



UNIVERSIDADE DE
VASSOURAS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas em Saúde

RICARDO FURTADO DE CARVALHO

**RELATÓRIO TÉCNICO/CIENTÍFICO:
“Perfil nosológico dos pacientes
acometidos por doença renal crônica,
acompanhados no Serviço Ubaense de
Nefrologia/INAF de Ubá, Polo
Microrregional de Saúde na Zona da Mata
de Minas Gerais”**

Vassouras
2018

RICARDO FURTADO DE CARVALHO

**RELATÓRIO TÉCNICO/CIENTÍFICO:
“Perfil nosológico dos pacientes
acometidos por doença renal crônica,
acompanhados no Serviço Ubaense de
Nefrologia/INAF de Ubá, Polo
Microrregional de Saúde na Zona da Mata
de Minas Gerais”**

Relatório técnico/científico apresentado à Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação e Pesquisa / Coordenação do Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Filipe Moreira de Andrade, Universidade de Vassouras
Doutor pela Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil

Coorientador: Marcos Antonio Orsini Neves, Universidade de Vassouras.
Doutor pela Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil

Vassouras
2018

RICARDO FURTADO DE CARVALHO

**RELATÓRIO TÉCNICO/CIENTÍFICO:
“Perfil nosológico dos pacientes
acometidos por doença renal crônica,
acompanhados no Serviço Ubaense de
Nefrologia/INAF de Ubá, Polo
Microrregional de Saúde na Zona da Mata
de Minas Gerais”**

Relatório técnico/científico apresentado a Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação e Pesquisa / Coordenação do Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas em Saúde.

BANCA:

Orientador: Prof. Dr. Filipe Moreira de Andrade, Universidade de Vassouras. Doutor pela Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil.

Membro interno: Prof. Dr. Eduardo Tavares Lima Trajano, Universidade de Vassouras. Doutor pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Membro Externo: Prof. Dr. Marcus Gomes Bastos, Universidade Federal de Juiz de Fora. Doutor pela Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Suplente: Prof. Dr. Marcos Antonio Orsini Neves, Universidade de Vassouras. Doutor pela Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil.

Vassouras
2018

C2538p Carvalho, Ricardo Furtado de
Perfil nosológico dos pacientes acometidos por doença renal crônica,
acompanhados no Serviço Ubaense de Nefrologia/INAF de Ubá, Polo
microrregional de saúde na Zona da Mata de Minas Gerais / Ricardo Furtado
de Carvalho. - Vassouras, 2018.
ix , 36 f. : il. ; 29,7 cm.

Orientador: Filipe Moreira de Andrade. Coorientador: Marcos Antonio
Orsini Neves.

Dissertação (Mestrado) - Ciências Aplicadas em Saúde, Universidade de
Vassouras, 2018.

Inclui bibliografias e anexos.

1. Ciências médicas. 2. Educação. 3. Saúde. 4. Diabetes. 5. Hipertensão. 6.
Insuficiência renal crônica. I. Andrade, Filipe Moreira de. II. Neves, Marco
Antonio Orsini. III. Universidade de Vassouras. IV. Título.

CDD 610

Vera Lucia Nogueira de Paula

Bibliotecária CRB-7 -



DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a meus familiares, que souberam dar-me tempo, paz e tranquilidade para mais este desafio; e a Deus, que me deu inteligência e fé para executá-lo.

AGRADECIMENTOS

À Universidade de Vassouras, por ter me acolhido entre seus mestrandos, possibilitando-me este momento.

Ao meu orientador, Professor Filipe Moreira de Andrade, pelos ensinamentos seguros e pelo permanente estímulo no decorrer deste trabalho.

Ao Professor Jorge de Assis Costa, que esteve sempre do meu lado, na coleta de dados, nos estudos e discussões sobre o assunto.

Aos companheiros do Instituto de Nefrologia Antônio Frederico Ozanam/INAF, por doarem seu tempo viabilizando os serviços assistenciais daquela instituição que serviram de base aos trabalhos aqui desenvolvidos.

À Faculdade de Medicina/FAGOC, meu novo sonho, onde tudo isso se insere.

*E a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho: **muito obrigado!***

EPÍGRAFE

CONSOLO NA PRAIA

Vamos, não chores.
A infância está perdida.
A mocidade está perdida.
Mas a vida não se perdeu.

O primeiro amor passou.
O segundo amor passou.
O terceiro amor passou.
Mas o coração continua.

Perdeste o melhor amigo.
Não tentaste qualquer viagem.
Não possuis carro, navio, terra.
Mas tens um cão.

Algumas palavras duras,
em voz mansa, te golpearam.
Nunca, nunca cicatrizam.
Mas, e o humour?

A injustiça não se resolve.
À sombra do mundo errado
murmuraste um protesto tímido.
Mas virão outros.

Tudo somado, devias
precipitar-te, de vez, nas águas.
Estás nu na areia, no vento...
Dorme, meu filho.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Introdução: A doença renal crônica (DRC) tornou-se um problema de saúde pública, dada sua alta prevalência. As múltiplas causas e inúmeras comorbidades podem ser consideradas de forma concorrente para essa alta incidência e evolução desfavorável. **Objetivo:** Delinear o perfil nosológico de pacientes com DRC acompanhados no Instituto Antônio Frederico Ozanam/INAF, em Ubá-MG. **Metodologia:** Com este trabalho técnico-científico, buscou-se: conhecer o perfil nosológico e sociológico da população atendida; traçar estratégias que visem melhorar o prognóstico da doença; disseminar o conhecimento acerca dos fatores predisponentes e agravantes. **Resultados e discussão:** Buscaram-se formas de melhorar o entendimento da doença por meio de dois produtos técnicos: 1) 01 folder explicativo, para esclarecer dúvidas dos pacientes atendidos no INAF quanto aos cuidados com a doença; 2) 01 folder de orientação aos médicos da atenção básica sobre como diagnosticar, referenciar e tratar a DRC, além de cuidados no caso de situações emergenciais dialíticas. Também foi desenvolvido um fluxograma de manejo do paciente renal, com o objetivo de difundir informações sobre a necessidade de cuidados em torno da doença. Foram apresentados em congressos dois resumos científicos e desenvolvidos e um artigo científico sobre a temática. **Conclusão:** Os resultados demonstram baixa escolaridade e íntima relação entre HAS, DM e DRC. Mudanças comportamentais tornam-se primordiais para reduzir a progressão de doenças crônicas não transmissíveis e óbitos precoces, assim como o desfecho final da DRC, impondo a necessidade de terapia renal substitutiva (TRS). Políticas governamentais que priorizem a melhoria do IDH e busquem garantir uma rede de assistência de acesso igualitário regionalizada, hierarquizada e integral também são indispensáveis.

Palavras-chave: Educação em saúde; Diabetes *mellitus*; Hipertensão arterial; Doença renal crônica.

ABSTRACT

Introduction: Chronic kidney disease has become a public health problem, given its high prevalence. The multiple causes and numerous comorbidities can be considered concurrently for this high incidence and unfavorable evolution. **Objective:** To outline the health profile of patients with chronic kidney disease at the Antônio Frederico Ozanam Institute / INAF, in Uba-MG. **Methodology:** With this technical-scientific work, we sought to know the nosological and sociological profile of the population served; to devise strategies to improve the prognosis of the disease; disseminate knowledge about predisposing and aggravating factors. **Results and discussion:** We searched for ways to improve the understanding of the disease through two technical products: 1) 01 explanatory folder, to clarify doubts of the patients attending the INAF regarding care with the disease; 2) 01 guidance folder for primary care physicians on how to diagnose, refer and treat chronic kidney disease, and care in the case of dialysis emergency situations. A flowchart of renal patient management was also developed, with the purpose of disseminating information about the need for care around the disease. Two scientific abstracts were presented at conferences and one scientific paper on the subject were developed. **Conclusion:** The results demonstrate a low level of schooling and an intimate relationship between systemic arterial hypertension, DM and chronic kidney disease. Behavioral changes become paramount to reduce the progression of chronic noncommunicable diseases and early deaths, as well as the final outcome of chronic kidney disease, imposing the need for renal replacement therapy. Government policies that prioritize the improvement of the Index of Urban Development and seek to ensure a regionalized, hierarchical and integral egalitarian access assistance network are also indispensable.

Keywords: Health education; Diabetes mellitus; Arterial hypertension; Chronic kidney disease.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	OBJETIVOS.....	3
3	DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PRODUTO.....	4
4	POSSÍVEIS APLICABILIDADES DO PRODUTO.....	5
5	CONCLUSÃO.....	7
6	REFERÊNCIAS.....	8
	APÊNDICES.....	9
	Apêndice 1 - Folder explicativo para pacientes atendidos.....	9
	Apêndice 2 - Folder explicativo para profissionais da saúde.....	10
	Apêndice 3 - Fluxograma de Manejo do paciente atendido no centro de hemodiálise de Ubá-MG.....	11
	Apêndice 4 - Trabalhos Científicos.....	17
	Apêndice 4.1 - Resumo Apresentado 1.....	17
	Apêndice 4.2 - Resumo Apresentado 2.....	18
	Apêndice 4.3 - Artigo Científico 1.....	19
	ANEXOS.....	20
	Anexo 1 - Ata de Apresentação no Conselho Municipal de Saúde de Ubá.....	20
	Anexo 2 - Fotos da apresentação dos folders no Conselho Municipal de Ubá.....	21
	Anexo 3 - Fotos da entrega dos folders ao Diretor Regional de Saúde de Ubá.....	22
	Anexo 4 - Declarações de aceite da Gerência Regional de Saúde.....	23
	Anexo 5 - Declaração de aceite do SUN.....	24
	Anexo 6 - Declaração de aceite da FAGOC.....	25
	Anexo 7 - Declaração de aceite do HSVP.....	26
	Anexo 8 – Certificado de apresentação de Pôster - SABINCOR.....	27

1. INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) tem atingido proporções epidêmicas. A hipertensão arterial sistêmica (HAS), a aterosclerose sistêmica, o diabetes *mellitus* (DM), as glomerulonefrites crônicas (GNC) e a doença renal policística do adulto constituem as principais causas de DRC em nosso meio (Almeida *et al.*, 2015; SBN, 2016). Embora os critérios para diagnóstico de DRC estejam agora bem mais claros, a proporção de pacientes com DRC em estágio avançado, vista pela primeira vez por nefrologistas imediatamente antes do início da terapia renal substitutiva (TRS), ainda é alta, levando à morbidade e à mortalidade, que poderiam ser evitadas com estratégias específicas de abordagem ao paciente com DRC (Sesso, Lopes, Thomé *et al.*, 2009). Estima-se que apenas 54% de pacientes que possuam DRC cheguem a ser assistidos por TRS e 50% morram antes de receber qualquer tratamento, considerando os dados de prevalência e incidência do censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (Sesso, 2016). Esse problema pode ser atribuído a fatores mórbidos intrínsecos ao paciente, bem como a fatores externos como a desarticulação do serviço de saúde e comorbidades como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes *mellitus* (DM). Em estudo recente, Couser *et al.* (2011) alertam que doenças degenerativas têm substituído as doenças transmissíveis como principais causas de morbimortalidade em países de média e baixa renda (Couser, Remuzzi, Mendes *et al.*, 2011).

A disfunção renal relacionada ao diabetes, descrita como nefropatia diabética, é multifatorial. Os fatores mais importantes são: genéticos, ambientais, metabólicos e hemodinâmicos, que, atuando em conjunto, promovem o enfraquecimento da membrana basal glomerular, a expansão da matriz mesangial, a diminuição do número de podócitos, glomeruloesclerose e fibrose tubulointersticial (Amodeo, 2008). Já a disfunção renal relacionada à HAS contribui aumentando a pressão hidrostática intraluminal e o desenvolvimento de nefrosclerose induzida por lesão e espessamento endotelial (Amodeo, 2008).

A detecção precoce de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de caráter degenerativo é de extrema importância, uma vez que contribui para promover o aumento da prevalência de DRC. Fatores socioambientais, como tabagismo, obesidade, sedentarismo, baixa escolaridade, dificuldade de acesso à rede de assistência, têm sido apontados como fatores de agravamento na progressão da DRC (Murussi *et al.*, 2008), tornando-se evidentemente importante a busca por mais informações sobre esse assunto. Dessa forma, faz-se necessária a construção do perfil nosológico e socioeconômico dos pacientes com DRC

atendidos no município Ubá-MG, tendo em vista caracterizar os pacientes dessa região a fim de otimizar recursos e poder atuar de forma mais efetiva em estratégias locais de prevenção.

O estudo aqui desenvolvido contribui com a análise de dados obtidos pela metodologia proposta a fim de detectar comorbidades como HAS e DM2, fatores agravantes ambientais e socioeconômicos como escolaridade, gênero, raça, renda e idade associadas ao paciente com DRC e, dessa forma, direcionar o planejamento em saúde pública numa perspectiva assistencial, com a racionalização dos recursos disponíveis, visando à diminuição dos impactos econômicos negativos desse conjunto nosológico no sistema único de saúde e na seguridade social.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Delinear o perfil nosológico dos pacientes portadores de DRC acompanhados no Instituto de Nefrologia Antônio Frederico Ozanam/INAF na cidade de Ubá-MG.

2.2 Específicos

- Pesquisar o número de pacientes do INAF portadores de diabetes e hipertensão.
- Traçar perfil do paciente quanto a gênero, idade, raça, renda e escolaridade.
- Identificar se há relação entre hipertensos e diabéticos com doença renal.
- Comparar o número de portadores de Diabetes e Hipertensão com doença renal pesquisado em Ubá com os dados nacionais.
- Estabelecer fluxograma para orientar o planejamento da rede de assistência ao paciente com DRC atendido pelo SUS no município de Ubá.
- Criar folders com textos que orientem os pacientes da rede assistencial do SUS quanto à prevenção da DRC, orientando sobre os cuidados terapêuticos e preventivos das principais causas nosológicas e fatores agravantes da DRC.
- Criar folder orientado os profissionais de saúde quanto ao manejo dos pacientes com DRC assistidos na rede assistencial do SUS no município de Ubá e microrregião.

3. DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PRODUTO

Trata-se de um trabalho técnico científico, no qual buscou-se primeiro conhecer a clientela atendida para, em segundo plano, traçar estratégias que visem melhorar o prognóstico da doença e disseminar o conhecimento acerca dos fatores predisponentes e agravantes dessa enfermidade

Com esse intuito, segue abaixo a descrição dos produtos/trabalhos desenvolvidos:

1) 01 folder explicativo com objetivo de esclarecer dúvidas dos pacientes atendidos no INAF quanto aos cuidados preconizados para se evitar a progressão da DRC (Apêndice 01).

2) 01 folder com objetivo de esclarecer as dúvidas de profissionais de saúde principalmente médicos da atenção básica de como diagnosticar, referenciar e tratar a DRC, além de cuidados no caso de situações emergenciais dialíticas (Apêndice 02).

3) Com objetivo de melhorar o fluxo de atendimento do INAF, foi confeccionado 01 fluxograma e um protocolo de atendimento multidisciplinar que poderá futuramente ser utilizado por outras unidades de assistência especializada com o mesmo perfil do INAF (Apêndice 03).

4) Trabalhos científicos (Apêndice 04), formam apresentados 02 resumos científicos em congressos, além de um artigo científico publicado sobre a temática, com intuito de trazer à tona mais informações para a comunidade acadêmica sobre os fatores envolvidos no desfecho da DRC.

4. POSSÍVEIS APLICABILIDADES DOS PRODUTOS

A realização deste estudo visou à obtenção de estratégias a serem utilizadas para a prevenção da morbimortalidade precoce de pacientes com DRC causada pela multifatorialidade etiológica e pelos múltiplos fatores agravantes, como os socioeconômicos e os ambientais. Com esse intuito, foram desenvolvidos 04 produtos, objetivando minimizar os efeitos adversos das condições supracitadas:

1) Folder para o paciente (Apêndice 01) - Levantamento da condição psicossocial dos pacientes em tratamento no serviço ubaense de nefrologia pela equipe multidisciplinar revelou que quase 65% dos pacientes possuem primeiro grau incompleto, sendo analfabetos funcionais, e quase 30% possuíam histórico de DRC na família; os mais citados foram pais, irmãos e tios. Recentes estudos (IOM, 2009; Almeida, 2010) sobre letramento em saúde mostram que, mesmo em países desenvolvidos, a grande maioria dos pacientes não compreende perfeitamente as ordens médicas e os medicamentos prescritos, nove entre dez adultos norte-americanos encontram dificuldades para prevenir doenças e gerir a própria saúde devido à falta de letramento em saúde (IOM, 2009). Dessa forma, minimizar essa dificuldade pode influir de maneira impactante nos resultados da assistência prestada aos pacientes renais crônicos pré-dialíticos da nossa instituição. Este folder de apoio ao paciente foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde em 12 de junho de 2018, sendo registrado em Ata (Apêndice 01) e fotos (Anexo 02). A Diretoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES), localizada em Ubá, coordenou a distribuição dos folders nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e nas Equipes de Saúde da Família (ESFs), em atenção aos usuários dos 21 municípios da Microrregião de Saúde de Ubá. Os pacientes têm o INAF como única referência de tratamento multidisciplinar para tratamento de DRC pré-dialítica. Foram distribuídos inicialmente 2000 folders, e o INAF manterá um sistema de distribuição permanente através da SES e a partir de sua sede (Anexo 3).

2) Folder para o médico (Apêndice 02) - A massa de informações científicas que atinge os médicos do sistema assistencial do SUS é anárquica e desprovida de direcionamento específico para as necessidades dessa clientela. Visando contribuir de maneira efetiva para a resolução – ou melhor, na atenuação desse entrave –, foi elaborado o segundo produto deste estudo: um folder dirigido aos médicos das UBS e ESFs, dos serviços de urgências e de atendimento especializado. O folder foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde, e sua aprovação pela Assembleia foi registrada em ata (Anexo 01). A distribuição foi também organizada pela Diretoria Regional de Saúde da SES – MG, no município de Ubá, em atenção

aos médicos das UBS, EFS e serviços especializados que compõem a rede assistencial do SUS nessa microrregião de saúde (Anexo 03). Além de selecionar recomendações clínicas com robustas evidências, o folder, de maneira sucinta, esclarece ao profissional de saúde qual paciente deve ser encaminhado à atenção secundária em Nefrologia, assim como os mecanismos para fazê-lo e a forma de manter, de maneira sustentada, uma orientação matriciada a partir do INAF.

3) Fluxograma e Protocolo de Atendimento no Centro de Hemodiálise de Ubá-MG (Apêndice 03) - Este produto foi elaborado com o viés de permitir uma visualização diagramática do processo assistencial, hierarquizado e regionalizado da rede assistencial do SUS na microrregião de saúde de Ubá, com referência à atenção especializada ao paciente com DRC nos cinco níveis clínicos em que são classificados. Este instrumento pode ser especialmente eficaz no planejamento das ações de saúde que visem esses objetivos, e foi apresentado a quatro instituições que participam desse processo, as quais aprovaram os objetivos propostos, conforme declarações de aceite (Anexos 04, 05, 06 e 07).

4) Aplicabilidade dos trabalhos apresentados e dos artigos científicos (Apêndice 04).

O quarto produto (produto científico) abrange 04 trabalhos, a saber:

4.1. Trabalho apresentado, em forma de resumo, no 15º Congresso de Cardiologia – SABINCOR.

4.2. Trabalho apresentado na 1º Mostra Científica da Universidade de Vassouras.

4.3. Artigo Científico Publicado na Revista Científica de Saúde – FACOG. Título: “Prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* em portadores de doença renal crônica em tratamento conversador do Serviço Ubaense de Nefrologia”.

Esses trabalhos científicos (Apêndice 04) decorrem de estudos observacionais desenvolvidos com os pacientes do INAF pela equipe multidisciplinar para o desenvolvimento desses trabalhos, sob a coordenação do mestrando.

4 CONCLUSÃO

A incidência da DRC tem tomado caráter epidêmico nos últimos anos nos países em desenvolvimento, confirmando a tendência de prevalência cada vez maior das DCNT nessas populações. Dentre os pacientes acometidos de DRC, cerca de 50% morrem antes de serem atendidos por qualquer forma de TRS. Aqueles que têm acesso a alguma forma de assistência revela um perfil socioeconômico e cultural compatível com baixo IDH dos países em desenvolvimento, e a assistência prestada a essa população faz-se através de uma rede fragmentada, sem equidade de acesso e com diferentes níveis de resolutividade em cada nível de complexidade.

O atendimento adequado por especialistas é dificultado pelo alto custo necessário para garanti-lo; pacientes desassistidos são em grande maioria diabéticos e hipertensos e acabam demandando atenção acumulativa em serviços de urgência, o que poderia ser evitado com práticas racionais.

Tentando interferir nessa realidade, este estudo apresentou 04 produtos que podem ser úteis no enfrentamento dos problemas acima descritos. O *fluxograma de manejo do paciente renal crônico* pode servir de base para uma programação de rede assistencial regionalizada e hierarquizada, estruturada com referência e contra referência, incluindo o matriciamento dos profissionais da rede básica por especialistas. O *folder para os usuários* facilita a compreensão dos processos e das comorbidades envolvidas no desenvolvimento da DRC, especificando medidas preventivas e terapêuticas para deter a progressão acelerada da DRC. O *folder para o médico da atenção primária* esclarece pontos cruciais do diagnóstico e do acompanhamento da DRC que facilitam a sua atuação perante os pacientes acometidos. Os *trabalhos científicos* desenvolvidos a partir de estudos observacionais da atividade assistencial produzida pela equipe multidisciplinar do INAF, em conjunto com o SUN, oferecem robustos substratos para o entendimento e a avaliação de resultados desses processos assistenciais.

Em conjunto, os produtos desenvolvidos por este estudo de mestrado pretendem contribuir para a ampliação, a qualificação e a sistematização da atenção ao paciente com doença renal crônica, estabelecendo novos paradigmas, aumentando o número de pacientes que iniciem a TRS com assistência prévia de médico nefrologista e diminuindo as complicações da DRC que impactam a atenção dos serviços de urgência, seja pelas complicações cardiovasculares da HAS e DM, seja pelas complicações da uremia em pacientes não assistidos com rede de atenção específica para DRC.

5 REFERÊNCIAS

Almeida AF, Serafino GC, Luz AB. Agregação familiar da doença renal crônica secundária à hipertensão arterial ou diabetes mellitus: estudo caso-controle. *Cienc. Saúde Coletiva* 2015; 20(2): 471-478.

Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*, 2010; 26(12):2234-49.

Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, Tonelli M. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. 2011; 80(12):1258-70.

Institute of Medicine (IOM). Measures of health literacy: workshop summary. Washington (DC): The National Academies Press; 2009.

Murussi M, Nádia M, Nicole CPN, Pinho SS. Detecção Precoce da Nefropatia Diabética. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2008;52(3): 442-451.

Sesso R. Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção. Out. 2016. (acesso em jan. 2018). Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/ircprof.htm>.

Sociedade Brasileira de Nefrologia (2016). Dia Mundial do Rim 2016. Maio 2016. (acesso em jan. 2018). Disponível em: <http://sbn.org.br/dia-mundial-do-rim/>.

APÊNDICES

Apêndice 1

DESCRIÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO: folder explicativo com objetivo de esclarecer dúvidas dos pacientes atendidos no INAF e em outras unidades de saúde, quanto aos cuidados preconizados para se evitar a progressão da DRC.

<h3>TRATAMENTO</h3> <p>O tratamento compreende três conjuntos de medidas¹:</p> <p>Não medicamentosa: plano alimentar; plano de atividade física.</p> <p>Medicamentosa: tratamento clínico sob orientação médica.</p> <p>Caso essas medidas não sejam aplicadas o paciente evoluirá para a terceira forma de tratamento, terapia renal substitutiva: diálise peritoneal; hemodiálise; transplante renal.</p> 	<h3>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</h3> <ol style="list-style-type: none">1. CAMPOLINA, ALESSANDRO GONÇALVES et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, jun. 2013, p. 1217-1229.2. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes – São Paulo: AC Farmacêutica, 2013, 358p.3. Sociedade Brasileira de Nefrologia (2016). Dia Mundial do Rim 2016. Disponível em http://sbn.org.br/dia-mundial-do-rim/ Acesso em março de 2016. <h3>ORGANIZAÇÃO</h3> <p>Ricardo Furtado de Carvalho Aluno do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde Universidade de Vassouras - RJ</p> <p>Jorge de Assis Costa Doutor em Ciência da Nutrição Universidade Federal de Viçosa - MG</p> <p>Filipe Moreira de Andrade Cirurgião do Trauma CRMMG 58290 Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde Universidade de Vassouras - RJ</p> <p>Instituto de Nefrologia Antônio Frederico Ozanam - Ubá-MG Faculdade Governador Ozanam Coelho - Ubá-MG Universidade de Vassouras - RJ</p> <p><small>Sociedade Gráfica 3037 8708</small></p>	<h3>PACIENTE</h3> <h2>INSTITUTO DE NEFROLOGIA ANTÔNIO FREDERICO OZANAM</h2> <h3>PROGRAMA DE APOIO AO PACIENTE RENAL</h3> <h2>APRENDA A CONVIVER COM A DOENÇA RENAL</h2> <p>Conhecimentos sobre a doença renal crônica</p>  <p>Programa de Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde Universidade de Vassouras - RJ</p>
<h3>PARA QUE SERVEM NOSSOS RINS?</h3> <p>O equilíbrio da química interna e metabolismo do nosso organismo e do sistema cardiovascular se deve em grande parte ao trabalho ativo dos rins:</p> <ul style="list-style-type: none">• eliminação de toxinas do sangue por um sistema de filtração;• regulação da formação do sangue e dos ossos;• regulação da pressão sanguínea;• controle do delicado balanço químico e da concentração dos líquidos corporais. 	<h3>CONHECENDO A DOENÇA RENAL CRÔNICA</h3> <h4>O QUE PODE FAVORECER O APARECIMENTO DA DOENÇA RENAL?</h4> <p>Seu início, em geral, requer associação dos fatores genéticos com fatores ambientais e com o estilo de vida. Entre os mais conhecidos, encontramos a obesidade, o sedentarismo, as infecções, o tabagismo, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e outras doenças inflamatórias degenerativas sistêmicas (lúpus e outras doenças reumáticas) ou próprias do rim (glomerulonefrites)¹</p> <h4>COMO AS DOENÇAS RENAIIS PODEM SE MANIFESTAR?</h4> <ul style="list-style-type: none">• Pressão alta• Inchaço ao redor dos olhos e nas pernas• Fraqueza constante• Náuseas e vômitos frequentes• Dificuldade de urinar• Queimação ou dor quando urina• Urinar muitas vezes, principalmente à noite• Urina com aspecto sanguinolento• Urina espumosa• História de pedras nos rins• Anemia de difícil controle• Dores ósseas	<h3>CUIDADOS</h3> <h4>COMO PREVENIR A DRC?</h4> <p>Seguir as oito regras de ouro é um bom início para a prevenção da DRC:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mantenha-se em forma e pratique atividade física regularmente.2. Controle o nível de açúcar no sangue (glicemia) para evitar o diabetes.3. Monitore sua pressão arterial.4. Mantenha sua alimentação saudável e evite o sobrepeso.5. Mantenha-se hidratado, tomando líquidos não alcóolicos sendo no mínimo 30ml de líquido para cada quilo de peso do indivíduo.6. Não fume.7. Não tome remédios sem orientação médica.8. Consulte um médico regularmente para verificar a situação dos seus rins, sendo que, as pessoas com doença renal grave na família, após os 30 anos, devem consultar o médico ao menos uma vez por ano. Pessoas sem história familiar devem fazer o mesmo, após os 50 anos. Nestas ocasiões fazer pelo menos um exame de hemograma, creatinina, ácido úrico, rotina de urina se não possuir nenhuma doença manifesta em tratamento.

Apêndice 2

DESCRIÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO: folder com objetivo de esclarecer as dúvidas de profissionais de saúde, principalmente médicos da atenção básica, sobre como diagnosticar, referenciar e tratar a DRC, além de cuidados no caso de situações emergenciais dialíticas.

PORQUE DIAGNOSTICAR PRECOZEMENTE A DRC?

Trabalhos recentes mostram a inversão epidemiológica das causas de morte nos países em desenvolvimento. A hipertensão, a obesidade, o tabagismo, o diabetes e a senilidade tornam-se cada vez mais prevalentes nos pacientes que procuram assistência médica¹.

A grande maioria destes pacientes já possui algum grau de doença renal crônica de tal forma que 50% deles morrem antes de iniciarem alguma forma de terapia renal substitutiva (TRS)².

Dos pacientes que chegam a TRS cerca de 2/3 não tiveram consulta com nefrologista³. Pacientes tratados por nefrologistas antes da fase dialítica tem maior sobrevida e melhor desempenho clínico durante a TRS³.

COMO DIAGNOSTICAR A DRC?

Pacientes com mais de 50 anos ou com mais de 30 anos com histórico de DRC na família, pacientes hipertensos, obesos, diabéticos, tabagistas e outras doenças crônicas degenerativas devem ser pesquisados quanto à presença de DRC.

Esta pesquisa pode ser rotineira devido ao seu baixo custo, sendo necessários como triagem apenas os seguintes exames: EAS, hemograma, creatinina e ácido úrico séricos.

- EAS: alterações na densidade urinária, presença de hematuria, presença de proteinúria e presença de piúria já indicam a necessidade de pelo menos uma primeira consulta com nefrologista e este paciente terá doença renal nível I ou II.
- A anemia pode ser uma manifestação clínica presente na DRC.
- Creatinina sérica: A creatinina sérica mesmo de forma isolada é o melhor marcador de função renal. Alterações na taxa de creatinina sérica indicam que o paciente terá DRC nível III, IV ou V.
- Ácido úrico: Taxa alterada de ácido úrico é um importante preditor de evolução desfavorável da DRC.

Com estes simples exames de rotina de baixo custo podemos diagnosticar e classificar o nível da DRC e sua severidade².

MANEJO DO PACIENTE COM DRC NO SUS NA MICRORREGIÃO DE UBÁ

Os pacientes da rede básica submetidos, identificados com diagnóstico de DRC na rede básica devem ser manejados de acordo com o fluxograma abaixo:

Fluxograma de manejo do paciente renal crônico na rede assistencial do SUS na microrregião de Ubá - MG

IDENTIFICAÇÃO DAS URGÊNCIAS DIALÍTICAS

Muitos pacientes são atendidos nas unidades de urgência com quadro clínico que caracteriza urgência dialítica:

- náuseas; vômitos; diarreia; cefaleia são sinais e sintomas de intoxicação urêmica;
- hipertensão severa, anasarca, edema palpebral, edema agudo de pulmão são manifestações clínicas compatíveis com urgência dialítica por hipervolemia.
- dores musculares, astenia, bradicardia são sinais e sintomas indicativos de distúrbios hidroeletrólíticos (acidose, hiperpotassemia) que podem indicar urgência dialítica. A instabilidade tensional do sistema cardiovascular mesmo em paciente supervisionado por nefrologista é um determinante clínico importante na indicação de TRS.

Diante das evidências clínicas acima descritas devem ser realizados raio-x de tórax; dosagem de ureia, creatinina e potássio; eletrocardiograma, hemograma e gasometria arterial ou venosa e tempo de protombina-RNI. A presença de um ou mais dos seguintes achados nos exames citados são indicativos de urgência dialítica: ureia >250 mg/dL; creatinina >8 mg/dL; potássio >6,5 mmol/L e bicarbonato < 18 mmol/L. Em todos estes casos o paciente deve ser transferido para UTI e comunicado ao nefrologista. Modernamente o ultrassom point of care tem substituído com vantagem o raio-x de tórax no diagnóstico de hipervolemia com diminuição acentuada do risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, Tonelli M. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. 2011; 80(12):1258-70.
- Gomes MB, Bregman R, Mastroianni GK. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. Rev Assoc Med Bras 2010; 56(2):248-53.
- Sociedade Brasileira de Nefrologia (2016). Dia Mundial do Rim 2016. Disponível em <http://sbn.org.br/dia-mundial-do-rim/> Acesso em março de 2016.
- Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Santos DR. Relatório do censo brasileiro de diálise de 2010. J Bras Nefrol. 2011;33(4):442-7.

MÉDICO

INSTITUTO DE NEFROLOGIA ANTÔNIO FREDERICO OZANAM

PROGRAMA DE APOIO AO PACIENTE RENAL

MANEJO DO PACIENTE RENAL CRÔNICO

Rede assistencial do SUS de Ubá e microrregião

Programa de Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde Universidade de Vassouras - RJ

ORGANIZAÇÃO

Ricardo Furtado de Carvalho
Aluno do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde Universidade de Vassouras - RJ

Jorge de Assis Costa
Doutor em Ciência da Nutrição Universidade Federal de Viçosa - MG

Filipe Moreira de Andrade
Cirurgião do Trauma CRM/MG 58290 Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde Universidade de Vassouras - RJ

Instituto de Nefrologia Antônio Frederico Ozanam - Ubá-MG

Faculdade Governador Ozanam Coelho - Ubá-MG

Universidade de Vassouras - RJ

Smilua Gráfica / J-3031878

Apêndice 3

Fluxograma de Manejo do paciente atendido no Centro de Hemodiálise de Ubá-MG

Contextualização

Recentemente, em diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2014), observou-se um fluxograma para atendimento aos pacientes com doença renal crônica (DRC) em unidades especializadas dentro da rede assistencial do SUS, porém essa rede ainda não foi implantada pelo Ministério da Saúde.

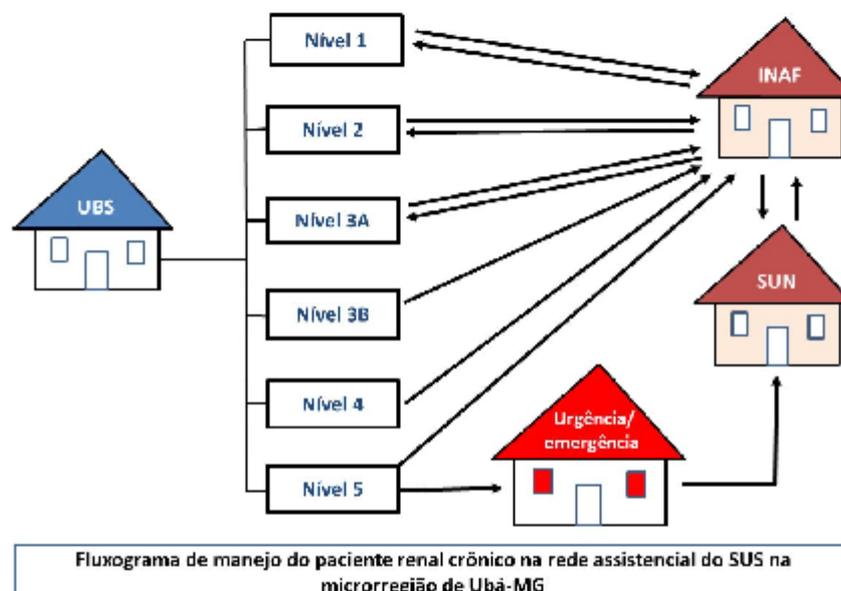
Contudo, existem no Brasil, principalmente no terceiro setor, inúmeras experiências exitosas desenvolvidas com esse intuito. No presente estudo, estaremos considerando o atendimento de uma dessas unidades, a qual desenvolve um protocolo de atenção diverso daquele das diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC no Sistema Único de Saúde (SUS) (MS, 2014), e com resultados extremamente promissores.

O Sistema Único de Saúde do Brasil preconiza que as políticas relacionadas à assistência à saúde sejam hierarquizadas e respeitem as diferenças e peculiaridades regionais, visando à maior adequação do sistema à realidade da população. Desse modo, desenvolveu-se um fluxograma regional para os pacientes com diagnóstico ou sob risco de DRC para aplicação na Microrregião de Saúde de Ubá-MG, podendo ser reproduzido em outros locais que apresentem a mesma configuração do sistema. Ressalta-se que esse fluxograma não apresenta conflitos com as diretrizes do MS, sendo uma adaptação delas.

Torna-se importante salientar que a região de Saúde onde este trabalho se desenvolve apresenta inúmeros entraves no planejamento e na resolutividade da rede assistencial do SUS. Esses entraves são caracterizados ora por falta de recursos financeiros e humanos, ora pela ausência de serviços básicos e/ou especializados que lhe permitam a resolutividade e a acessibilidade necessárias para a demanda existente. O uso do rigor acadêmico e científico na elaboração deste fluxograma constituiu-se em uma singular oportunidade propiciada pelo curso de Mestrado Profissional da Universidade de Vassouras. Tal estratégia permitiu a qualificação e a adequada inserção dos processos assistenciais observados na rede assistencial do SUS, acompanhada ainda da identificação de entraves socioculturais, de produção científica pertinente à sua resolução.

Descrição do protocolo de atendimento

Análise descritiva do protocolo de atendimento ao paciente com DRC desenvolvido no Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras, em conjunto com a Associação Filantrópica Instituto de Nefrologia Antônio Frederico Ozanam-INAFA, o Serviço Ubaense de Nefrologia e a Faculdade Governador Ozanam Coelho (Ubá-MG). Esse protocolo é utilizado na rede assistencial do SUS da Microrregião de Saúde de Ubá-MG.



Níveis 1 e 2 = referenciados da AB são atendidos e retornam para AB sob matriciamento. Periodicidade anual.

Nível 3A = Atendimento no INAF com atendimento multidisciplinar. Periodicidade semestral.

Níveis 3B e 4 = Atendimento multidisciplinar na unidade de referência INAF. Periodicidade trimestral.

Nível 5 = Atendimento multidisciplinar na unidade de referência INAF. Periodicidade mensal. Preparação para TRS com escolha da modalidade terapêutica.

1. Hemodiálise
2. Diálise peritoneal ambulatorial crônica
3. Transplante pro-emptivo (doador vivo)

Após a escolha da modalidade terapêutica, é feita a confecção do acesso para TRS.

Início da TRS

TFG<10 associado a uremia, hipervolemia, hiperpotassemia, acidose severa e instabilidade hemodinâmica com perda do controle terapêutico da pressão arterial.

OBS: Condições de reingresso

Perda do transplante renal total ou parcialmente (Retorno aos níveis 4, 3A e 3B).

Recuperação da função renal com suspensão da TRS (Retorno aos níveis 4, 3A e 3B).

DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Na descrição do processo de atendimento do paciente renal crônico pela unidade de tratamento especializado em nefrologia multidisciplinar do Instituto de Nefrologia Antônio Frederico Ozanam (INAF) dentro da rede hierarquizada do SUS na microrregião de saúde de Ubá, são observados critérios pré-estabelecidos descritos no fluxograma acima. Antes de detalharmos os procedimentos desse fluxograma, passaremos a descrever a unidade especializada referenciada pela rede assistencial do SUS, onde esses cuidados são operados.

A unidade de atendimento especializado é uma Associação Filantrópica que funciona há 10 anos no município de Ubá e que, a partir de 2008, passou a integrar a rede assistencial do SUS, obtendo em 2013 o título de filantropia pelo Ministério da Saúde, através da portaria nº 0430 publicada no DOU em 23 de abril de 2013. Suas atividades são desenvolvidas voluntariamente por seus associados, que são membros da comunidade e profissionais de saúde do Serviço Ubaense de Nefrologia (SUN), único serviço credenciado para TRS na microrregião de saúde de Ubá.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

O Fluxograma foi desenvolvido a partir de trabalho realizado no Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras, em parceria com a Associação Filantrópica Instituto de Nefrologia Antônio Frederico Ozanam/INAF, o Serviço Ubaense de Nefrologia e a Faculdade Governador Ozanam Coelho (Ubá-MG). INAF é uma instituição filantrópica reconhecida pela portaria SAS/MS Nº 0430,

publicada no DOU em 23 de abril de 2013, que atua com doação de trabalho de seus associados.

Atendendo a cidade de Ubá e região, através de referências formais da policlínica regional de Ubá e consórcio intermunicipal de saúde da microrregião de Ubá e a demanda espontânea dos ambulatorios de urgência do município, atendendo um total de 20 municípios, com uma população estimada em cerca de 300.000 habitantes.

É importante salientar que, como o INAF se remete a inúmeros serviços em todos níveis da rede assistencial do SUS, não existe dificuldade institucional ou burocrática para o acesso dos pacientes ao serviço. Foi fundado em 15/5/1991 e presta atendimento multidisciplinar a cerca de 300 pacientes, em nefrologia, enfermagem, psicologia, nutrição e serviço social.

Os pacientes referenciados para o INAF a partir da rede assistencial do SUS da microrregião de saúde de Ubá são recebidos no ambulatório, onde é aberta uma ficha de atendimento multidisciplinar:

1) o atendimento inicia-se pelo serviço social, que faz a classificação social do paciente, organiza demandas emergenciais, quando existirem, e cadastra o paciente no serviço; após o atendimento pelo serviço social, o paciente é encaminhado para o atendimento de enfermagem.

2) o serviço de enfermagem classifica o risco do paciente e o nível da DRC e programa o primeiro atendimento médico, além de verificar o cartão de vacinas e programar a vacinação de hepatite B quando não tiver sido realizada.

3) O atendimento médico é feito por nefrologista, que realiza anamnese inicial, faz o exame clínico e, após as primeiras adequações terapêuticas, solicita os exames para classificação do nível da DRC, para avaliação das alterações funcionais e metabólicas do organismo e programação terapêutica. Sendo solicitados os seguintes exames: hemograma, creatinina sérica, ácido úrico, colesterol total e frações, eletroforese de proteínas, saturação da transferrina, cálcio sérico, fósforo, vitamina D, paratormônio, vitamina B12, TSH, glicemia de jejum, EAS, urocultura além de hemoglobina glicada para diabéticos. Imediatamente é marcado um primeiro retorno para o paciente, quando efetivamente é feita a classificação do nível da DRC. Os pacientes que apresentarem proteinúria e hematúria ao EAS realizam exame de relação proteína creatinina urinária e pesquisa de dismorfismo eritrocitário; em caso de ambos estarem positivos são

submetidos a exame propedêutico para glomeronefrite crônica, doenças reumáticas autoimunes e neoplásicas conforme o caso, incluindo se necessário a biópsia renal. Quando, no acompanhamento clínico, são detectadas doenças hematológicas reumáticas e oncológicas, há o acompanhamento concomitante pelos especialistas e serviços de referência do SUS. Pacientes do nível 3A e 3B recebem orientação dietética, adequação terapêutica aos medicamentos necessários ao seu tratamento, tendo por base as medicações disponíveis no programa Hiperdia do SUS, acrescentando-se a isso a reposição de vitamina D, B12, ferro (quando for o caso) e o controle hidroeletrólítico e hemodinâmico. Os pacientes diabéticos e com problemas urológicos são acompanhados concomitantemente pelos respectivos especialistas (endocrinologistas e urologistas) da Policlínica Regional do SUS. Os pacientes com alterações hemodinâmicas graves (arritmias cardíacas, angina *pectoris* e edema refratário são submetidos a raio-x de tórax, ecocardiograma e eletrocardiograma e são avaliados por referência e contra-referência pelo cardiologista da Policlínica Regional do SUS; quando necessário, são acompanhados concomitantemente por estes. Todos os pacientes são submetidos anualmente a ultrassonografia abdominal total. Os de nível 3A e 3B permanecem em atendimento pelo serviço de nefrologia e enfermagem, com retornos a cada 03 meses, quando são revistas as condições clínicas e laboratoriais supracitadas. Os pacientes que apresentarem nível 4 e 5 são encaminhados para os Serviços de Nutrição e Psicologia e, juntamente com o serviço de enfermagem, são instruídos para escolha da modalidade de TRS a ser futuramente implantada. Aqueles que optarem por TRS são encaminhados ao angiologista para confecção de fístula arteriovenosa quando atingem o nível 5.

4) O serviço de Nutrição recebe o paciente de nível 4 e 5 e ajusta a prescrição da dieta de acordo com as necessidades evidenciadas pelos exames laboratoriais e pelo nefrologista; passa a acompanhar o paciente mensalmente e encaminha-o para o serviço de Psicologia.

5) O serviço de Psicologia orienta o paciente para as novas necessidades oriundas da sua condição nosológica e as novas necessidades adaptativas perante as futuras terapêuticas a serem propostas em substituição à perda da função renal (acesso vascular, hemodiálise, diálise peritoneal, transplante).

Os pacientes dos níveis 4 e 5 recebem acompanhamento mensal de toda a equipe multidisciplinar. Dessa forma, algumas estratégias assistenciais diferenciam este fluxograma do proposto pelo MS para atenção especializada ao doente renal crônico:

- a) Inclusão no programa dos pacientes com DRC nível 3B.
- b) Periodicidade mensal para o atendimento no nível 4.
- c) Referências formais com ambulatórios de urgência através do plantão de 24 horas do SUN.

REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.: 37 p.: il.

Apêndice 4 – Trabalhos Científicos

Apêndice 4.1 – Resumo apresentado 1

CATEGORIA
NUTRIÇÃO

Apresentação Painei

Título: DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO CONSERVADOR DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBÁ-MG.

Apresentador: JORGE DE ASSIS COSTA

Autores: JORGE DE ASSIS COSTA; FELIPE CAMPOS SOARES; IGOR ANTUNES AGUIAR; NATÁLIA DE PAULA FURTADO DE CARVALHO; RICARDO FURTADO DE CARVALHO; WELLINGTON SEGHE TO; FRANCE ARAÚJO COELHO; MARIA AUGUSTA COUTINHO DE OLIVEIRA ANDRADE; GISELE APARECIDA FÓFANO; RAISSA DE ASSIS OLIVEIRA

Resumo:

INTRODUÇÃO: NO BRASIL A INCIDÊNCIA E A PREVALÊNCIA DA FALÊNCIA RENAL TEM AUMENTADO E ESTUDOS TEM MOSTRADO QUE A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS), DIABETES MELLITUS (DM) TIPO I OU II ESTÃO INTIMAMENTE RELACIONADOS COM A FUNÇÃO RENAL, PODENDO A HAS E DM SEREM A CAUSA DA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC). CONHECER O PERFIL DE DOENTES RENAI S QUANTO À DOENÇAS RELACIONADAS, É DE SUMA IMPORTÂNCIA PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA NUMA PERSPECTIVA ECONÔMICA, CONSIDERANDO OS CUSTOS MAIS ELEVADOS DO TRATAMENTO EM ESTÁGIOS MAIS AVANÇADOS DA DOENÇA.

OBJETIVOS: ANALISAR A PRESENÇA DE HAS E DM EM PACIENTES PORTADORES DE DRC EM TRATAMENTO CONSERVADOR E TRAÇAR O PERFIL DO PACIENTE QUANTO AO GÊNERO, IDADE, ESCOLARIDADE, E TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR.

METODOLOGIA: TRATOU-SE DE UM ESTUDO DO TIPO TRANSVERSAL RETROSPECTIVO, EM QUE FORAM ANALISADOS 115 PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES DO SERVIÇO UBAENSE DE NEFROLOGIA (SUN), ÚNICO SERVIÇO CREDENCIADO PARA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS) NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE UBÁ-MG. NO PERÍODO DE MARÇO A AGOSTO DE 2016.

RESULTADOS: DOS 115 PRONTUÁRIOS, 16 (26,6%) TINHAM DM E HAS ASSOCIADAS, 40 (66,6%) ERAM PORTADORES APENAS DE HAS, E 1 (1,6%) DE DM, SOMENTE 3 (5%) NÃO POSSUÍAM NENHUMA DESSAS MORBIDADES. QUANTO A TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR, 60 (52%) APRESENTAM-SE EM NÍVEL III, O QUE SIGNIFICA QUE OS RINS ESTAVAM ENTRE 30% E 59% DE FUNCIONAMENTO E 77 (67%) DESSES PACIENTES ESTAVAM NA FAIXA ETÁRIA ACIMA DE 60 ANOS, SENDO 58 HOMENS E 57 MULHERES, COM BAIXA ESCOLARIDADE (ZERO A 08 ANOS DE ESTUDO).

CONCLUSÃO: OS RESULTADOS OBTIDOS DEMONSTRAM BAIXA ESCOLARIDADE NA AMOSTRA ESTUDADA E UMA ÍNTIMA RELAÇÃO ENTRE HAS, DM E DRC O QUE CORROBORA COM OS RESULTADOS ENCONTRADOS EM OUTROS ESTUDOS. ESTRATÉGIAS QUE VISEM MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA ATRAVÉS DE MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS COMO HÁBITOS ALIMENTARES, PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA, EDUCAÇÃO EM SAÚDE SE TORNAM PRIMORDIAIS NESTA POPULAÇÃO, PARA REDUZIR A PROGRESSÃO DE DOENÇAS COMO A HAS, DM E DRC, PODENDO DIMINUIR O RISCO DE COMPLICAÇÕES E ÓBITOS PRECOCES.

Palavras-chave:

EDUCAÇÃO EM SAÚDE; DIABETES MELLITUS; HIPERTENSÃO ARTERIAL; DOENÇA RENAL CRÔNICA.

Apêndice 4.2 – Resumo apresentado 2



Fundação Educacional Severino Sombra

I AMOSTRA DE PRODUTOS TÉCNICOS DO MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS APLICADAS EM SAÚDE

“PERFIL DE SAÚDE DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA ACOMPANHADOS NO INSTITUTO ANTÔNIO FREDERICO OZANAM NA CIDADE DE UBÁ”

Ricardo Furtado de Carvalho*¹; Jorge de Assis Costa^{1,2}; Filipe Moreira de Andrade^{1,3};

«¹Faculdade de Medicina/FAGOC, Ubá, Minas Gerais, Brasil»

«²Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG), Barbacena, MG, Brasil»

«³Universidade de Vassouras, Vassouras, Minas Gerais, Brasil»

Introdução (background) Algumas doenças contribuem para o prognóstico desfavorável da doença renal crônica (DRC) assim como os hábitos de vida dos pacientes, tornando-se evidentemente importante a busca por mais informações sobre esse assunto. **Objetivos:** Delinear o perfil de saúde de pacientes portadores de DRC acompanhados no Instituto Antônio Frederico Ozanam na cidade de Ubá/MG. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo do tipo transversal retrospectivo, realizado com pacientes do Serviço Ubaense de Nefrologia (SUN) na cidade de Ubá. Todos os voluntários obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** Foram considerados elegíveis 72 voluntários, a idade média foi de 65,1±16,3, a grande maioria n=45 possuíam apenas o ensino incompleto, 53 eram aposentados, a renda per capita média inferior à um salário, quanto a raça 60% se autodeclararam pardos e negros. 54,2% possuíam hipertensão arterial (HAS), 4,2% diabetes mellitus (DM) e 36,1% HAS e DM associados à DRC. **Discussão:** Diante da falta de conhecimento sobre a doença, foram desenvolvidos dois produtos técnicos: 1) 01 folder explicativo com objetivo de esclarecer dúvidas dos pacientes atendidos no INAF quanto aos cuidados em torno da doença. 2) 01 folder com objetivo de orientar principalmente médicos da atenção básica de como diagnosticar, referenciar e tratar a DRC, além de cuidados no caso de situações emergenciais dialíticas. **Conclusão:** Os resultados obtidos demonstram baixa escolaridade na amostra estudada e uma íntima relação entre HAS, DM e DRC o que corrobora com outros estudos. Mudanças comportamentais como hábitos alimentares, prática de atividade física, educação em saúde se tornam primordiais nesta população, para reduzir à progressão de doenças crônicas não transmissíveis e óbitos precoces.

Palavras-chave: Educação em saúde¹; Diabetes mellitus²; Hipertensão arterial³; Doença renal crônica⁴.

Agradecimentos e/ou Apoio Financeiro: Agradecemos ao Instituto Antônio Frederico Ozanam (INAF) pelo apoio no desenvolvimento deste estudo.

USS
Universidade Severino Sombra
(24) 2471-8200

HUV
Hospital Universitário de Vassouras
(24) 2471-8100 / 2471-8124

CAP
Colégio São Fluminense de Araripe
(24) 2471-8351 / 2471-8352

CIS
Centro Integrado de Saúde
(24) 2471-3381 / 2471-8264

Praça Martinho Nobrega, 40 - Centro - Vassouras, RJ - 27700-000 - FONE: (24)2471-8200 / CNPJ: 32.410.037/0001-84 www.uss.br

Apêndice 4.3 - Artigo científico 1

Artigo Original

PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES *MELLITUS* EM PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO CONSERVADOR DO SERVIÇO UBAENSE DE NEFROLOGIA

PREVALENCE OF ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS IN CARRIERS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN TREATMENT CONSERVATOR OF THE UBAENSE NEPHROLOGIA SERVICE

Felipe Campos Soares ^{a*}
Igor Antunes Aguiar ^a
Natália de Paula Furtado de Carvalho ^a
Ricardo Furtado de Carvalho ^b
Ronaldo Afonso Torres ^b
Wellington Segheto ^b
France Araújo Coelho ^b
Maria Augusta Coutinho de Andrade Oliveira ^b
Filipe Moreira de Andrade ^b
Jorge de Assis Costa ^b

^a *Graduandos em Medicina - FAGOC/Ubá-MG*

^b *Professores da Faculdade de Medicina - FAGOC/Ubá-MG*

RESUMO

Introdução: A prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM) têm importante relevância na doença renal crônica (DRC), tendo, como perfil primário, mulheres com menor escolaridade. Dados epidemiológicos destacam que, em cerca de 63% dos casos de DRC, a HAS e o diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) estão presentes. **Objetivos:** Analisar a presença de HAS e DM2 em pacientes portadores de Doença Renal Crônica (DRC) em tratamento conservador e traçar o perfil epidemiológico da microrregião de saúde Ubá. **Metodologia:** Estudo transversal

* E-mail: felipesoares1968@live.com



retrospectivo, com análise de 115 prontuários do Serviço Ubaense de Nefrologia (SUN) entre março e agosto de 2017. **Resultados:** Dos 115 prontuários, 67% tinham HAS e/ou DM2. Quanto ao nível de filtração glomerular, 52% apresentavam-se em nível 3 e 67% desses pacientes estavam na faixa etária acima de 60 anos, sendo 58 homens e 57 mulheres. **Conclusão:** Estratégias que visem melhorar a qualidade de vida através de mudanças comportamentais pautadas em prevenção e promoção da saúde tornam-se primordiais nessa população, para reduzir a progressão da DRC, diminuindo o risco de complicações e óbitos precoces.

Palavras-chave: Insuficiência Renal. Diabetes. Hipertensão.

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of systemic arterial hypertension (SAH) and diabetes mellitus (DM), has a significant relevance in chronic kidney disease (CKD), with the primary profile of women with lower levels of schooling. Epidemiological data highlight that in approximately 63% of CKD cases, SAH and type 2 diabetes mellitus (DM2) are present. **Objectives:** To analyze the presence of SAH and DM2 in patients with Chronic Renal Disease (CKD) in conservative treatment and to trace the epidemiological profile of the Ubá health micro-region. **Methodology:** A retrospective cross-sectional study was carried out with an analysis of 115 medical records from the Ubaense Nephrology Service (SUN) between March and

Anexo 01

Ata de Apresentação no Conselho Municipal de Saúde de Ubá



CONSELHO
MUNICIPAL
DE SAÚDE
UBÁ - MINAS GERAIS



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBÁ-MINAS GERAIS

CRIADO PELO DECRETO Nº. 2.854 DE 23 DE OUTUBRO DE 1990, TRANSFORMADO EM LEI Nº. 3.317 EM 05 DE MARÇO DE 2004, MODIFICADO PELAS LEIS Nº. 3.481 EM 30 DE AGOSTO 2005 e 3.940 DE 06 DE DEZEMBRO DE 2010.

1 **ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE/ UBÁ/MG**
2 Aos doze dias do mês de junho do ano de dois mil e dezoito (12/06/2018), às dezenove
3 horas (19h00min) no plenário “Vereador Lincoln Rodrigues Costa”, (Câmara
4 Municipal), Rua Santa Cruz nº 301 centro Ubá - MG, reuniu-se à plenária do Conselho
5 Municipal de Saúde de Ubá- MG. Estando presentes vinte e um(21) conselheiros:
6 quinze (15) titulares, seis (06) suplentes, sendo cinco (05) substituindo seus pares e
7 onze(11) visitantes, conforme lista de presença anexa. **Em pauta: Discussão e votação**
8 **da ata da Reunião Ordinária do dia 08/05/2018; Leitura de Protocolos; Leitura e**
9 **Discussão de Pareceres das Comissões; Apresentação dos Atendimentos prestados**
10 **pela Ouvidoria; Apresentação de Trabalho de Mestrado e de Prestação de Contas**
11 **do INAF pelo Dr. Ricardo Furtado de Carvalho; Discussão sobre as “Ações e os**
12 **Serviços prestados pelo Consórcio SIMSAÚDE, bem como a Estrutura**
13 **Administrativa do mesmo”; e Informes da Secretaria Municipal de Saúde pela**
14 **secretária Dulcinea Thinassi Perini.** Atendido os preceitos regimentais o presidente
15 José Geraldo Faria, iniciando a reunião, saudou a todos conselheiros e visitantes
16 agradecendo pela presença. Em seguida colocou-se em discussão e votação a ata da
17 reunião ordinária do dia oito (08) de maio de dois mil e dezoito (08/05/2018), enviada
18 aos conselheiros por e-mail e, para aqueles que não têm e-mail, através de
19 correspondências. Feito os esclarecimentos e não havendo manifestações contrárias a
20 **ata foi aprovada pelos (as) conselheiros (as) presentes.** Em seguida o presidente, José
21 Geraldo Faria, solicitou a relações públicas da mesa diretora do CMS- Ubá, Roberta
22 Vieira S. P. Gasparoni, segmento prestador, representante do Hospital São Vicente de
23 Paulo, a leitura dos protocolos: Documentos recebidos pelo CMS- Ubá no período de
24 12/06/2018 a 10/07/2018: Justificativa de ausência dos conselheiros: Ângelo Vallone
25 Carrara, Fátima Rosângela de Freitas, Fabiano dos Santos, Sebastião José Mancel,
26 Ademir de Paula e Agnaldo Vale da Silva; Relatório de Atendimentos realizados pela
27 Ouvidoria Municipal de Saúde durante o mês de maio de 2018 e Relatório de Visitas
28 com aplicação de questionários aos usuários das Unidades de Saúde; Exemplar de Maio
29 da Revista Fato; Ofício nº 072/HSI/2018 do Hospital Santa Isabel encaminhando cópia
30 de prestação de contas de aplicação do convênio nº 833904/2016; Ofício nº 196/2018
31 da 30ª Subseção da OAB/MG de Ubá/MG indicando como suas novas representantes as
32 advogadas Vera Lúcia Andrade Motta e Silveira (titular) e Jossana Gervásio Machado

OBSERVAÇÃO: O documento original contém sete páginas cujo os assuntos desinteressam ao contexto deste trabalho, abaixo seguem as fotos de registro da apresentação e entrega dos folders ao Diretor Regional de Saúde para encaminhamento às unidades de Saúde.

Anexo 02

Fotos da apresentação dos folders no Conselho Municipal de Ubá



Anexo 03

Fotos da entrega dos folders ao Diretor Regional de Saúde de Ubá



Anexo 04

Declaração de aceite da Gerência Regional de Saúde



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE UBÁ

Declaração

Analisando o Fluxograma elaborado pelo mestrando Ricardo Furtado de Carvalho do curso de pós-graduação em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras com vistas ao desenvolvimento de Mestrado Profissional, cumpre-nos declarar que o fluxograma em questão atende as necessidades assistenciais do SUS no município de Ubá visando os pacientes com doença renal crônica (DRC). Sendo eficaz instrumento de planejamento para elaboração da assistência ao paciente com DRC quando da construção da rede assistencial do SUS na Microrregião de Saúde de Ubá-MG.

Ubá, 17 de Julho de 2018.


Reginaldo Furtado de Carvalho

Diretor da GRS/UBÁ – Masp: 1447248-4


Reginaldo Furtado de Carvalho
Diretor-GRS/UBÁ
MASC 1447248-4

Anexo 05

Declaração de aceite do SUN



SUN-SERVIÇO UBAENSE DE NEFROLOGIA LTDA.

CNPJ: 64.297.260/0001-53

Rua Nossa Senhora da Saúde, 165-1 – Centro – Ubá/MG

CEP: 36500-008

Tel.: (32) 3531-4046

Analisando o fluxograma elaborado pelo mestrando Ricardo Furtado de Carvalho do curso de pós-graduação em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras com vistas ao desenvolvimento de Mestrado Profissional, cumpre-nos declarar que o fluxograma em questão atende as necessidades assistenciais do SUS no município de Ubá visando os pacientes com doença renal crônica (DRC). Sendo eficaz instrumento de planejamento para elaboração da assistência ao paciente com DRC quando da construção da rede assistencial do SUS na Microrregião de Saúde de Ubá-MG.

Ubá, 17 de julho de 2018


Alexandre Quintão de Araújo
Administrador
Alexandre Quintão de Araújo
ADMINISTRADOR
SUN - Serviço Ubaense de Nefrologia Ltda.

Anexo 06

Declaração de aceite da FAGOC

FACULDADE GOVERNADOR OZANAM COELHO

SEGOOC - Sociedade Educacional Governador Ozanam Coelho Ltda
Rua Dr. Adjalme da Silva Buzello, 20 - Seminário - Ubá - MG - CEP 36500-000



Declaração

Analisando o fluxograma elaborado pelo mestrando Ricardo Furtado de Carvalho do curso de pós-graduação em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras com vistas ao desenvolvimento de Mestrado Profissional, cumpre-nos declarar que o fluxograma em questão atende as necessidades assistenciais do SUS no município de Ubá visando os pacientes com doença renal crônica (DRC). Sendo eficaz instrumento de planejamento para elaboração da assistência ao paciente com DRC quando da construção da rede assistencial do SUS na Microrregião de Saúde de Ubá-MG.

Ubá, 17 de julho de 2018



Marcelo Oliveira
Prof. Dr. Marcelo Oliveira
DIRETOR GERAL
Fac. Gov. Ozanam Coelho - FAGOC

Anexo 07

Declaração de aceite do HSVP



Irmandade de Nossa Senhora da Saúde
Hospital São Vicente de Paulo

Declaração

Analisando o fluxograma elaborado pelo mestrando Ricardo Furtado de Carvalho do curso de pós-graduação em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras com vistas ao desenvolvimento de Mestrado Profissional, cumpre-nos declarar que o fluxograma em questão atende as necessidades assistenciais do SUS no município de Ubá visando os pacientes com doença renal crônica (DRC). Sendo eficaz instrumento de planejamento para elaboração da assistência ao paciente com DRC quando da construção da rede assistencial do SUS na Microrregião de Saúde de Ubá-MG.


Ronaldo Gomes de Oliveira
Provedor/Presidente HSVP

Anexo 08

Apresentação de Pôster - SABINCOR

