completo () Pós-graduação		

2. DADOS SOBRE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

2.1 Área de Atuação: () Zona Urbana () Zona Rural
2.2 Há quanto tempo trabalha como ACS? _____
2.3 Realizou algum curso de imersão/capacitação ao trabalho na instituição? () Sim () Não
2.4 A instituição oferece atividades de educação continuada? () Sim () Não

3. CONHECIMENTO DOS ACS ACERCA DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

3.1 Possui treinamento na área de nefrologia? () Sim () Não
3.2 Se SIM, marque a titulação mais alta: () Especialização () Capacitação/aperfeiçoamento () Extensão () Outro: _____ () Não possui treinamento
3.3 Você sabe o que é a Insuficiência Renal Crônica (IRC)? () Sim () Não
3.4 Se SIM, defina a Insuficiência Renal Crônica: _____ _____ _____ _____
3.5 Quais deste são os fatores de risco para desenvolver IRC? (Esta questão pode conter mais de uma alternativa correta). () Hipertensão Arterial Sistêmica

- História pessoal de Infecção Urinária de Repetição
- Pneumonia
- Toxoplasmose
- Diabetes Mellitus
- História familiar de IRC
- Ter mais de 60 anos
- História pessoal de Litíase Renal
- Hepatite A
- Tuberculose
- Outros. Quais? _____

3.6 A Insuficiência Renal Crônica é uma patologia silenciosa em seu estágio inicial. No entanto, nos estágios mais avançado podem surgir alguns sinais e sintomas, tais como:

- Febre, Dor de cabeça, Tosse seca, Demências.
- Dor no peito, diarreia, Hipertensão.
- Náuseas e Vômito, edema de corpo e rosto, urina escura.
- Pele amarelada, dor abdominal, dor nas articulações, urina escura.
- Outros. Quais? _____

4. PRÁTICAS DOS ACS PARA PREVENÇÃO DA INSUFICIÊNCIA RENAL

4.1 Em sua área existem pacientes com risco para o desenvolvimento da IRC?

- Sim
- Não

4.2 Com qual frequência você deve realizar visitas domiciliares aos indivíduos com fatores de risco para desenvolver Insuficiência Renal?

- Mensalmente
- Trimestralmente
- Semestralmente
- Anualmente

4.3 Caso realize visita domiciliar a indivíduos com fatores de risco para desenvolver IRC aponte algumas intervenções/atividades poderiam ser realizadas?

4.4 Quais orientações podem ser oferecidas aos indivíduos com fatores de risco para desenvolver Insuficiência Renal? (Esta questão pode conter mais de uma alternativa correta).

- Ingerir pouca quantidade de líquidos
- Controlar o níveis pressóricos e glicêmicos
- Realizar exames laboratoriais anualmente
- Aumentar o consumo de sal e açúcar
- Ser sedentário
- Outros. Quais? _____

4.5 Quais exames deve ser realizados anualmente para identificação precoce de uma possível Insuficiência Renal? (Esta questão pode conter mais de uma alternativa correta).

- Hemograma Completo

- Eletrocardiograma
- Creatinina Sérica
- Raio X de tórax
- Sumário de Urina
- Outros. Quais? _____

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Conhecimento e prática dos agentes comunitários de saúde acerca da prevenção da insuficiência renal

Pesquisador Responsável: Prof. Ms. Mailson Fontes de Carvalho

Instituição/departamento: Universidade Federal do Piauí/ Centro de Ciências da Saúde/ Curso de Enfermagem/ Campus Senador Helvídio Nunes de Barros

Telefone para Contato: (89) 988086465

Local da coleta de dados: Unidade Básicas de Saúde do município de Ipiranga do Piauí

Você está sendo convidada para participar, como **voluntário (a)** de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

Nesse estudo pretendo avaliar os conhecimentos e práticas acerca da prevenção da Insuficiência Renal, direcionada aos ACS. Pretendo com essa pesquisa contribuir para que medidas preventivas sejam executadas pelas Equipes de Saúde da Família (eSF) a fim de diminuir a incidência da Insuficiência Renal. Sua colaboração estará trazendo benefícios para o desenvolvimento científico e para a melhoria da assistência prestada aos pacientes com risco para desenvolver lesão renal. Diante disso, gostaríamos de poder contar com a sua valorosa cooperação, a qual agradeço antecipadamente.

- Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.
- Se você concordar em participar do estudo seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador e a equipe do estudo terão acesso as suas informações para verificar as informações do estudo.
- Você terá todo o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

- Entre os riscos que você como participante da pesquisa encontrar-se exposto está o constrangimento por não saber responder as perguntas do questionário, porém este constrangimento será minimizado preservando-se o anonimato do indivíduo e oferecendo local reservado que promova a privacidade dos participantes e confidencialidade das informações.
- Em meio aos benefícios destaca-se a possibilidade dos profissionais enfermeiros poderem avaliar a necessidade de oferecer capacitação aos ACS. Após receberem treinamento, se necessário, os ACS poderão melhor orientar a população.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito da pesquisa

Eu _____
 RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACERCA DA PREVENÇÃO DA INSUFICIÊNCIA RENAL”**. “Fui devidamente esclarecido (a) quanto aos propósitos do estudo, e à garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, bem como a isenção de eventuais despesas por ocasião dessa participação. Concordo voluntariamente em participar do presente estudo, ciente de que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento sem sofrer penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício adquirido ou da assistência recebida neste serviço”.

Ipiranga do Piauí, ___ / ___ /2015.

 Assinatura do Participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceitação do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____

RG _____ CPF _____

Nome: _____

RG _____ CPF _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Ipiranga do Piauí, _____ de _____ de 2015

Mailson Fontes de Carvalho

Pesquisador responsável

Observações complementares

Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga

Centro de convivência L09 e 10 – CEP: 64.049-550 – Teresina – PI

tel.: (86) 3215-5734 – email: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep

Apêndice C – Carta de Anuência**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro para os devidos fins que autorizo a realização da pesquisa intitulada “Conhecimento e prática dos agentes comunitários de saúde acerca da prevenção da insuficiência renal” pela acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI Priscila de Sousa e Silva, sob a orientação do Prof. Ms. Mailson Fontes de Carvalho. A referida pesquisa será realizada na Rede de Saúde deste município, respeitando as determinações éticas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Ipiranga do Piauí - PI, ____ de _____ de 2015.

Secretária Municipal de Saúde

Maria Valdete de Lima



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA “JOSÉ ALBANO DE MACEDO”

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
- () Dissertação
- (X) Monografia
- () Artigo

Eu, **Priscila de Sousa e Silva**, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação **Conhecimento e prática dos agentes comunitários de saúde acerca da prevenção da insuficiência renal** de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 22 de dezembro de 2015.

PRISCILA DE SOUSA E SILVA

Assinatura

Assinatura