



ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Projeto de Intervenção:

Importância da pesquisa da Doença Renal Crônica nas Doenças Não Transmissíveis na Atenção Básica

Aluna: María Agustina Rodriguez

Orientadora: Vera Lucia Moldes

São Paulo/SP

SUMARIO

1. Introdução	03
2. Objetivos	
2.1. Objetivos Gerais	05
2.2. Objetivos Específicos	05
3. Metodologia	
3.1 Cenário do estudo	06
3.2 Sujeitos da intervenção (público-alvo)	06
3.3 Estratégias e ações	06
3.4 Avaliação e monitoramento	07
4. Resultados Esperados	08
5. Cronograma	09
6. Referências	10

1. INTRODUÇÃO

A Doença renal crônica (DRC) se caracteriza por alterações na taxa de filtração glomerular e/ou presença de lesão parenquimatosa mantidas por pelo menos três meses.

A DRC está associada à Doença Cardio Vascular (DCV), e pode ser um importante fator de prognóstico. A morbidade e a mortalidade cardiovascular entre os pacientes com DRC é bastante elevada. Justifica-se considerar a DRC como parte do grupo de DCV, dentro do contexto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como doenças renocardiovasculares (DRCV)⁽¹⁾. Os principais grupos de risco para o desenvolvimento desta patologia são diabetes mellitus, hipertensão arterial e história familiar.⁽²⁾

Além da DCV, outro desfecho temido da DRC é a perda continuada da função renal, processo patológico conhecido como progressão, que pode levar muitos desses pacientes para a DRC terminal (DRCT). Pacientes que evoluem para DRCT necessitam de algum tipo de terapia renal substitutiva (TRS).

A taxa de prevalência de pacientes em TRS é de 1.000 pacientes por milhão de pessoa (pmp) em países da Europa, no Chile e Uruguai, e de 1.750 pacientes pmp nos EUA. De acordo com o Censo Brasileiro de Diálise publicado em 2012, o número de pacientes com DRCT no Brasil praticamente duplicou na última década, passando de 42.695 em 2000 para 91.314 em 2011, com uma taxa de 475 pmp, com mais de 28.000 novos pacientes ao ano iniciando TRS⁽¹⁾.

A média de idade dos pacientes que iniciam tratamento dialítico no Brasil é de apenas 52 anos⁽³⁾. As doenças crônicas atingem os jovens em idade produtiva, causando problemas médicos, sociais e econômicos.

A doença renal é considerada um grande problema de saúde pública, porque causa elevadas taxas de morbidade e mortalidade e, além disso, tem impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde. Esses pacientes, que dependem de tecnologia avançada para sobreviver, apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais que interferem na sua qualidade de vida⁽⁴⁾.

O diagnóstico precoce e o encaminhamento imediato para o nefrologista são etapas essenciais no manuseio desses pacientes, pois possibilitam a educação pré-diálise e a implementação de medidas preventivas que retardam ou mesmo interrompem a progressão para os estágios mais avançados da DRC.

O diagnóstico da DRC baseia-se na identificação de grupos de risco, presença de alterações de sedimento urinário (microalbuminúria, proteinúria, hematúria e leucocitúria) e na redução da filtração glomerular avaliado pelo clearance de creatina⁽²⁾.

A prevalência da DRC foi determinada com base na presença de albuminúria persistente (> 30 mg/g) e diminuição na TFG estimada. A definição é 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. Com base nessa definição, seria portador de DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresentasse TFG < 60 mL/min/1,73m² ou a TFG > 60 mL/min/1,73m² associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (proteinúria) presente há pelo menos 3 meses⁽⁵⁾.

A filtração glomerular, estimada pela depuração de creatinina, deve ser realizada pelo menos uma vez ao ano nos pacientes de risco no estágio 0 e 1 e semestralmente no estágio 2 da DRC. Os pacientes nos estágios 4 e 5 apresentam um risco maior de deterioração da função renal e devem obrigatoriamente ser encaminhados ao nefrologista.

O tratamento ideal da DRC é baseado em três pilares de apoio: 1) diagnóstico precoce da doença, 2) encaminhamento imediato para tratamento nefrológico e 3) implementação de medidas para preservar a função renal⁽⁵⁾. O tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades desses indivíduos são limitadas após o início do tratamento, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que refletem na qualidade de vida.

Por tanto, tendo em conta o grande número de pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e diante da importância das considerações aqui apresentadas propõe-se um projeto de pesquisa da Doença Renal Crônica em Atenção Básica da Saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Gerais

Reduzir a morbidade e mortalidade por Doença Renal Crônica em pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, contemplando aspectos de Prevenção Primária e Prevenção Secundária.

2.2 Específicos

1. Prevenir a Doença Renal Crônica.
2. Identificar os grupos de risco para DRC.
3. Utilizar os marcadores para detecção precoce da DRC na Atenção Básica.
4. Diminuir a progressão da DRC.

3. METODOLOGIA

3.1 Cenários do estudo

O presente projeto deverá ser desenvolvido na UBS Jardim Paulistano da Brasilândia, na Rua Encruzilhada do Sul nº 220, na zona norte de São Paulo.

A unidade conta com 7 equipes de saúde, abrangendo aproximadamente 28.000 pessoas.

3.2 Sujeitos da intervenção (público-alvo)

O público-alvo deste projeto de intervenção são os indivíduos sob o risco de desenvolver DRC.

As pessoas com diabetes (tipo 1 ou tipo 2), com hipertensão arterial, histórico de doenças vasculares (doença coronária, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, infarto agudo do miocárdio), histórico familiar de DRC, idosos, tabagistas, portadores de obesidade, uso de agentes nefrotóxicos.⁽⁶⁾

Dentre os recursos humanos necessários, estão as equipes de saúde da família, composta por profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e as agentes comunitárias de saúde.

3.3 Estratégias e ações

A ação na Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade. É necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária.⁽⁷⁾

No primeiro momento, identificaremos os grupos de risco no trabalho em equipe junto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quem exerce o papel de “elo” entre a equipe e a comunidade, são capacitados para reunir informações de saúde sobre a comunidade.⁽⁷⁾

Com o relevamento de cada micro área, os pacientes com DCNT serão convocados em grupos, realizando-se em diferentes dias para cada micro, devido ao grande fluxo de pacientes. Os agentes comunitários de saúde serão os responsáveis para a divulgação da data dos dias dos grupos.

Nesse grupo os auxiliares de enfermagem serão responsáveis pelo controle da pressão arterial, pesagem e medição dos pacientes, medida da circunferência abdominal, coleta de sangue e urina para controle de creatinina sérica, hemoglobina glicosilada nos pacientes diabéticos, controle de colesterol total, HDL e LDL, proteinúria e hematúria, que são os parâmetros a ter em conta na detecção de Doença Renal Crônica.

O enfermeiro e o médico de cada equipe são responsáveis pela educação permanente, esses, realizarão palestras sobre os controles dos fatores de risco cardiovasculares nos dias de grupo, sem esquecer a mudança de estilo de vida como um dos principais pilares do tratamento das doenças crônicas não transmissíveis, junto com a medicação.

A dinâmica grupal permite que os participantes se deparem com muitas formas de viver uma mesma situação, possibilitando um conhecimento amplo e aumentando a experiência de cada componente. A realização de grupos educativos, ora na Unidade de Saúde, ora na comunidade, é uma das principais oportunidades para praticarmos a negociação, a corresponsabilização e as relações entre o profissional de saúde e a comunidade por meio da Educação Permanente em Saúde. A formação desses grupos é uma das ações mais comuns, porém mais relevantes das práticas de educação em saúde na Estratégia da Saúde da Família.⁽⁸⁾

Num novo encontro após três meses, realizaram novamente controles de pressão arterial e coletas de sangue e urina, solicitando os mesmos parâmetros acima descritos.

3.4 Avaliação e monitoramento

O monitoramento deverá ser feito pelos médicos das equipes de saúde da família, avaliando pressão arterial (ideal em pacientes hipertensos <140/90 mmhg, e em pacientes diabéticos <130/80 mmhg), IMC (alvo <30 kg/m²), hemoglobina glicosilada (alvo <7%), os níveis de LDL (alvo <100). Na presença de hematúria e/ou proteinúria, o médico deverá solicitar exame de imagem (ultrassonografia dos rins e vias urinárias). Os cálculos da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) será a través da tabela validada para identificação de TFG da Fórmula MDRD⁽⁹⁾ ou da tabela da Fórmula CKD-EPI⁽¹⁰⁾, diferenciada para homens e mulheres.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se obter com o desenvolvimento deste projeto, um diagnóstico oportuno da Doença Renal Crônica em pacientes com doenças cardiovasculares, para o encaminhamento precoce ao Nefrologista, evitando que os pacientes cheguem a requerer uma terapia renal substitutiva, gerando menor impacto na qualidade de vida dos pacientes e menor custo financeiro para a saúde pública.

5. CRONOGRAMA

Atividades (2015)	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Reuniões com profissionais da ESF para organização do projeto	X											
ACS e equipe, busca ativa de pacientes com DCNT		X										
Divulgação da data de grupo por equipe (2 equipes por mês)			X	X	X							
Aplicação do projeto			X	X	X							
Análise dos resultados				X	X	X						
Reavaliação dos pacientes em grupo						X	X	X				
Análise final dos resultados							X	X	X			
Divulgação dos resultados à equipe de saúde											X	

6. REFERENCIAS

1. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde. 2014. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde.
2. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica. Cadernos de Atenção Básica nº 14. 2006. Ministério da Saúde.
3. Jorge Paulo Strogoff de Matos, Jocemir Ronaldo Lugon. Hora de conhecer a dimensão da doença renal crônica no Brasil. J Bras Nefrol 2014;36(3):267-268
4. Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev Latino-am Enfermagem 2005 setembro-outubro; 13(5):670-6.
5. Marcus Gomes Bastos, Gianna Mastroianni Kirsztajn. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. J Bras Nefrol 2011;33(1):93-108.
6. Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Detección Precoz de la Enfermedad Renal Crónica en Adultos en el Primer Nivel de Atención. Marzo 2010. Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la República Argentina.
7. Elisabeth Niglio de Figueiredo. A Estratégia Saúde na Família na Atenção Básica do SUS. Módulo 6. UNA-SUS UNIFESP.
8. Adriana Germano Marega Machado e Luciana Coutinho Simões Wanderley. Educação em saúde. Módulo 19. UNA-SUS UNIFESP.
9. Rita Maria R. Bastos, Marcus G. Bastos. Tabela de cálculo imediato de Filtração Glomerular. J Bras Nefrol Volume XXVII - nº 1 - Março de 2005.
10. Edson José de Carvalho Magacho, Ângelo Cardoso Pereira, Henrique Novais Mansur, Marcus Gomes Bastos. Nomograma para a Estimação da Taxa de Filtração Glomerular. J Bras Nefrol 2012;34(3):313-315.