

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM NEFROLOGIA MULTIDISCIPLINAR

**CIRLANDIO COUTINHO DE LIMA**

**Estratégias de acompanhamento continuado para pacientes portadores de  
doença renal crônica em terapia renal substitutiva, Itapecuru-Mirim, MA**

São Luís

2015

**CIRLANDIO COUTINHO DE LIMA**

**Estratégias de acompanhamento continuado para pacientes portadores de  
doença renal crônica em terapia renal substitutiva, Itapecuru-Mirim, MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Nefrologia  
Multidisciplinar da Universidade Federal do  
Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de  
Especialista em Nefrologia Multidisciplinar.

Orientador (a): Jerusa Emidia Roxo de Abreu

São Luís

2015

Lima Cirlandio Coutinho de

Estratégias de acompanhamento continuado para pacientes portadores de doença renal crônica em terapia renal substitutiva, Itapecuru-Mirim, MA/Cirlandio Coutinho de Lima. – São Luís, 2015.

16 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Nefrologia Multidisciplinar) - Curso de especialização em Nefrologia Multidisciplinar, Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS, 2015.

1. Doenças Renais Crônicas. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Promoção da Saúde. I. Título.

CDU 616.61

**CIRLANDIO COUTINHO DE LIMA**

**Estratégias de acompanhamento continuado para pacientes portadores de  
doença renal crônica em terapia renal substitutiva, Itapecuru-Mirim, MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Nefrologia multidisciplinar da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista Nefrologia Multidisciplinar.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

---

**Profª Jerusa Emidia Roxo de Abreu**

Mestre

Universidade Federal do Maranhão

---

**Membro da banca**

Maior titulação

Nome da Instituição

---

**Membro da banca**

Maior titulação

Nome da Instituição

## RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) possui curso silencioso e progressivo. Quando ocorrem alterações irreversíveis das funções renais os pacientes podem evoluir para desfechos clínicos desfavoráveis como doenças cardiovasculares e Doença Renal Crônica Terminal (DRCT), onde passam a necessitar de alguma modalidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS) para manter as funções renais. Este plano de ação trata da promoção de estratégias para o acompanhamento desses pacientes. A TRS acrescenta dificuldades como mudanças de rotina, prejuízos no estado emocional, não aceitação e baixa adesão ao tratamento de comorbidades e das medidas de prevenção de complicações. A Atenção Primária em Saúde (APS) tem como atribuições a universalidade, integralidade, continuidade da oferta de serviços, articulação das ações de promoção e prevenção de complicações, tratamento e reabilitação. O objetivo deste plano de ação é ofertar a continuidade do cuidado na APS aos pacientes em TRS, fortalecendo o vínculo entre serviço e usuários. As metas do trabalho são baseadas nas ações de educação continuada em saúde. A metodologia será o reconhecimento das características clínicas dos pacientes em TRS, através de diagnóstico situacional, acompanhamento e desenvolvimento de parcerias multiprofissionais e multi-institucionais para ampliar a oferta de serviços de saúde integrais aos usuários. Os impactos esperados com este estudo são de fortalecer o vínculo entre ESF e pacientes em TRS com acesso, promoção à saúde, redução de complicações e manutenção da função renal existente, estimulando aceitação, autocuidado e melhora na qualidade de vida.

Palavras-Chave: Doenças Renais Crônicas. Atenção primária a saúde. Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

The Chronic Kidney Disease (CKD) has silent and progressive course. When there are irreversible changes of kidney function patients may progress to unfavorable clinical outcomes such as cardiovascular disease and chronic terminal renal disease (ESRD), where they spend in need of some form of renal replacement therapy (RRT) to maintain kidney function. This action plan it is promoting strategies for monitoring these patients; TRS adds difficulties as routine changes, losses in the emotional state, rejection and low adherence to treatment of comorbidities and complications prevention measures. The Primary Health Care (PHC) has the following duties universality, comprehensiveness, continuity of supply of services, promotion of joint actions and prevention of complications, treatment and rehabilitation. The objective of this action plan is to offer continuity of care in APS patients in TRS, strengthening the link between service and users. The work targets are based on the continuing education of health interventions. The methodology will be the recognition of the clinical characteristics of patients in RRT through situational diagnosis, monitoring and development of mutiprofessionais partnerships and multi-institutional to expand the supply of comprehensive health services to users. The expected impacts of this study is to strengthen the link between ESF and patients with TRS access, health promotion, reduction of complications and maintenance of existing renal function by stimulating acceptance, self-care and improved quality of life.

Keywords: Chronic Kidney Disease. Primary Health Care. Health promotion.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>1.1</b>	<b>Título.....</b>	<b>07</b>
<b>1.2</b>	<b>Equipe Executora.....</b>	<b>07</b>
<b>1.3</b>	<b>Parcerias Institucionais.....</b>	<b>07</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>4.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>11</b>
<b>4.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>METAS.....</b>	<b>12</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>7</b>	<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....</b>	<b>14</b>
<b>8</b>	<b>IMPACTOS ESPERADOS.....</b>	<b>15</b>
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>15</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>

## **1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO**

### **1.1 Título**

Estratégias de acompanhamento continuado para pacientes portadores de Doença Renal Crônica em terapia renal substitutiva, Itapecuru-Mirim, MA.

### **1.2 Equipe Executora**

- Cirlandio Coutinho de Lima, graduado em Enfermagem, Especialização em Saúde da Família – UNASUS/UFMA
- Jerusa Emidia Roxo de Abreu (Orientador)

### **1.3 Parceria Institucional**

- Secretaria Municipal de Saúde de Itapecuru-Mirim, MA.

## **2. INTRODUÇÃO**

Os rins são órgãos responsáveis, essencialmente, pelo equilíbrio hidroeletrólítico do nosso corpo. Quando a função renal está seriamente comprometida este equilíbrio é prejudicado, resultando em uma série de complicações, tais como retenção de líquidos, aumento da pressão sanguínea, acidose metabólica e ausência de controle dos níveis de alguns eletrólitos essenciais para diversas funções vitais, inclusive cardíacas e musculoesqueléticas (FILHO, 2007).

Doença Renal Crônica (DRC) é um termo geral para alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal, com múltiplas causas e fatores prognósticos, possui curso prolongado, insidioso e que, na maior parte do tempo de sua evolução é assintomática (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

De acordo com Kirsztajn (2011) do ponto de vista clínico, todas as funções renais costumam declinar paralela com a função excretora. Na prática clínica a função excretora renal é medida através da Taxa de Filtração Glomerular (TFG). O indivíduo com diagnóstico de DRC apresenta por pelo menos 90 dias consecutivos uma TFG  $<60\text{ml}/\text{min}/1,73^2$  (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002). Essa TFG pode ser  $>$  ou igual a  $60\text{ml}/\text{min}/1,73^2$  e ser considerada Doença Renal Crônica se associada a algum marcador de dano renal parenquimatoso (albuminúria, hematuria de origem



glomerular, alterações eletrolíticas e histológicas), além de alterações em exames de imagem (UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS, 2014).

Os indivíduos que estão sob risco de desenvolver DRC são aqueles com histórico de Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), idosos, obesidade (IMC > 30kg/m<sup>2</sup>), histórico de doenças cardiovasculares, tabagismo e aqueles que fazem uso de agentes nefrotóxicos: medicamentos Anti Inflamatórios Não Hormonais – AINH, por exemplo (ROMÃO JR, 2004).

Para fins de organização do atendimento integral ao paciente com DRC ela foi classificada em graus, de acordo com o valor da TFG, variando de 1 a 5, sendo inversamente proporcional à taxa de filtração glomerular em relação à função renal, ou seja, quanto menor a TFG, maior o prejuízo e dano renal e maior a necessidade de tratamentos invasivos como aqueles que venham a complementar ou mesmo substituir a função renal deficiente (UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS, 2013).

Pacientes em estágios de DRC de 1, 2 e 3 (de acordo com a redução da TFG), requerem Tratamento Conservador, ou seja, controle de fatores de risco para progressão de DRC, objetivando conservar a função renal existente pelo maior tempo possível (DAUGIRDAS; BLAKE, 2003). Pacientes em estágios 4 e 5-ND (não-dialítico) requerem Pré-Diálise, que consiste na manutenção do tratamento conservador, bem como preparo adequado para o início da TRS na DRC em estágios mais avançados, e, por fim, para pacientes em estágio 5-D (dialítico) existe a TRS, modalidade em que há a substituição da função renal: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal. Na fase de TRS os rins funcionam em uma faixa de TFG inferior a 15ml/minuto, comparando-se, aproximadamente, a 15% da função renal original de uma pessoa saudável (FILHO, 2007).

Na Diálise Peritoneal (DP), utiliza-se um “filtro” existente no organismo, o peritônio, uma membrana que naturalmente recobre os órgãos e parede abdominal. Na hemodiálise, o sangue do paciente é retirado do corpo e passado por uma máquina que o filtra. O filtro da hemodiálise é denominado dialisador. Este filtro é composto de dois compartimentos separados por uma membrana semipermeável, o dialisato. Então, o sangue do paciente é retirado, filtrado fora do corpo e depois devolvido para o organismo (DAUGIRDAS; BLAKE, 2003). A indicação para transplante renal, outra modalidade de TRS, segue as orientações da Portaria GM/MS número 2.600, de 31/10/2009. As diretrizes sobre o transplante renal devem estar de acordo com as

normativas e recomendações da Portaria SAS/MS número 666/2012 (UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS, 2014).

O método de TRS deve levar em consideração a escolha do paciente, bem como a condição clínica, de acordo com avaliação da equipe multiprofissional. É recomendado que o paciente assine um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sobre a modalidade escolhida, que deve ser anexado ao prontuário. O acompanhamento em procedimento dialítico é realizado nas unidades de atenção especializada em DRC, pelo Médico Nefrologista (avaliação com periodicidade no mínimo, mensal) e equipes multidisciplinares deste serviço, sempre mantendo vínculo com a Atenção Primária em Saúde (APS) para a continuidade do tratamento, longitudinalidade do cuidado, correção dos fatores de risco modificáveis para mortalidade cardiovascular, tais como: controle da pressão arterial, da glicemia, dislipidemias, obesidade, doenças cardiovasculares, avaliação nutricional, exercícios físicos inclusão no programa de vacinação, seguimento controlado das medicações e modalidades de tratamentos realizados, abandono do tabagismo, programa educacional sobre DRC e TRS, autocuidado, cuidado com acesso vascular ou peritoneal e demais adequações do estilo de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2012). O atendimento ao paciente com DRCT não se limita às sessões de hemodiálise, inclui também a garantia de medicamentos de assistência farmacêutica básica e excepcional, transporte, acesso à internação hospitalar, quando necessário, e equidade na entrada em lista de espera para transplante renal (BRASIL, 2004).

O estado do Maranhão possui uma população de 6.596.683 habitantes. A cidade de Itapecuru-Mirim possui uma área de 1.165,585 km<sup>2</sup>, densidade populacional de 56,38 hab./km<sup>2</sup> e sua população total abrange 65.713 habitantes. Pertence à mesorregião do Norte Maranhense e Microrregião de Itapecuru-Mirim (IBGE, 2010).

Da população total do município, atualmente, encontram-se 20 pacientes com DRC em estágio 5. Deste total 01 paciente realizou transplante. Todos em TRS, viajam 03 vezes por semana para as sessões de hemodiálise na capital maranhense, acompanhados pelas equipes de ESF, no município, com suporte pelo programa de Tratamento Fora Domicílio (TFD). Do total de pacientes, 11 são da zona urbana e o restante pertence à zona rural; 12 possuem comorbidades associadas (DM, HAS, dislipidemias), com dificuldades de controle. Todos estes pacientes, a partir do cotidiano da atenção básica, demonstraram ou demonstram algum grau de resistência

à aceitação de sua condição e oferta de orientações sobre vida saudável, mesmo com as limitações do tratamento de uma doença crônica.

De acordo com Frazão et al. (2014) podemos organizar os cuidados ao paciente em hemodiálise com ações de promoção à saúde: informações para adesão ao tratamento, escuta qualificada, metas para melhorar qualidade de vida, encorajar a participação do paciente e familiares no processo saúde-doença, estimular autonomia, proporcionar comunicação eficaz, diálogo compartilhado e reforçar a capacidade de autocuidado; ações de segurança e proteção do paciente: evitar infecção, através dos cuidados com pele e fístula arteriovenosa, preparar o paciente antes das sessões e acompanhá-lo no domicílio, acolhendo dúvidas, queixas e percepções, avaliar resultados individuais, realizar troca de curativos, avaliar integridade cutânea, monitorizar sinais vitais, observar manifestações, como: expressões faciais de dor, empatia, sorriso, afeto, atenção; ações de estímulo e instruções sobre atividades e repouso: práticas de conforto e melhores condições do sono; nutrição: orientações para controle da dieta prescrita, acompanhar peso com objetivo de detectar ganho acumulado entre uma sessão e outra, orientações quanto à restrição hídrica e alimentar; estabelecer e fortalecer papéis e relacionamentos entre serviços de saúde, usuários e familiares: educar a família sobre a doença e suas implicações, favorecer vínculo terapêutico e interpessoal.

### **3. JUSTIFICATIVA**

O paciente portador de DRC que necessita de Terapia Renal Substitutiva possui um alto grau de vulnerabilidade psicológica e social, em decorrência de suas necessidades de saúde. Observando que estes pacientes, após adentrarem aos serviços de média e alta complexidade reduzem sua participação, espontânea ou programada, nos serviços de atenção básica, resultando em afastamento, este plano de ação tem como interesse buscar e estabelecer estratégias de inserção voltadas para este público, para que as equipes fortaleçam vínculo, acompanhe-os em cada necessidade, bem como avalie a presença real ou potencial de alguma complicação intercorrente. Sabe-se que os serviços de atenção básica se constituem em porta de entrada ao sistema de saúde e, quando existe a articulação eficaz o paciente é atendido em todas as suas necessidades psicobiológicas e sociais.

O vínculo atual dos pacientes em uso de TRS do município encontra-se fragilizado, com presença nos serviços de atenção básica somente nas viagens para realizar as sessões de hemodiálise na capital maranhense, através do serviço de Tratamento Fora Domicílio (TFD). Quando um doente crônico precisa de máquinas e aparelhos para manter suas funções vitais, isso acarreta uma série de interferências, em sua maioria, prejudiciais, nele e naqueles que fazem parte do seu contexto social. Este estudo incentiva os serviços de atenção primária em saúde para estabelecer ações e serviços continuados, integralizados, proativos e articulados, com corresponsabilização, contribuindo positivamente ao decorrer do tratamento destes pacientes, que se sentem mais seguros e valorizados pelos profissionais que os assistem.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

Elaborar um plano de ação para estabelecer estratégias para o acompanhamento continuado dos pacientes portadores de Doença Renal Crônica em Terapia Renal Substitutiva, Itapecuru-Mirim, MA.

### **4.2 Específicos**

- Caracterizar os pacientes, segundo dados sóciodemográficos;
- Atualizar os registros dos pacientes com DRC em uso de TRS para planejamento de ações;
- Capacitar os profissionais de saúde da família para promoção do cuidado continuado aos pacientes renais crônicos;
- Atualizar calendário vacinal dos pacientes em uso de Terapia Renal Substitutiva;
- Promover encontros mensais entre os pacientes e equipes para trocas de experiências, saberes, práticas, contextualizando as ações de educação em saúde e medidas de proteção à saúde renal;
- Fortalecer vínculo entre usuário e equipes de ESF.

- Realizar reuniões entre as equipes, quinzenalmente, para avaliação dos resultados alcançados;
- Elaborar cronograma mensal para planejamento e organização das ações em saúde renal desenvolvidas pelas equipes.

## **5. METAS**

- Realizar acompanhamento e ações de saúde em 100% dos pacientes em TRS distribuídos nas micro áreas de atuação das equipes de ESF;
- Capacitar os profissionais de saúde em saúde renal, através de reuniões quinzenais, com temas específicos;
- Orientar medidas preventivas para proteção à saúde renal nos grupos de risco, promovendo campanhas, debates, trocas de informações, comemorações de datas específicas;
- Obter parcerias multiprofissionais e multi-institucionais;
- Estabelecer um cronograma permanente de atividades voltadas para o acompanhamento de medidas educativas de preservação da taxa de função renal nos pacientes em TRS;
- Avaliação dos Resultados e Metas do Plano de Ação.

## **6. METODOLOGIA**

O estudo baseia-se em organizar os serviços de atenção básica em saúde para atender o portador de DRC em Terapia Renal Substitutiva em toda sua integralidade, tornando o paciente participativo no cuidado e proteção de sua saúde.

Para isto, será realizado diagnóstico situacional da população-alvo, com levantamento de dados, através de consultas profissionais e visitas domiciliares, obtendo características socioeconômicas, a partir do conhecimento do cotidiano dos pacientes em TRS: modalidade e período de tratamento, idade, sexo, endereço (zona urbana e zona rural) nível de escolaridade, presença de comorbidades, número de viagens realizadas por semana, apoio emocional e familiar, impactos financeiros e percepção dos pacientes quanto ao tratamento.

Atualizar os dados dos portadores de DRC em uso de TRS no município, para planejamento e acompanhamento das equipes, por meio de prontuários e

sistemas eletrônicos. Realizar reuniões quinzenais com os profissionais de saúde para capacitação e atualização em saúde renal, através de reuniões quinzenais, com temas variados baseados nas situações e problemáticas mais encontradas no cotidiano das equipes, demonstradas através de artigos de jornais, revistas e periódicos, exposição de slides e reportagens que problematizam a epidemiologia da DRC e suas complicações associadas.

Organizar os serviços de saúde para cobertura e atualização do calendário vacinal dos pacientes em TRS, por meio de mutirões, encontros, visitas programadas, distribuição de carteiras vacinais e manutenção dos cartões-sombra, anexados no prontuário do paciente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), demonstrando a importância e, quase que, obrigatoriedade, de manter vacinas atualizadas, visto que o paciente com DRC diminui sua capacidade de soroconversão, queda de imunidade, sendo fundamental prevenir complicações imunopreveníveis neste grupo específico (ex: influenza, infecções pneumocócicas).

Promover entre os pacientes, mensalmente, encontros, reuniões, atividades em grupo para trocas de experiências, saberes, práticas, contextualizando as ações de educação em saúde e medidas nefroprotetoras a estes pacientes. Obter vínculo fortalecido, a partir destas ações, entre usuário e equipes de ESF. Avaliação dos resultados alcançados, através de questionários aplicados entre as equipes, execução das atividades propostas em cronograma e atualização de prontuários. Elaborar cronograma mensal de atividades em promoção e proteção da saúde renal com planejamento e organização dos serviços.

O acompanhamento e as ações de saúde dos pacientes portadores de DRC em TRS serão realizados, a partir das necessidades encontradas: orientações sobre saúde para estimular prevenção, cuidado continuado, importância da adesão medicamentosa, tratamento, entendimento e aceitação de sua condição clínica, interferir nos fatores de risco modificáveis para preservação da taxa de função renal existente pelo maior tempo possível com qualidade de vida.

As medidas preventivas para proteção à saúde renal nos grupos de risco serão orientadas, através da promoção de campanhas, mutirões, debates, trocas de informações e comemorações de datas específicas: “Dia Mundial do Rim” - 12 de março, “Dia Mundial do Diabetes”- 14 de novembro, “Dia de Combate à HAS – 26 de abril”, “Dia Mundial de Combate ao Tabagismo – 31 de maio”, “Dia Nacional de Combate ao Tabagismo - 29 de agosto. Obter parcerias multiprofissionais: ESF, EACS



## **8 IMPACTOS GERADOS**

A partir deste estudo com detalhamento, reorientação das atividades e execução das ações disponibilizadas, buscamos capacitar as equipes de saúde para trabalhar ações e orientações que visem à proteção e promoção da saúde renal, obter a redução do número de complicações intercorrentes do tratamento de substituição renal realizado, melhorar a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos, aumentar a captação e participação dos pacientes e familiares nos serviços ofertados na atenção básica, fortalecendo vínculo com oportunidades de prevenção e diagnóstico precoce, diminuir gastos financeiros com complicações que podem ser prevenidas, se diagnosticadas de maneira oportuna.

Este plano de ação contribuirá no acompanhamento regular e cuidado continuado destes pacientes, buscando alcançar a integralidade da assistência, prevenção e controle de fatores de risco para complicações, dentre as quais, graves e irreversíveis, que reduzem qualidade e expectativa de vida e geram ônus social e financeiro. Com estas estratégias planejadas e inseridas no cotidiano das equipes de atenção básica transformar a percepção dos pacientes quanto suas condições clínicas, melhorar a adesão ao tratamento e demonstrar como sua participação e colaboração influem, positivamente, na qualidade da assistência.

## **9. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os pacientes em Terapia Renal Substitutiva necessitam de um olhar sensibilizado, qualificado, preventivo e proativo por parte dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, contudo a atenção básica, porta de entrada do sistema, quando organizada e reorientada com serviços de saúde planejados e baseados na promoção à saúde e prevenção de complicações contribui muito para o manejo destes pacientes e conservação da sua função renal existente.

O interesse deste projeto de intervenção é priorizar as ações básicas de saúde voltadas para este grupo de pacientes, muitas vezes vulneráveis pelo processo de adoecimento crônico, em diversos aspectos, de saúde, pessoais e sociais, fortalecendo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) na prática, tornando o paciente o cerne e razão da assistência dos serviços prestados, para proporcionar maior expectativa e qualidade de vida.



## REFERÊNCIAS

- BASTOS, M.G.; KIRSTAJN, G.M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J Bras Nefrol** 2011; 33:93-108.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica. **J Bras Nefrol**, 2004; 26(Supl 1):S1-49.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1168/GM, de 15 de junho de 2004. Institui a política nacional de atenção ao portador de Doença Renal. **Caderno de Atenção Básica Especializada**. Brasília: MS; 2004.
- DAUGIRDAS, J.T.; BLAKE, P.G., ING, T.S. **Manual de Hemodiálise**. 3a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
- FRAZÃO, C.M.F.Q. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. **Rev Rene**. 2014 jul-ago; 15(4):701-9.
- FILHO, R. et al. Overview of peritoneal dialysis in Latin America. **Perit Dial Int** 2007; 27: 316-21.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso 23 Abr 2015.
- KIRSZTAJN, G.M. Proteinúria e creatinina sérica: testes essenciais para diagnóstico de doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Patologia Médica Laboratorial**, 2011.
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. **Am J Kidney Dis**, v.39, p.S1-S266, 2002.
- ROMÃO JR, J.E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **J Bras Nefrol**, v. 26, nº 3, Supl. 1, Agosto de 2004. Disponível em <[http://www.jbn.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1183](http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1183)> Acesso 03 Mai 2015.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo de diálise. 2012**. Disponível em: <<http://goo.gl/ugeyPw>>. Acesso 02 Jul 2015.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-SUS/UFMA. **Política nacional da atenção ao portador de doença renal no Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde** (Org.). - São Luís, 2014.
- \_\_\_\_\_. **Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa**. Módulo 2: Políticas na Atenção do Idoso. UNASUS/UFMA, São Luís, 2013.