



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* ENSINO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

MARCIA CHRISTINO MACEDO

PROCESSO PARA CONSTRUÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA ENTRE
PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

DOURADOS-MS

2020

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU ENSINO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Marcia Christino Macedo

PROCESSO PARA CONSTRUÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA ENTRE
PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados, como exigência para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Dr^a Vivian Rahmeier Fietz

DOURADOS-MS

2020



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENSINO EM SAÚDE,
MESTRADO PROFISSIONAL (PPGES)



MARCIA CHRISTINO MACEDO


***CARTILHA EDUCATIVA PARA PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA
ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE NEFROLOGIA***


Produção Técnica do Curso de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.

Aprovado em: 19 de agosto de 2020.

BANCA EXAMINADORA:


Prof.^a. Dr.^a. Vivian Rahmeier Fietz – UEMS


Prof.^a. Dr.^a. Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe - UEMS
(participação à distância por videoconferência)


Prof.^a. Dr.^a. Angela Cristina de Lima – HU - UFGD
(participação à distância por videoconferência)

M122p Macedo, Marcia Christino
Processo para construção de cartilha educativa entre
pacientes com doença renal crônica/ Marcia Christino
Macedo. – Dourados, MS: UEMS, 2000.
169 p.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Ensino em Saúde –
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2020.
Orientadora: Profª. Dra. Vivian Rahmeier Fietz.

1. Ensino em saúde 2. Doença renal crônica 3. Educação
dialogica I. Fietz, Vivian Rahmeier II. Titulo

CDD 23. ed. – 616.614

*Elevo os meus olhos para os montes; de onde me vem o socorro?
O meu socorro vem do Senhor, que fez os céus e a terra.*

Salmos 121:1-3.

AGRADECIMENTOS

Nesses anos de mestrado, de muita dedicação e esforço, gostaria de agradecer as pessoas que estiveram ao meu lado, colaborando para tornar este sonho em realidade.

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me ajudado a concretizar todos meus objetivos, especialmente, a conclusão deste mestrado.

Ao meu esposo, Jackson, pelo apoio, por entender minhas ausências e por permanecer ao meu lado nas madrugadas durante a escrita desta dissertação incentivando-me a não esmorecer.

Aos meus filhos, Lucas e Matheus, pelo apoio incondicional e incentivo nas horas difíceis.

Aos meus familiares e amigos que de alguma forma colaboraram para que esse objetivo se tornasse possível.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados. Agradeço por todo o conhecimento compartilhado durante as aulas e demais atividades.

A minha orientadora, Dr^a Vivian Rahmeier Fietz, por ter sido muito mais que uma professora, fazendo o papel de mãe, irmã e amiga, compartilhando, também, ensinamentos, conhecimento, orientações, pela paciência e solidez para comigo durante esse processo formativo.

Aos pacientes que participaram do processo educativo por compartilharem suas histórias de vida proporcionando a produção da cartilha educativa.

Aos profissionais do ambulatório do HU/UFGD/EBSERH pela colaboração, especialmente, os profissionais de saúde que participaram do processo educativo compartilhando seus saberes.

E por último, mas não menos importante, o saudoso Paulo Freire por ter transformado a educação em prática libertadora.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Doença Renal Crônica (DRC) é uma síndrome clínica que causa perda irreversível da função renal, considerada problema mundial por gerar complicações que impactam negativamente na qualidade de vida dos seus portadores, logo, faz-se necessário a implementação de ações educativas que enfoquem adoção de hábitos saudáveis a fim de postergar o avanço da doença. **OBJETIVO:** Implementar processo educativo entre pacientes com DRC em estágio 3 atendidos no ambulatório de nefrologia do HU/UFMG/EBSERH. **METODOLOGIA:** Pesquisa de natureza qualitativa, do tipo descritiva, sendo adotada a pesquisa-ação (Thiollent, 2011) e a educação dialógica problematizadora (Freire, 1980), enquanto método e estratégia; o processo educativo foi implementado no ambulatório de nefrologia do HU/UFMG/EBSERH, com amostra de 246 pacientes, sendo, 17 pacientes entrevistados, determinados pelo método da conveniência e saturação dos dados e 229 pacientes participantes das 12 oficinas e construção da cartilha educativa. Participaram também quatro nefrologistas, dois enfermeiros, uma nutricionista, um farmacêutico e uma assistente social, os quais realizaram análise da cartilha educativa. Os principais dados coletados, por meio do questionário e entrevista face a face, foram: questões sociodemográficas, dados clínicos, exame físico e a história de vida dos participantes relacionada ao diagnóstico da DRC. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de fevereiro e abril e o desenvolvimento das oficinas em setembro de 2019. A interpretação das entrevistas foi apoiada na análise de conteúdo temática (Bardin, 2011) a qual subsidiou categorias que fundamentaram a construção do projeto de extensão, das oficinas e da cartilha educativa. A cartilha foi desenvolvida em cinco etapas: diagnóstico situacional, elaboração do conteúdo baseado na literatura científica e das necessidades dos participantes, criação das ilustrações e construção dos seis banners, análise dos banners pela equipe multiprofissional e pacientes e ajustes com finalização da cartilha educativa. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dos entrevistados nove foram homens e oito mulheres, a principal etiologia para a DRC foi a hipertensão arterial, seguida da diabetes mellitus, predominou o estrato de idade acima de 60 anos e o sedentarismo e obesidade enquanto fatores de risco. A partir das entrevistas emergiram três categorias e quatro subcategorias, sendo evidenciados: a descoberta e o desconhecimento das particularidades da doença enquanto fatores estressores e os sentimentos gerados a partir da confirmação do diagnóstico. A cartilha construída foi intitulada "Cartilha Educativa Sobre Doença Renal Crônica Para Pacientes Atendidos em Ambulatório de Nefrologia". Profissionais e pacientes participaram ativamente em sua construção, consideraram a metodologia empregada um caminho eficaz para a troca de saberes e esclarecedora quanto as dúvidas sobre a doença; além disso, reafirmaram que a cartilha poderá ser utilizada para melhorar o conhecimento e autocuidado do público ao qual se destina. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conhecer as necessidades dos participantes antes da implementação das ações educativas foi imprescindível para elaboração das estratégias, dos assuntos abordados no processo educativo e construção da cartilha. Vislumbrou-se o que é "o ser renal", reconhecendo que ainda que o portador de DRC tenha restrições causadas pela doença, suas vidas não se reduzem à esta, assim, propomos que ações educativas sejam desenvolvidas permanentemente no ambulatório de nefrologia.

Palavras Chave: Ensino em Saúde; Doença Renal Crônica; Educação Dialógica Problematicadora.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Chronic Kidney Disease (CKD) is a clinical condition that causes irreversible kidney function, considered a world wide problem for it's complications that directly impact it's patients quality of life, therefore, the implementation of educational actions that highlight the adoption of healthy habits in order to slow the disease's development are made necessary. **OBJECTIVE:** Implement an educational process for CKD patients in stage 3 that are treated in the HU/UFGD/EBSERH's nephrology clinic. **METODOLOGY:** Research of qualitative nature, of the descriptive kind, being the action-research (Thiollent, 2011) adopted and the problematizing dialogical education (Freire, 1980), as a method and strategy; the educational process was implemented in the nephrology clinic of HU/UFGD/EBSERH, with samples from 246 patients, of which 17 were interviewed determined by the convenience and saturation method of data and 229 patients and participants from the 12 study groups and creation of the educational letter. Four nephrologists, two nurses, one nutritionist, one pharmacist and one social assistant we part of the study and analyzed the educational letter. The main data collected, by means of a quiz and face to face interviews were: Social demographic, clinical data, physical exams and the life history of the participants related to the CKD diagnostic. The data collection occurred between the months of february and april and the development of group studies in september, 2019. The interpretation of the interviews was supported on the analysis of the content's theme (Bardin, 2011) which subsidized categories that substantiated the extension project of the group studies and the educational letter. The letter was developed in five steps: situational diagnosis, elaboration of the scientific based literature and the participant's necessities, creation of the illustrations and adjustments to the final educational letter. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** The interviewed, of which nine were men and eight were women, the main etiology for the CKD was the Arterial Hypertension, followed by Mellitus Diabetes, the above 60 years old stratum, sedentary lifestyle and obesity showed predomination as risk factors. From the interviews, three categories and four subcategories emerged, being highlighted: the discovery and lack of knowledge of the disease as stress factors and sentiments created from the positive diagnosis. The letter was named "Cartilha Educativa Sobre Doença Renal Crônica Para Pacientes Atendidos em Ambulatório de Nefrologia". Both professionals and patients participated actively in it's construction and considered the methodology applied an effective way to exchange knowledge and enlightening for the diseases questions; besides that, reaffirmed that the letter will be able to be used in order to advance the target public's knowledge and self-care. **FINAL CONSIDERATIONS:** Knowing the necessities of the patients before the implementation of educational actions was essential for the construction of strategies and the subjects addressed in the educational process and the educational letter. A glimpse of what is "the renal being" could now be seen, acknowledging that even if the CKD bearer have restrictions caused by the disease, their lives aren't reduced to it, this way, we propose that educational actions be developed permanently in the nephrology clinic.

Key Words: Health Education; Chronic Kidney Disease; Problematizing Dialogical Education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Pessoas mais suscetíveis a desenvolverem DRC.....	25
Quadro 2: Estágios da DRC correlacionando com a TFG e classificação de albuminúria persistente e indicação de risco a ser monitorado.....	29
Quadro 3: Síntese de trabalhos analisados que subsidiaram a construção da cartilha educativa	93
Quadro 4: Síntese da análise qualitativa das alterações sugeridas e realizadas nos seis banners pelos profissionais de saúde.....	95
Quadro 5: Correções sugeridas e realizadas pelos profissionais da saúde da versão final da cartilha educativa.....	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Percurso da construção e análise dos <i>banners</i> e da cartilha educativa.....	61
Figura 2: Fluxograma de atendimento ao paciente renal crônico no ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.....	63
Figura 3: Disposição dos banners durante realização das oficinas educativas na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.....	101
Figura 4: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.....	102
Figura 5: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.....	102
Figura 6: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.....	103
Figura 7: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.....	103
Figura 8: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.....	104
Figura 9: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.....	104
Figura 10: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.....	105
Figura 11: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.....	105
Figura 12: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.....	106

Figura 13: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.....	106
Figura 14: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.....	107
Figura 15: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.....	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos 17 participantes entrevistados do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH, fevereiro a março de 2019.....	64
Tabela 2: Caracterização clínica dos 17 participantes do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH, fevereiro a março 2019.....	71
Tabela 3: Medidas do Índice de Massa Corpórea (IMC) dos 17 participantes do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH, fevereiro a março 2019.....	72
Tabela 4: Exames bioquímicos séricos alterados dos 17 participantes do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH, fevereiro a março 2019.....	75
Tabela 5: Medicamentos de uso contínuo dos 17 participantes do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH, fevereiro a março 2019.....	76
Tabela 6: Resumo das categorias e subcategorias, após análise das entrevistas dos 17 participantes do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH, fevereiro a março 2019.....	77
Tabela 7: Caracterização dos profissionais da saúde que analisaram os conteúdos da cartilha educativa.....	96

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1: Caracterização clínica e doenças de base dos participantes em um Hospital Universitário Federal de Dourados (MS), fevereiro a março de 2019.....	68
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AINES	Anti-inflamatório não Esteroidal
CKD-EPI	Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration
DEX	Divisão de Extensão
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
DRP	Doença do Rim Policístico
DRCT	Doença Renal Crônica Terminal
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
HU	Hospital Universitário
KDIGO	Kidney Disease: Improving Global Outcomes
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pesquisa Ação
PA	Pressão Arterial
PMP	Percentual Milhão de População
PROEC	Pró-reitoria de Extensão, Cultura e Assuntos Comunitários
QV	Qualidade de Vida
RCQ	Relação Cintura Quadril
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
TC	Tratamento Conservador

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UAE	Unidade de Atenção Especializada
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEMS	Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
UFGD	Universidade Federal da Grande Dourados

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	19
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 Objetivo Geral.....	22
2.2 Objetivos Específicos.....	22
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1 Aspectos Gerais sobre a Doença Renal Crônica.....	23
3.1.1 A Doença Renal Crônica.....	23
3.1.2 A Correlação da HA e DM com a DRC.....	25
3.1.3 As DCNT e a DRC.....	26
3.1.4 Estadiamento da DRC.....	28
3.1.5 O Tratamento Conservador e as Terapias Renais Substitutivas.....	30
3.2 O Desenvolvimento de Educação em Saúde ao Portador de DRC.....	32
3.2.1 O Binômio Educação e Saúde.....	32
3.2.2 A Educação Dialógica Problematizadora e a Pesquisa Ação.....	36
3.2.3 Ações Educativas Destinadas a DRC.....	38
3.2.4 O ser enfermeiro e a construção do processo educativo destinado ao portador de DRC.....	44
3.2.5 A Realização de Oficinas Educativas utilizando o recurso pedagógico rodas de conversa.....	46
3.2.6 A Cartilha Enquanto Tecnologia Educativa e Sua Aplicação pela Equipe de Saúde.....	48
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	51
4.1 Delineamento da pesquisa.....	51
4.2 Local e período de realização da pesquisa.....	52
4.3 Participantes da coleta de dados das entrevistas, das oficinas educativas e da cartilha.....	52
4.3.1 Critérios de Inclusão.....	53

4.3.2 Critérios de Exclusão.....	53
4.4 Aspectos Éticos.....	53
4.5 Etapas da Coleta de Dados.....	54
4.5.1 Aplicação do questionário e entrevista face a face.....	54
4.5.1.1 Coleta dos Dados Sociodemográficos, Clínicos e Direitos Previdenciários e da Assistência Social.....	55
4.5.1.2 Realização do exame físico e aferição da Pressão Arterial.....	56
4.5.1.3 Situação nutricional.....	57
4.5.1.3.1 Relação da cintura para o quadril (RCQ).....	57
4.6 Análise dos Dados Coletados.....	58
4.7 A Implementação do Projeto de Extensão, das Oficinas Educativas e da Cartilha.....	59
4.8 A Construção dos <i>Banners</i> e da Cartilha Educativa.....	60
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
5.1 Caracterização dos participantes quanto às condições sociodemográficas.....	64
5.2 Caracterização dos participantes quanto às condições clínicas.....	68
5.3 Situação nutricional.....	72
5.4 Acompanhamento Profissional e Cuidados Gerais.....	72
5.5 Análise das Entrevistas.....	77
5.5.1 Categoria: Descoberta da Doença Renal Crônica. Subcategorias: Interpretação dos sintomas, exames clínicos e laboratoriais e Reações ao diagnóstico.....	78
5.5.2 Categoria: Complicações relacionadas a DRC. Subcategoria: Dúvidas sobre mudanças no corpo, nos hábitos alimentares e no estilo de vida.....	82
5.5.3 Categoria: Adaptação à doença. Subcategorias: Dimensões pessoais, emocionais, familiares, profissionais e espirituais.....	87
5.6 Construção e Análise da Cartilha Educativa.....	92
5.6.1 O Desenvolvimento das Oficinas Educativas.....	101

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
REFERÊNCIAS.....	110
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	132
Apêndice B: Instrumento de Coleta de Dados Sociodemográficos, Clínicos e dos Direitos da Assistência e Previdência Social.....	133
Apêndice C: Ficha de Avaliação das Oficinas e Cartilha Educativa.....	134
Apêndice D: Representação ilustrativa dos seis banners: Ações de Educação em Saúde entre Pacientes com Doença Renal Crônica.....	135
Anexo A: Autorização da Pesquisa pelo CAPE.....	141
Anexo B: Parecer Consubstanciado do CEP.....	142
Anexo C: Aprovação do Projeto de Extensão.....	143

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento da população mundial surge a preocupação em relação ao crescimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais possuem em seu universo elementos que impactam diretamente na qualidade de vida (QV) da população. Neste contexto, a Doença Renal Crônica (DRC), no ano de 2011, passou a fazer parte das prioridades do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, por estar atrelada a comorbidades de relevância mundial, como, por exemplo, a Hipertensão Arterial (HA), Diabetes Mellitus (DM) e Doenças Cardiovasculares (DCV), dentre outras (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2018; CREWS; BELLO; SAADI, 2019).

A DRC caracteriza-se como um indicador negativo da QV entre a população acometida por estar associada a alterações negativas no cotidiano de seus portadores (MARINHO *et al.*, 2017). Além disso, por agregar em seu histórico alto índice de internações hospitalares custo elevado nos tratamentos, sobretudo da Terapia Renal Substitutiva (TRS), 750 milhões de pessoas afetadas diretamente pela DRC, prevalência de 8 a 16 % na população mundial entre os estágios de 1 a 5 e 2,4 milhões de óbitos no mundo correlacionados a suas complicações (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2012; SARMENTO *et al.*, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2018).

Além disso, 133,464 mil brasileiros realizam diálise e mais de 11 milhões apresentam algum grau de disfunção renal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2018). Destaca-se ainda que a DRC está relacionada a sofrimento físico, psíquico, entre os doentes, familiares e cuidadores, além de, gerar sentimentos de incapacidade entre todos os envolvidos no processo de perda da função renal, sobretudo ao paciente (MARINHO *et al.*, 2017; THOMÉ *et al.*, 2018).

A DRC conceitua-se como perda irreversível da função renal, caracteriza-se como uma doença de percurso prolongado e silencioso, visto que seus sinais e sintomas são percebidos apenas nos últimos estágios (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2012). Assim, estas particularidades afirmam urgência com intervenções e que as mesmas aconteçam imediatamente após o diagnóstico. Ressalta-se que a DRC por não possuir cura, por ser uma doença crônica, o tratamento ideal baseia-se em diagnóstico precoce da doença, encaminhamento imediato para tratamento nefrológico e implementação de medidas específicas e pontuais a fim de preservar a função renal (BRASIL, 2014; FREITAS *et al.*, 2015; ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018; SILVA *et al.*, 2018; CREWS; BELLO; SAADI, 2019).

Dentre as intervenções, podemos citar as ações educativas que intentam orientar e conscientizar o paciente a adotar hábitos adequados em relação à sua alimentação, atividade física e uso correto dos medicamentos prescritos, consideradas imprescindíveis para não ocorrer o avanço da perda da função renal (BRASIL, 2014; FREITAS *et al.*, 2015; ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018; SILVA *et al.*, 2018).

Corroborando com esta lógica e embasado nos números alarmantes desencadeados pela DRC o Ministério da Saúde (MS), (2014) recomenda:

As pessoas com DRC devem ser acompanhadas por uma equipe multiprofissional, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos casos que requerem, nas unidades de atenção especializada em doença renal crônica, para orientações e educação como, por exemplo: aconselhamento e suporte sobre mudança do estilo de vida; avaliação nutricional; orientação sobre exercícios físicos e abandono do tabagismo; inclusão na programação de vacinação; seguimento contínuo dos medicamentos prescritos; programa de educação sobre DRC e TRS; orientação sobre o auto cuidado (BRASIL, 2014).

Desta forma os profissionais de saúde, especialmente, o enfermeiro, que assistem o paciente renal crônico precisam ter o comprometimento de auxiliá-lo no empoderamento quanto o conhecimento e cuidados a respeito desta enfermidade (CANHESTRO *et al.*, 2010). Embora não seja consenso, a apreensão do conhecimento é considerada por muitos estudiosos fator preponderante na adesão ao tratamento; logo, presume-se que, quando os profissionais medeiam informações sobre a doença, possam ocorrer bons resultados e impactos positivos na adesão dos pacientes e conseqüente melhora na sua QV (TADDEO *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2017; MENEZES *et al.*, 2017).

A partir desta hipótese, a educação em saúde se revela dispositivo eficaz no combate e controle na evolução da doença, por auxiliar na construção do ser crítico reflexivo, gerando responsabilidade ao indivíduo e tornando-o agente ativo no processo saúde doença em que está inserido. Estudos revelaram que a educação em saúde quando ocorre por meio de ações educativas que valorizam o pré conhecimento do paciente proporcionam melhor adesão a qualquer tratamento; isto porquê, ocorre a explanação e simulação de suas reais necessidades (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; SILVA *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2017; PADILHA *et al.*, 2018).

Considerando, que a carência de conhecimento sobre as especificidades da DRC é um tipo de opressão e pode gerar impactos negativos na QV de seu portador por toda sua vida, emerge a educação dialógica problematizadora, proposta por Paulo Freire (1980) como

instrumento facilitador da aprendizagem e apreensão do conhecimento científico a ser transmitido sobre a doença.

A educação dialógica problematizadora adota via dupla no processo ensino aprendizagem ao proporcionar voz e vez ao educando auxiliando-o a refletir sobre os problemas que o afligem, visa, também, instigar o sujeito a se tornar ator principal de suas vivências e, por estar baseada no diálogo, considera as percepções da pessoa sobre o objeto de estudo, consecutivamente, auxilia na transformação da realidade, vindo, então, ao encontro com o objetivo do processo educativo destinado ao portador de DRC (FREIRE, 2001).

Diante das considerações e por entender que o portador de DRC deve ser protagonista no processo de apreensão do conhecimento sobre a sua doença, a presente pesquisa teve como objetivo implementar processo educativo entre pacientes com DRC em estágio 3 atendidos no ambulatório de nefrologia do Hospital Universitário Federal da Grande Dourados (HU/ UFGD/EBSERH), por meio de oficinas educativas utilizando roda de conversa, tendo como referenciais a pesquisa ação (THIOLLENT, 2011) e a educação dialógica problematizadora de Paulo Freire (1980); Explica-se ainda, que o processo educativo culminou na construção de uma cartilha educativa desenvolvida em conjunto com os participantes e a partir de suas necessidades.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Implementar processo educativo entre pacientes com DRC em estágio 3 atendidos no ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os doentes renais crônicos quanto às condições sociodemográficas e clínicas;
- Compreender o conhecimento em relação à fisiopatologia e direitos sociais no atendimento das necessidades de DRC enquanto cidadão;
- Realizar oficinas educativas abordando os temas destacados durante as entrevistas sobre as especificidades da DRC;
- Construir cartilha educativa em conjunto com os pacientes renais crônicos;

3. REVISÃO DE LITERATURA

Para embasamento e melhor compreensão dos assuntos abordados nesta revisão de literatura, os mesmos foram divididos em dois tópicos gerais, a saber: aspectos gerais da DRC e o desenvolvimento de educação em saúde ao portador da DRC.

3.1 Aspectos gerais sobre a Doença Renal Crônica

3.1.1 A Doença Renal Crônica (DRC)

A DRC é conceituada, mundialmente, como, síndrome clínica que causa a perda progressiva e irreversível das funções renais, de percurso prolongado e insidiosa por às vezes mascarar nos primeiros estágios os sinais e sintomas. Tem como condição definidora de diagnóstico a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) $< 60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ por três meses consecutivos, independente da causa, e nos pacientes com $\text{TFG} \geq 60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$. Assim, considera como portador a pessoa que apresentar pelo menos um marcador de lesão renal parenquimatoso, como, por exemplo, a proteinúria, ou alteração em exames de imagem, como, por exemplo, a presença de rins policísticos (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2012; BRASIL, 2014).

Ainda que complexo, o diagnóstico da DRC pode ser realizado por meio de exames, simples e de fácil manejo, como, por exemplo, a dosagem de creatinina sérica e a detecção de albuminúria, embora não sejam os mais fidedignos, haja vista, ser a dosagem de inulina sérica o padrão ouro, porém, são os mais viáveis, por serem realizados laboratório de análises clínicas que não necessitem de material/equipamento especial (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2012; BRASIL, 2014; SBN, 2014).

Recomenda-se, ainda, a realização de exames complementares, detalhados, dos rins, como, por exemplo: raios-X de abdome, ultrassonografia dos rins e vias urinárias, tomografia computadorizada e biopsia renal, a fim de diagnóstico diferencial e por auxiliarem na detecção das seguintes alterações renais: rins policísticos, hidronefrose, cicatrizes corticais, sinais de doença infiltrativa, estenose da artéria renal, dentre outras (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2012; BRASIL, 2014; SBN, 2014).

Outro ponto a ser considerado no diagnóstico da DRC é a TFG, indiscutivelmente, o melhor marcador da função renal, conceituada como a quantidade de volume sanguíneo que o rim consegue filtrar, assim, a TFG é determinada por meio do clearance de substâncias exógenas. As últimas diretrizes validadas pela Kidney Disease Improving Global Outcomes

(KDIGO, 2012) mantiveram a TFG estimada a partir da creatinina sérica como o meio mais apropriado para o diagnóstico, a classificação e o acompanhamento da progressão da DRC (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2012).

Referenciando, ainda, as últimas diretrizes da KDIGO (2012), os marcadores de lesão renal parenquimatosa, mantiveram-se: albuminúria ≥ 30 mg/24 horas, hematúria de origem glomerular, alterações eletrolíticas, alterações detectadas por histologia, alterações em exames de imagem, entre outros; quanto a causa e o estágio da DRC definirão qual o tratamento específico a ser adotado, a equação CKD-EPI é a recomendada para estimar a TFG, o risco de complicações baseia-se na causa, na TFG, na quantidade de albuminúria e nas comorbidades causadas por outras condições clínicas (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2012).

Em relação aos sinais e sintomas, a maioria dos pacientes somente os apresentam na presença de injúria renal, sendo os principais: diminuição da produção de urina, urina espumosa, retenção de líquidos, edema nas pernas, tornozelos ou pés, sonolência, inapetência, dispnéia, fadiga, náuseas, vômitos, convulsões ou coma, em casos graves, algia ou sensação de pressão torácica, entre outros. Desse modo, pôr os pacientes não apresentarem sinais ou sintomas nos primeiros estágios, sua detecção ocorre somente através da realização de testes de laboratório e anamnese completa, logo, torna-se imprescindível intervenção precoce nas pessoas portadoras de seus fatores de risco (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2012; BRASIL, 2014; SBN, 2014).

Sobre as causas para o desenvolvimento da DRC, mundialmente, a DM aparece como principal seguida pela HA, já no Brasil, a HA está em primeiro lugar seguida pela DM, glomerulonefrites, envelhecimento, Doença Renal Policística (DRP) e história familiar de DRC. Outro fator, preponderante, refere-se aos seus principais agravos e complicações: DCV, anemia, acidose metabólica, desnutrição e alteração do metabolismo de cálcio e fósforo e o óbito (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2012; BRASIL, 2014; SBN, 2018).

Ao observar o panorama da DRC fica evidente que o rastreamento pelas pessoas com maior suscetibilidade de desenvolvê-la, ou seja, os que possuem fatores de risco, é conduta indispensável a ser adotada por todos os profissionais da saúde, especialmente, os que atendem na Atenção Básica (AB), considerando que tal ação está intimamente ligada no controle, progressão e implementação de medidas de prevenção específicas e pontuais. Além disso, a detecção precoce das pessoas do grupo de risco objetiva minimizar a instalação da doença e seus agravos, o quadro (1) descreve as pessoas com maior probabilidade de desenvolverem a DRC (MS, 2014).

Quadro 1 - Pessoas mais suscetíveis a desenvolverem DRC.

- 1) Pacientes diabéticos (tipo 1 ou do tipo 2);
- 2) Pacientes hipertensos, definidos com valores de pressão arterial acima de 140/90 mmhg;
- 3) Idosos;
- 4) Portadores de Obesidade ($IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$);
- 5) Pacientes com: Histórico de Doença Cardiovascular (Doença Coronariana, Acidente Vascular Encefálico, Doença Vascular Periférica, Insuficiência Cardíaca);
- 7) Tabagistas;
- 8) Pessoas que fazem uso de agentes nefrotóxicos;

Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia (2014).

3.1.2 A Correlação da HA e DM com a DRC

Dando seguimento ao exposto, nos deteremos a explicar a correlação da HA e DM com a DRC, haja vista, serem as principais causas apontadas pelo último censo da SBN (2018).

Oportuno enfatizar, que no Brasil há poucos estudos relacionados a DRC nos primeiros estágios, embora, recomenda-se aos órgãos de saúde o desenvolvimento de políticas públicas específicas destinadas aos hipertensos e diabéticos, não apenas pela propensão de desenvolverem DRC, mas, por todas as complicações correlacionadas a estes grupos, especialmente, por seus agravos estarem relacionados a internações hospitalares recorrentes, custos elevados aos cofres públicos e ao aumento de óbitos na população brasileira (MS, 2001; MS, 2014).

Conceitua-se a HA como, condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial ($PA \geq 140 \times 90 \text{ mmHg}$), associada, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, como, por exemplo, hiperativação simpática e do sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA), alteração no endotélio vascular, retenção de sódio, ativação de fatores pró-inflamatórios, dentre outros, culminando em aumento do risco de eventos cardiovasculares (GYTON; HALL, 2011).

A DM trata-se de um distúrbio do metabolismo intermediário, relacionada, na maioria das vezes, aos carboidratos, caracterizada por glicemia de jejum entre 100 mg/dl e 125 mg/dl ou glicemia 2 h após sobrecarga com 75 g de glicose entre 140 mg/dl e 199 mg/dl ou hemoglobina glicada entre 5,7% a 6,4%, resultando em hiperglicemia, complicações metabólicas agudas e complicações crônicas multissistêmicas. A correlação da lesão renal com

a DM refere-se a alterações morfológicas dos glomérulos renais e ao aumento da excreção urinária de albumina (albuminúria) (GYTON; HALL, 2011).

Então, ao considerar que o maior número de portadores de DRC descendem de hipertensos e diabéticos justifica-se o desenvolvimento de ações com este público em todas as esferas da saúde, especialmente, no campo da AB, haja vista, ser nesta esfera o atendimento dos pacientes nos primeiros estágios da doença (BRASIL, 2014).

O MS por meio do Sistema de Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes (SIS/HIPERDIA) pretende rastreá-los, sendo as ações realizadas pelo programa HIPERDIA um caminho por ter a finalidade de gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição dos medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados, além de, subsidiar, aos gestores e profissionais de saúde, o acompanhamento de forma contínua sobre a qualidade clínica, controle de agravos e fatores de risco nesta população (MS, 2001; BRASIL, 2002).

Cabe explicar, ainda que por caminhos distintos, tanto a HA quanto a DM alteram a homeostase do sistema renal, diminuindo a capacidade da TFG, por isso a importância de conhecê-las (GYTON; HALL, 2011). Firma-se então a importância de entender o panorama geral destas enfermidades e de outras, relacionadas a DRC, se dá em virtude de manejar corretamente a doença, além disso, reforça a necessidade de alargar a implementação de medidas de educação em saúde a fim de evitar o desenvolvimento de outras DCNT (MS, 2014).

3.1.3 As DCNT e a DRC

Sabe-se que a implementação de políticas públicas destinadas a saúde e educação podem corroborar com melhorias na QV na população para qual são destinadas, logo, eventos como ausência de saneamento básico, falta de acesso a saúde pública, envelhecimento, desemprego, maus hábitos, entre outros, aumentam a ocorrência do desenvolvimento de doenças, como, por exemplo, as DCNT (BRASIL, 2015; AROKIASAMY *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2019).

Por serem crônicas as doenças definidas como DCNT não possuem cura, desse modo, uma vez instaladas se estendem para o resto da vida, resultam da combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais, além disso, estão ligadas, na grande maioria a políticas públicas ineficazes (BRASIL, 2015). As DCNT acometem pessoas de todas as classes sociais, fazem parte do seu cenário doenças respiratórias crônicas, DM e neoplasias, e possuem em comum fatores de risco danosos a saúde, como, por exemplo: tabagismo, uso nocivo do álcool, atividade física insuficiente, alimentação não saudável, entre outros

(BRASIL, 2015; AROKIASAMY *et al.*, 2017; CREWS; BELLO; SAADI, 2019; MALTA *et al.*, 2019).

Nesta vertente, podemos inferir que o aumento da incidência das DCNT impacta diretamente na QV de seus portadores, por gerarem incapacidade e limitações, especialmente, na faixa etária ativa no mundo do trabalho, refletindo assim no aumento dos custos econômicos públicos dispensados a esta população (BRASIL, 2015). A preocupação com as DCNT assumiu proporções globais após a emissão do parecer pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) que as caracterizou como um dos principais desafios em saúde pública das décadas futuras, por possuir particularidades correlacionadas a morbidade e mortalidade e pela estimativa que até 2030 52 milhões de pessoas no mundo morrerão de doenças correlacionadas a estas (AROKIASAMY *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2019).

No Brasil, estudos referenciaram que 72% dos óbitos na população adulta estão correlacionados as DCNT, além disso, 54 milhões de brasileiros atestam possuir doenças ou fatores de risco que fazem parte destas. Dentro deste contexto, o governo brasileiro traçou a meta de reduzir as taxas de mortalidade prematura nas pessoas na faixa etária dos 30 aos 69 anos, por meio do monitoramento dos fatores de risco, monitoramento da morbidade e mortalidade das DCNT e monitoramento e avaliação das ações de assistência e promoção da saúde (BRASIL, 2015; RELATÓRIO DO III FÓRUM DE MONITORAMENTO DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL, 2018).

Quanto à DRC, a importância de implementar ações no campo das DCNT, se dá em virtude de possuir em seu universo a DM e a DCV (MARINHO *et al.*, 2017; BRASIL, 2018). Além disso, a DRC foi elevada, mundialmente, para a categoria de epidemia, por acumular particularidades que afetam todos os seguimentos da sociedade, 850 milhões de pessoas possuem alguma disfunção renal e podem desenvolver a doença, 2,4 milhões de mortes associadas as suas complicações, sexta causa de morte no mundo, prevalência que varia entre 8 a 16 % na população mundial (nos estágios de 1 a 5) (JHA, 2013). Soma-se, ainda custos elevados aos cofres públicos com tratamento de diálise e transplante renal, dentre outros; atrelado a estes dados estima-se que 5,4 milhões de pessoas até o ano de 2030 necessitarão de diálise ou transplante renal (BRASIL, 2018; JAGER *et al.*, 2019).

O último censo de diálise da SBN (2018) notificou que aproximadamente 134,464 mil brasileiros estão em tratamento dialítico, destes 41,5% estão na faixa etária entre 45 e 64 anos e 5,8% passaram por internação hospitalar causada pelas complicações da DRC; além disso, houve aumento na taxa de prevalência estimada de pacientes em diálise por região de 610 para

640 por milhão da população (pmp) em apenas um ano, 29,545 mil brasileiros na fila de espera para realizar transplante renal e 25,986 mil óbitos em pacientes em diálise. Sobre a região Centro Oeste, local da pesquisa, constatou-se aumento na taxa de incidência anual estimada de pacientes em diálise de 218 para 272 pmp.

De acordo com Marinho (2017) no Brasil a prevalência da DRC não é precisa, isto porque houve alteração de acordo com o termo utilizado na definição da doença e pelos critérios populacionais, embora, confirmou-se que entre três e seis milhões de brasileiros teriam a doença em seus primeiros estágios. Corroborando com estas estatísticas, Sesso *et al.* (2016), alertam que milhões de brasileiros apresentam algum grau de lesão renal e que a grande maioria desconhece, isto porque, como já dito, a DRC só apresenta sinais e sintomas visíveis em seus estágios mais avançadas.

Trazendo para o local desta pesquisa, os últimos dados encontrados sobre DRC no município de Dourados revelaram que este é referência no tratamento de hemodiálise para os 33 municípios que constituem sua macrorregião, contabilizando, 269 pacientes em tratamento de hemodiálise no Hospital Caixa Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul (CASSEMS) e no Centro de Nefrologia de Dourados (CENED). Já a nível ambulatorial, no Hospital do Coração (HC) são atendidos em média 12 pacientes/mês e no CENED 48 pacientes/mês, encaminhados via Sistema de Regulação (SISREG); contudo, neste nível de atendimento o Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD/EBSERH) é a principal referência, atendendo em média 10 pacientes/dia de segunda a quintas feiras, advindos das UBS e de toda macrorregião, oportuno, destacar que o HU/UFGD/EBSERH realiza TRS somente para pacientes internados (HU/UFGD/EBSERH, 2018; SISREG, 2018).

Visto o discorrido, pode-se afirmar que as DCNT corroboram para o aumento da DRC, logo, necessitam de ações públicas que minimizem seu avanço, mais uma vez, a educação em saúde emerge como caminho para êxito de tais ações.

3.1.4 Estadiamento da DRC

Conhecer o estadiamento da DRC faz parte do seu manejo, visto que, as ações educativas e o tratamento são realizados de acordo com o estágio que o paciente se encontra. A última diretriz da KDIGO (2012) manteve inalterado o estadiamento da DRC, além da determinação do diagnóstico, do estágio da doença, da classificação e do acompanhamento da progressão, devendo serem baseados no nível da TFG. A diretriz enfoca, ainda, que a associação

da TFG reduzida e a albuminúria elevada resulta no aumento da injúria renal, como demonstrado no Quadro 2 (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2012; BRASIL, 2014).

Quadro 2 - Estágios da DRC correlacionando com a TFG e classificação de albuminúria persistente e indicação de risco a ser monitorado.

DRC Classificação e Estadiamento				Estágio de dano do rim		
				Razão albumina/creatinina urinária		
Descrição e variação				Descrição e variação		
				A1	A2	A3
				Aumento normal a leve < 30 mg/g	Aumento moderado 30-300 mg/g	Aumento grave > 300 mg/g
Estadiamento da função renal TFG (mL/min/1,73m ²) Descrição e variação	G1	Normal ou alto	≥ 90	RB	RM	RA
	G2	Diminuição leve	60-89	RB	RM	RA
	G3a	Diminuição leve a moderada	45-59	RM	RA	RMA
	G3b	Diminuição moderada a grave	30-44	RA	RMA	RMA
	G4	Diminuição grave	15-29	RMA	RMA	RMA
	G5	Insuficiência renal	<15	RMA	RMA	RMA

Fonte: NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2012, adaptado SBN, 2013.

Dentro do universo estadiamento da DRC, as UBS atendem os pacientes nos estágios 1 e 2 e as Unidades de Atenção Especializadas (UAE) em DRC os demais estágios, assim, setores específicos em clínicas de TRS ou ambulatórios de nefrologia acoplados à hospitais são conceituadas como UAE, como é o local desta pesquisa, o ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH (BRASIL, 2014).

Como já referenciado, o público alvo desta pesquisa restringe-se aos pacientes em estágio 3a e 3b, considerando serem os atendidos no ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH, logo, deteremos a explanar somente o estágio 3 e suas subdivisões.

No Brasil a SBN (2014) segue a recomendação proposta pela *National Kidney Foundation* (2012) e subdivide o estágio 3 em 3a (TFG entre 59 e 45 mL/min/1,73m²) e 3b (entre 44 a 29 mL/min/1,73m²); neste estágio, as pessoas apresentam lesão renal com a TFG moderadamente reduzida. Basicamente, tanto no estágio 3a quanto no 3b, as condutas do tratamento conservador são semelhantes, a diferença de relevância refere-se a solicitação de exames complementares (MS, 2014).

Assim, os pacientes no estágio 3 devem ser acompanhados pelas UBS para tratamento dos fatores de risco modificáveis a fim de retardar a progressão da DRC e das DCV devendo, também, serem matriciados para as UAE em DRC quando apresentarem uma das seguintes

alterações clínicas: RAC (Relação albuminúria/creatinina) acima de 300 mg/g, se não diabético, e perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA) (BRASIL, 2014).

Como já dito, independente do estágio ser 3a ou 3b o Tratamento Conservador (TC) será instituído e permanecerá independentemente da evolução da doença, como descrito abaixo.

3.1.5 O Tratamento Conservador e as Terapias Renais Substitutivas

Por ser uma doença crônica, a DRC possui apenas tratamento, resumidamente, baseia-se em: diagnóstico precoce da doença, e após diagnóstico, encaminhamento imediato para tratamento nefrológico e implementação de medidas para preservar a função renal; desse modo, no intuito de postergar a progressão da DRC imediatamente após a confirmação de diagnóstico de DRC recomenda-se a implementação do TC (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; BRASIL, 2014; SBN, 2014).

O TC trata das intervenções terapêuticas clínicas, tem como principal objetivo retardar o avanço dos estágios da doença, reduzir os sintomas, prevenir complicações e agravos por meio da adoção de hábitos saudáveis; logo, deve ser mantido por tempo indeterminado, mesmo nos estágios avançados, quando se institui as TRS, ou seja, diálise ou transplante (BRASIL, 2014; SBN, 2014). Vale destacar, que estudos recentes, constataram a eficiência do TC no quesito qualidade de vida, também, nos pacientes na fase da Doença Renal Crônica Terminal (DRCT), que optaram por sua adoção ao invés das TRS (TERUEL *et al.*, 2015; MURTAGH *et al.*, 2016; DAVISON *et al.*, 2019).

Basicamente, as estratégias a serem implementadas no TC ao paciente público alvo desta pesquisa são: controle dos níveis pressóricos, a pressão arterial deve ser em média abaixo de 130x80 mmHg, controle dos níveis glicêmicos mantendo a hemoglobina glicada (HbA1c) menor que 7% e a glicemia de jejum abaixo de 140 mg/dl, adoção de dieta balanceada, reduzindo o consumo de sal, carboidratos e proteínas, abandono do consumo de gorduras e aderindo o consumo de verduras e legumes, consumo de 2 a 3 litros/dia de água tratada, abandono do uso de tabaco, álcool e refrigerantes, redução dos níveis séricos de colesterol, adoção de atividade física 5 vezes na semana por 30 minutos após liberação médica, uso de medicamentos que diminuam a proteinúria e para tratamento dos sinais, sintomas e complicações causadas pela DRC (BRASIL, 2014; SBN, 2014).

A primeira vista, pode-se presumir que a implementação do TC seja uma tarefa fácil, entretanto, por interferir diretamente em mudança de hábitos, construídos ao longo da vida,

concretiza-se como um desafio, considerando, que possa gerar conflitos e enfrentamentos, ao paciente, estendendo-se aos familiares; além disso, sofrem influência de variáveis que vão além do querer do paciente, a saber: as sociodemográficas e clínicas e estas por sua vez por políticas públicas eficazes (TERUEL *et al.*, 2015; MURTAGH *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2017; DAVISON *et al.*, 2019).

Então, ainda que o paciente aceite e incorpore a adoção de novos hábitos cabe aos órgãos públicos de saúde proporcionarem subsídios que facilitem sua adoção, como, por exemplo: acompanhamento ativo com nutricionista, psicóloga, farmacêutico, endocrinologista, assistente social, dentre outros integrantes da equipe multiprofissional, acessibilidade a grupos de apoio, abandono do uso do tabaco e álcool, implementação de programas de orientação educativa as principais causas da DRC, como, por exemplo, Hipertensão, entre outras ações (BRASIL, 2014).

Entretanto, cabe mencionar que ainda que o paciente adote as mudanças pertinentes do TC, a lesão renal poderá evoluir e o paciente ser estadiado no estágio 5D (dialítico), caso ocorra, normalmente, necessitará de realizar TRS. Diálise é o termo genérico utilizado para o processo de filtração do sangue, subdivide-se em: Diálise Peritoneal e Hemodiálise, ambas fazem a substituição de algumas funções dos rins por mecanismos distintos, já o Transplante Renal é a substituição do rim não funcionante por um novo órgão (BRASIL, 2014; SBN, 2014).

Adequado esclarecer que as TRS são válidas por postergarem os agravos e o óbito que a DRC pode causar no seu último estágio, porém, não resolvem o problema, salvo nos casos de insuficiência renal aguda, uma vez que agem nos pacientes no estágio 5D, portanto, não conseguem prevenir e retardar a progressão de seus estágios. Além disso, causam inúmeros transtornos ao paciente e familiares, como: limitações, perda de autonomia, dor, sofrimento, impactos econômicos, por muitas vezes ocorrer a perda do emprego, e altos custos aos cofres públicos (BRASIL, 2014; SBN, 2014).

Pelos motivos acima descritos, pode-se afirmar que a estratégia essencial, com real impacto ao portador de DRC em estágio 3, é sua conscientização, transformação e o autocuidado a respeito das particularidades da doença, bem como, a sua nova realidade de vida; neste sentido, a educação em saúde difundida por meio da educação dialógica problematizadora emerge como um caminho (FREIRE, 1980).

Vislumbrando auxiliar o portador com DRC e demais pessoas em convivência com a doença a desenvolverem o senso crítico e reflexivo, culminando na adoção de condutas capazes de minimizar seu avanço e melhorar sua QV, a implementação de ações educativas por meio de processo educativo são necessárias (KIRSZTAJN *et al.*, 2011; BRASIL, 2014; SBN, 2014;).

3.2 O Desenvolvimento de educação em saúde ao portador de DRC

3.2.1 O Binômio Educação e Saúde

Com o intuito de consolidar a emancipação no público alvo desta pesquisa, a respeito das particularidades da DRC, e sabendo, não ser de hoje, que a educação voltada para adultos proporciona impactos significativos, vislumbra-se a implementação da educação dialógica problematizadora, proposta por Freire (1980), como caminho para auxiliar o empoderamento ao paciente renal crônico.

Historicamente a educação para adultos no Brasil, iniciou-se na década de 1940, em virtude do alto índice de analfabetos entre os trabalhadores, fato que prejudicava o desenvolvimento industrial no país. Além disso, os analfabetos não possuíam direito ao voto, assim, os políticos perceberam um filão eleitoral nesta classe, desse modo, a educação para adultos emergiu como discurso político (FRIEDRICH, 2010; NESPOLI, 2015).

Nesta época, o educador Paulo Freire (1980) viu a possibilidade de alfabetizar adultos a fim de auxiliá-los a tornarem-se verdadeiramente cidadãos e não apenas aprender ler e escrever, servindo de mão de obra manipulável. Seguindo o pensar do autor e fazendo analogia com os dias atuais, o processo de educação aplicado para adultos deve ir além do agregar conhecimento sobre algo vivido que precisa ser modificado, deve contemplar a leitura crítica reflexiva sobre os obstáculos e problemas que dizem respeito ao cotidiano da pessoa e assim resultar no comando e resolução destas situações.

Resumindo, a educação para adultos deve culminar na conscientização e proporcionar ao homem tomar posse de sua realidade, conhecendo-a, desvendando-a e transformando-a; logo, o meio para alcançar estes objetivos seria a educação dialógica problematizadora, haja vista seus pressupostos, rompem com o modelo que apregoa, que o educador detém todo o conhecimento e o educando é apenas um ouvinte, predestinado a aceitar e repetir as informações recebidas sem questioná-las, impedido de refletir e atuar sobre sua realidade e problemas (FREIRE, 1980; FREIRE 1987).

Então, na tentativa de suprimir tal processo educativo, especialmente, para adultos, emerge a proposta pedagógica que enfatiza não existir detentor supremo do conhecimento, ressaltando que os envolvidos em uma determinada situação devem opinar e que suas experiências são valiosas para o aprendizado, ou seja, todos contribuem, ensinam e aprendem (FREIRE, 1980; FREIRE 1987).

Dando seguimento sobre o discorrido, para obtenção dos objetivos da educação dialógica problematizadora o meio para alcançá-la não poderia ser outro, se não o diálogo, por todas as prerrogativas que possui “é através do diálogo que ocorre a estimulação do senso crítico do indivíduo, este esta pautado na relação de confiança e autonomia do sujeito participante, assim, a educação problematizadora é conscientizadora, dialógica, e ocorre horizontalmente” (FREIRE, 1980).

O diálogo pode ser conceituado como a comunicação ou troca de ideias entre duas ou mais pessoas, onde todos possuem o direito à fala e a troca de experiências; com base neste princípio, o diálogo caracteriza-se como a estrutura fundamental da educação, estando intimamente ligado ao processo ensino aprendizagem e conseqüentemente com a realização de ações educativas (GOERGEN, 2010).

Nesta linha de raciocínio, onde a educação busca a conscientização e a saúde, tem em seu escopo, o bem-estar, físico, psíquico e social, pode-se inferir a existência do binômio educação dialógica problematizadora e educação em saúde, considerando, que estas ciências se inter-relacionam, se imbricam, se integram e se articulam, por possuírem objetivos em comum, dentre eles, melhorar a qualidade de vida da população (SCLIAR, 2007; SOUSA *et al.*, 2010).

Essa afirmativa concretiza-se ao observar que ambas são direitos fundamentais dos cidadãos brasileiros assegurados pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) que as referenciam como:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 1988, art. 205).

Oportuno mencionar que a educação em saúde como realizada, atualmente, sofreu várias alterações ao longo de sua história, sendo que no século XX o Estado desenvolvia estratégias de educação em saúde por meio da educação sanitária, que por sua vez, realizava campanhas sanitárias que objetivavam a prevenção das doenças, enfatizando, apenas, bons hábitos de higiene e ignorando todos os demais determinantes sociais (BARREIRO, 1980; VASCONCELOS, 2001).

O conhecimento transmitido era superficial e verticalizado, marcado por aspectos autoritário, tecnicista e biologicista; as classes populares na metodologia da educação sanitária eram tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias, não sendo considerado o conhecimento prévio e nem suas necessidades reais, logo, por estas características não produzia resultados de impacto na vida do cidadão brasileiro (VASCONCELOS, 2001).

Considerando a ineficácia do modelo tradicional, na década de 70, ocorreu a Reforma Sanitária, que tinha como objetivo desenvolver práticas educativas em saúde que deveriam contribuir para a conscientização dos sujeitos tornando-os agentes emancipados, participantes e ativos no processo saúde-doença (BARREIRO, 1980; VASCONCELOS, 2001).

Dando seguimento, e a fim de melhorar a educação em saúde, posteriormente, emerge o Movimento de Educação Popular em Saúde, criado por profissionais de saúde insatisfeitos com o governo pela imposição de práticas que não atendiam às reais necessidades da população brasileira; esse movimento deu origem a Educação Popular em Saúde, que por sua vez, tinha a finalidade de desenvolver estratégias de enfrentamento destinadas aos problemas de saúde encontrados na comunidade, conjecturando com os dias atuais, equipararia com a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BARREIRO, 1980; VASCONCELOS, 2001).

Vale destacar, que o Movimento de Educação Popular, protagonizado pelo educador Paulo Freire (1980), foi um marco de substituição da educação bancária para processos educativos mais democráticos onde a educação dialógica foi posta em prática; contudo, a educação em saúde, com os pressupostos atuais, firmou-se por meio da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e pela promulgação da atual Constituição Federal do Brasil (1988), conhecida como: Constituição Cidadã (BRASIL, 1988; VASCONCELOS, 2001).

Quanto a contribuição de Freire (1980) na educação em saúde como a conhecemos, ocorreu quando profissionais das várias áreas onde se pratica a educação conjecturaram as concepções da educação libertadora e transformadora e aplicaram-na. Assim, a partir deste entendimento palavras como: consciência, crítica, reflexão, autonomia, emancipação e empoderamento se tornaram presentes na implementação de processos educativos na área da saúde. Entretanto, devemos mencionar que intervenções educativas verticalizadas são praticadas, em muitos locais nos dias atuais, em todos os seguimentos da sociedade, incluindo para profissionais do setor da saúde (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006; RIBEIRO; ANDRADE, 2018).

A educação em saúde é aplicada nos mais diversos seguimentos da sociedade, possui várias vertentes, logo, seu conceito, também, é amplo, a depender do autor que a escreve, recentemente na disciplina de Educação em Saúde da 5º turma do Programa de Mestrado

Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul foi solicitado aos mestrandos que redesenhassem seu conceito, após a leitura de vários artigos sobre o tema, o da pesquisadora apresentou a seguinte redação:

A educação em saúde é o processo que visa a implementação de ações educativas destinadas a promoção, prevenção e recuperação da saúde, a educação dialógica problematizadora é um meio eficaz a ser utilizado como metodologia, por considerar o saber do público alvo sobre questões reais de sua vivência, portanto, o saber técnico do profissional não deve ser imposto. Tem como objetivo a construção intrínseca do processo reflexivo dos sujeitos envolvidos no processo de aprendizagem, além de auxiliar na autonomia do cuidado próprio, expandindo-se a familiares e demais pessoas que o cercam. A educação em saúde deve ser planejada de acordo com o contexto local, considerando os determinantes de saúde e nível de compreensão do educando e deve ser realizada em todos os espaços: escolas, hospitais, unidades de saúde, domicílios, no trabalho, na rua, nas igrejas, dentre outros. Os profissionais devem utilizar tecnologias educativas de acordo com o público que se deseja atingir, desenvolvendo habilidades de comunicação e práticas pedagógicas (MACEDO, 2018).

Formalmente, o MS conceitua a educação em saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006).

Dando seguimento ao seu conceito, autores como Kawamoto e Santos (1995) consideraram-na como: processo que ajuda a capacitar indivíduos ou grupos, Queiroz *et al.* (2008) enfatiza ser um processo dialógico, formativo e transformativo e que sofre influência cultural, social e política, devendo ser implementada individualmente ou em grupo, já Renovato (2017) completa, que a educação em saúde participou historicamente na mudança de comportamento das pessoas ao longo da história devendo ser praticada em todos os ambientes.

Atualmente, a educação em saúde é realizada, em sua grande maioria, por meio de programas governamentais, como, por exemplo, ações da ESF, de modo verticalizado e intervencionista; contudo, ainda, assim, possui méritos quanto a diversidade de assuntos abordados, regularidade, abrangência, entre outros; porém, inegavelmente a interação de saberes fica a desejar, sendo assim, um desafio a ser superado pelos profissionais educadores sua implementação de maneira horizontal (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006).

Conjecturando o transpor das barreiras citadas, os profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros, que assistem o portador de DRC devem realizar ações educativas durante todo o processo terapêutico dispensado, estendendo-as a família e comunidade, além disso, devem ser atreladas as necessidades deste público, isto porque a DRC pode causar desmotivação e a não adesão ao tratamento, dentre outros sentimentos e atitudes negativas (FREITAS *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2015).

Então, se o ponto de partida para realizar ações educativas que gerem real impacto na realidade dos sujeitos envolvidos é conhecer suas necessidades, convém primeiramente conceituar necessidades, entendida como:

“[...] desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social, independentemente do fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem” (HELLER, 1986).

A autora divide necessidade em dois tipos, as naturais e as necessárias. A primeira está relacionada à conservação e à perpetuação da vida, inclui alimentação, abrigo, necessidade de contato social, cooperação, entre outros, ou seja, abriga elementos relativos à auto conservação e à preservação da espécie. Já as necessidades necessárias incluem a liberdade, a autonomia, a auto realização, a autodeterminação, a atividade moral, a reflexão, dentre outras; assim, atendê-las depende do que os envolvidos entendem sobre cada uma (HELLER, 1986).

Enfim, para finalizar esta discussão podemos inferir que, ao conhecer as necessidades dos sujeitos envolvidos em um processo educativo sejam, naturais ou necessárias, o educador deve ter como meta, entender a realidade vivida dos educandos, e a partir disto, implementar ações educativas específicas que façam sentido e produzam, verdadeiramente, mudanças reais na vida dos envolvidos (EGRY, 2008).

3.2.2 A Educação Dialógica Problematicadora e a Pesquisa Ação

Dando seguimento e partindo da premissa que foram as necessidades dos participantes que conduziram a construção deste processo educativo ao definirem quais e como os conteúdos foram trabalhados, podemos, então, afirmar que a cooperação e participação entre pesquisadora e participantes foram atitudes legítimas para o êxito das ações educativas aqui desenvolvidas.

Assim, a educação dialógica problematizadora de Freire (1980) e a Pesquisa Ação (PA) na visão de Thiollent (2011) foram as referências utilizadas no percurso metodológico desta pesquisa.

A educação dialógica problematizadora emergiu do método educativo desenvolvido por Paulo Reglus Neves Freire (1980), atualmente, patrono da educação brasileira, o qual foi um educador, filósofo e intelectual, considerado, mundialmente, um dos pensadores mais notáveis na história da pedagogia moderna ao inovar a metodologia pedagógica; criou um método de estudo pautado na prática dialética problematizadora, que apregoava que o educando teria maior assimilação sobre o objeto de estudo quando este estivesse voltasse a sua realidade.

Autor de várias obras, dentre elas, a Pedagogia do Oprimido, considerada divisor de águas na educação brasileira, nela Freire (1992) diferencia a educação problematizadora da educação bancária; a bancária pregava a dominação, enquanto a problematizadora à libertação que evocava o crítico e reflexivo. Nestes preceitos a educação problematizadora dialógica apregoa aos educandos, serem protagonistas de suas vidas por meio de ações reflexivas vividas e não por meio da imposição da transferência do saber, que muitas vezes não faz sentido algum.

Em relação aos educadores, a educação dialógica problematizadora faz questionamentos sobre o ato de ensinar que vão desde a formação estendendo ao uso de tecnologias educativas utilizadas; além disso, Freire (2001) enfatizava que ao ensinar o educador deveria ser crítico sobre as práticas pedagógicas aplicadas, e se necessário criar e recriar novos caminhos a fim de melhorar o entendimento e aprendizagem do educando, portando, deve estar constantemente aperfeiçoando seus conhecimentos.

Neste sentido, a práxis freiriana enfatizava a importância do pensar mutuo, aluno e professor em sintonia, ambos participando no mesmo patamar do processo ensino aprendido. Seguindo esta linha de pensar, o processo educativo deve fundamentar-se em três pilares: educador, educando e objeto de conhecimento; além disso, deve ter como base o diálogo, estar pautado em concepções de ensinar, fazer, criar e recriar, englobando, também, adjetivos de humildade, curiosidade e comprometido com a aprendizagem crítica, considerando que todos os saberes são relevantes (FREIRE, 1992; FREIRE, 2001).

Assim, o modelo de educação proposto por Freire (2001), tece considerações de que o ensino será mais significativo se o educador valorizar e acionar as necessidades reais do educando e não apenas transferir seus conhecimentos.

Transferindo essas orientações ao processo educativo destinado ao portador de DRC faz-se necessário que algumas atitudes sejam consideradas, como, por exemplo, o vocabulário, o cotidiano e as experiências vividas pelos participantes. Neste contexto, a educação dialógica problematizadora corresponde ao compartilhamento de saberes entre pesquisadora e

participantes, especialmente, por abordar temas advindos de suas reais necessidades e valorizando o aprendizado reflexivo, logo, tais aspectos reforçam o uso da pesquisa ação neste processo educativo (FREIRE, 1980; FREIRE, 1992; FREIRE, 2001).

A PA é conceituada um tipo de pesquisa social com base empírica que intenciona resolver um problema ou situação coletiva onde os pesquisados são protagonistas e o pesquisador participa cooperando; tem como característica principal a participação das pessoas envolvidas produzindo conhecimento baseado em necessidades reais específicas. Por essas características vem sendo, largamente, utilizada entre pesquisadores ligados à área da saúde e educação, isto porque possui aspectos que auxiliam o desenvolvimento do conhecimento crítico reflexivo (THIOLENT, 2011).

Outro aspecto pertinente aos pressupostas da PA que vai de encontro com os objetivos deste processo educativo, refere-se a ação transformadora tão divagada por este tipo de pesquisa, contudo, convém explicar que quem define sua ocorrência são os participantes, ou seja, por si só a PA não resultará em ação transformadora, mas, sim, se for aceita e praticada pelos participantes (THIOLENT, 2011).

Neste contexto, o papel do pesquisador baseia-se praticamente em estimular e acompanhar as ações educativas, interferindo, somente, quando necessário ou nos assuntos relacionados de cunho científico. Assim, considerando os elementos pertinentes a PA, podemos inferir que o objetivo primário ao praticá-la é resolver dinamicamente os problemas, decisões, ações, negociações, conflitos e tomadas de consciência do grupo pesquisado sobre problemas reais vividos (THIOLENT, 2011).

3.2.3 Ações Educativas Destinadas a DRC

Sabendo que a implementação de ações educativas pautadas por meio da educação dialógica problematizadora (FREIRE, 1992) e da PA (THIOLENT, 2011) possibilitam a formação da responsabilidade solidária, propiciando o enfrentamento de desafios reais impostos pela vida, faz-se necessário o desenvolvimento de processo educativo pautado nestes pilares ao portador de DRC a fim de gerar resultados que minimizem os danos causados pelo processo do adoecer (KIRSZTAJN et al., 2011).

Ressalta-se que a aplicação destas metodologias no processo saúde doença torna-se viável ao paciente renal crônico porque o argumentar e contra argumentar dos envolvidos culmina na tentativa de resolução de seus problemas, especialmente, por ter como base o diálogo (KIRSZTAJN et al., 2011). Contudo, ao adotar o diálogo em um processo educativo o

educador deve atentar-se para prováveis riscos como, o tom de voz, o silêncio e a linguagem corporal dos participantes, tal observação visa detectar lacunas e assim corrigi-las (GOERGEN, 2010).

Neste seguimento, pode-se inferir que ações educativas dialógicas são melhor aceitas pelo público, por causarem resultados significativos na construção da autonomia, empoderamento e emancipação dos indivíduos, sobretudo por instigá-los à problematização, conscientização e conseqüentemente a transformação que repercute na melhoria da QV (FREIRE, 1992). Além disso, quando destinadas ao nefropata firmam-se estratégias essenciais para o retardamento dos estágios finais da DRC por propiciarem conhecimento sobre as especificidades da doença no quesito tratamento (BASTOS; KIRSTAJN, 2011; BERALDO *et al.*, 2017).

Evidente que, a implementação de ações educativas na DRC é imprescindível para minimizar seus agravos, entretanto, observa-se que estas estão muito aquém do recomendado, pois, poucos estudos abordam sobre os pacientes nos primeiros estágios da doença, além disso, a participação destes no processo educativo é ínfima (BASTOS; KIRSTAJN, 2011; BERALDO *et al.*, 2017).

Com o intuito de reafirmar a relevância das abordagens educativas destinadas a DRC, citamos alguns estudos internacionais e nacionais que reconheceram sua importância quanto: adesão ao tratamento, empoderamento, autoconhecimento, importância de conhecer suas necessidades e participação do público renal crônico.

Hwang, Tsai e Chen (2010) fizeram uma revisão, englobando as seguintes questões da DRC em Taiwan: dados epidemiológicos, padrões de doenças subjacentes, fatores de risco, preocupações com a saúde pública e um projeto preventivo; o resultado final foi a elaboração, implantação e implementação de um projeto preventivo para a DRC de abrangência nacional, com programa de atendimento multidisciplinar, o projeto provou sua eficácia na diminuição da incidência de diálise, mortalidade e custos médicos.

Em 2010 o Instituto Mexicano de Segurança, principal provedor de serviços de saúde no país, realizou um estudo que tinha como objetivo analisar um programa educacional para melhorar o estilo de vida e hábitos alimentares de pacientes portadores de fatores de risco para DRC. O programa acompanhou 51 pacientes que receberam intervenção educacional guiada por uma equipe de saúde multidisciplinar por quatro semanas (incluindo tópicos como gerenciamento emocional, padrões nutricionais, exercícios e problemas relacionados à saúde). O estudo constatou que a implementação de estratégias educacionais guiadas por profissionais de saúde (equipes multidisciplinares, incluindo médicos primários, nutricionistas, enfermeiros,

assistentes sociais) podem ser muito úteis na modificação do estilo de vida negativo e hábitos de dieta (MANZANO; RAMIREZ; SANABRIA, 2010).

Fadem *et al.* (2011) realizaram um estudo através da Associação Americana de Pacientes Renais (AAKP) que tinha o objetivo de conhecer o grau de satisfação dos pacientes com Doença Renal Crônica Terminal (DRCT), sua atual terapia renal substitutiva (TRS) e a educação que receberam antes de iniciar a terapia, os resultados demonstraram que os pacientes entrevistados não foram uniformemente aconselhados sobre todos os possíveis métodos de tratamento e, portanto, estavam apenas moderadamente satisfeitos com sua educação pré-tratamento.

Danguilan *et al.* (2013) desenvolveram um programa de educação por módulos destinado aos pacientes com DRC, com duração média de três a seis meses. A amostra foi de 229 pacientes, 10% estavam no estágio 3; foi aplicado questionário sobre as especificidades da doença aos participantes antes e após o início dos módulos; nos módulos destinados aos pacientes em estágio 3 eram abordados temas sobre anatomia, fisiologia da função renal, tipos de insuficiência renal, etiologia da DRC e estágios, sinais e sintomas, nutrição e medicamentos prescritos para pacientes com DRC; os pesquisadores concluíram que programa de educação e aconselhamento sobre a DRC foi eficaz para melhorar o conhecimento dos pacientes sobre a doença.

Shi *et al.* (2014) realizaram, na China, uma revisão sistemática da intervenção educacional versus cuidados de rotina para melhorar a qualidade de vida dos pacientes renais em relação a Doença Mineral Óssea (DMO), concluíram que a intervenção educativa é um método eficaz e benéfico por impactar positivamente na melhoria da qualidade de vida das pessoas com DMO e DRC, por adiar o agravamento da doença.

Estudo realizado nos Estados Unidos da América, por Narva, Norton e Boulware (2015) evidenciou que os obstáculos relacionados à implementação da educação aos portadores de DRC incluíam: baixa conscientização inicial, alfabetização, disponibilidade limitada de informações sobre a doença, falta de incentivos pelos gestores, entre outras; além disso, constataram que quando implementada, a educação pode aumentar o conhecimento do paciente, impactando diretamente em sua qualidade de vida, evidenciaram, também, que os pacientes participantes de programas de educação, normalmente, adiam o início da diálise, consomem menos anti-inflamatórios não esteroides (AINES), por possuírem conhecimentos sobre medicamentos, possuem sentimentos relacionados a esperança, dentre outros.

Stel *et al.* (2017) fizeram uma revisão narrativa da associação de fatores de risco na DRC, concluíram ser necessária uma abordagem efetiva em saúde pública abordando pacientes

portadores de risco e nos primeiros estágios da doença, a fim de prevenir a DRC e reduzir o risco de progressão.

Diamantidis e Becker (2014) fizeram uma revisão sistemática sobre o uso atual das plataformas das Tecnologias da Informação em Saúde (TIS) para melhorar o atendimento de pacientes com doença renal crônica (DRC), o estudo demonstrou que o uso das TIS como método para envolver indivíduos com DRC são amplo, embora, ainda, as TIS não possam substituir a relação médico-paciente, mas, que as TI em saúde podem ser integradas para criar estratégias de tratamento mais eficazes e eficientes para indivíduos com DRC, bastando apenas acessá-las.

Freitas (2010) realizou uma revisão de literatura, com o objetivo de identificar as ações educativas desenvolvidas pelo enfermeiro aos pacientes em tratamento dialítico, os resultados evidenciaram que as ações educativas estavam baseadas em discussões promovidas pelos enfermeiros através de dúvidas trazidas pelos pacientes, onde estas englobavam a fisiopatologia e causas da DRC, tratamento hemodialítico, alimentação e controle hídrico, apoio da família, o estudo evidenciou que os pacientes destacaram a importância da existência de um material educativo impresso.

Vieira *et al.* (2011) realizou estudo, pelo método relato de experiências, com o objetivo de relatar as experiências vivenciadas por uma acadêmica de enfermagem durante a realização de um estágio extracurricular em uma unidade de nefrologia. Os resultados demonstraram que os enfermeiros capacitam paciente /família e que o diálogo durante a assistência prestada é fundamental para adesão correta ao tratamento dialítico. Conclui-se que a ação do enfermeiro em nefrologia na educação em saúde, visa a promoção da saúde, prevenindo possíveis complicações durante todo o tratamento dialítico.

Bastos e Kirsztajn (2011) realizaram, por meio de artigo de revisão sobre a DRC abordando a importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise, concluíram que a DRC é um problema de grande relevância e é reconhecida como uma doença complexa que exige múltiplas abordagens no seu tratamento, que o diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e a instituição de medidas para diminuir/ interromper a progressão da DRC estão entre as estratégias-chave para melhorar os desfechos e que a chance de morte supera a de iniciar a TRS à medida que a DRC progride.

Silva *et al.* (2011) realizaram pesquisa descritiva, exploratória, qualitativa, em um Centro de Hemodiálise no Rio Grande do Sul, participou pacientes com DRC estágio 5D, o objetivo era conhecer as percepções dos pacientes com DRC acerca das mudanças ocorridas

em sua rotina de vida, decorrentes do tratamento de hemodiálise. Os resultados evidenciaram que os sentimentos iniciais de indignação e negação se modificam, restrições dos hábitos alimentares e hídricos, incapacidade ou limitação das atividades físicas, profissionais e de lazer foram as principais dificuldades identificadas.

Em 2013, um ensaio clínico controlado randomizado avaliou um programa educação nutricional com pacientes adultos em tratamento conservador acompanhados no ambulatório de DRC do Hospital Universitário Pedro Ernesto no Rio de Janeiro, tinha como objetivo confirmar a adesão a uma dieta pobre em proteínas além do aconselhamento dietético padrão nos participantes. Os participantes foram acompanhados por quatro meses, sendo ofertado material de educação nutricional composto por quatro ações diferentes para melhorar o conhecimento e a compreensão dos pacientes sobre a adesão a dieta pobre em proteínas e com baixo teor de sódio. Concluiu-se que o programa de educação nutricional se firmou eficaz na adesão dos pacientes às recomendações de ingestão de proteínas, assim, contribuiu para reduzir a ingestão de proteínas em pacientes com DRC estágio 3 a 5 (BARRETO *et al.*, 2013).

Dávila (2015) realizou uma revisão bibliográfica, por meio de artigos e dissertações publicados a partir de 2007 até 2015, com o objetivo de criar uma cartilha para acompanhamento e prevenção da doença renal crônica (DRC) em pacientes com Diabetes Mellitus (DM), o resultado final foi a criação de uma Cartilha informativa para educação em saúde, acompanhamento e prevenção da DRC para o paciente com DM.

Menon (2016) realizou um estudo quantitativo, descritivo, transversal em uma amostra de 183 pacientes submetidos à hemodiálise em duas Unidades Especializadas em DRC da região de Dourados, MS, teve como objetivo avaliar a qualidade de vida destes em tratamento hemodialítico no SUS, concluiu que programas e políticas públicas devem fortalecer os aspectos físicos destes pacientes e apoiar as atividades sociais que são consideradas significativas para a percepção da qualidade de vida dos mesmos.

Moraes *et al.* (2017) realizaram um estudo transversal, no ambulatório de nefrologia de um Hospital Federal, que tinha como objetivo analisar o Letramento Funcional em Saúde¹ (LFS) e o conhecimento sobre a DRC, foram entrevistados 60 pacientes em tratamento pré-dialítico, a maioria nos estágios 3 e 4. Os resultados evidenciaram que todos entrevistados apresentaram LFS inadequado, e a maioria apresentou conhecimento insuficiente em relação à doença e ao tratamento. A conclusão do estudo foi a necessidade de realização de estratégias

de intervenções adequadas ao limitado LFS¹ e maior conhecimento e habilidade dos profissionais para lidar com o assunto.

Beraldo *et al.* (2017) realizaram uma revisão sistemática integrativa de estudos publicados entre 2010 a 2015, sobre as propostas de natureza educativa, na abordagem a pessoas com DRC em hemodiálise. Concluíram que a exploração do tema qualidade de vida em pessoas com DRC é ampla e diversificada, sendo sua abordagem educativa discreta e pouco representativa quanto ao número de publicações disponíveis. Os poucos estudos que tratam do tema são unânimes em reconhecer a importância e relevância das abordagens educativas para pessoas com DRC. Conclui-se que a adesão, a participação e a emancipação dos pacientes devam ser consideradas e encorajadas.

Ferreira, Teixeira e Branco (2018) realizaram uma pesquisa convergente-assistencial, onde participaram portadores de doença renal crônica em estágio 4 e 5, que fizeram a opção do transplante renal como terapia renal de substituição, o estudo concluiu que o diálogo possibilitou a reflexão sobre a construção e reconstrução de saberes e práticas sobre o transplante renal e revelou uma corresponsabilidade entre profissionais, clientes e seus familiares no processo de recuperação do procedimento cirúrgico e manutenção do enxerto.

Padilha (2018) realizou estudo descritivo e exploratório, com o objetivo de investigar as dúvidas/necessidades das pessoas com DRC e a existência de um programa educacional em um serviço de Hemodiálise, os participantes revelaram a ausência e/ou conhecimento limitado sobre as questões que envolvem a DRC, identificou-se através dos discursos, necessidades de esclarecimentos, principalmente sobre como se desenvolve, diagnóstico precoce, prevenção e tratamentos. A conclusão foi a necessidade de uma reorientação da prática educacional neste serviço, com o objetivo de ofertar melhor esclarecimentos sobre a DRC.

Uma revisão sistemática realizada por Evangelidis *et al.* (2019) tinha como objetivo identificar e avaliar técnicas de mudança de comportamento e funções em intervenções no estilo de vida para prevenir a progressão da DRC; constatou-se por meio de 26 estudos envolvendo 4263 participantes, que a educação por meio de intervenção foi o método mais utilizado (21 intervenções) e o mais eficaz, as diversas funções de intervenções educativas incluíam: persuasão, modelagem e incentivo.

¹ Letramento Funcional em Saúde (LFS) é a capacidade cognitiva de entender, interpretar e aplicar informações escritas ou faladas sobre saúde; de forma que, em termos práticos, uma pessoa com nível de letramento satisfatório teria melhor condição de saúde do que um indivíduo com nível de letramento limitado, que teria menos noção da importância de medidas preventivas, por exemplo, ou maior dificuldade de entender instruções sobre a medicação (Adams *et al.*, 2009).

Percebe-se pelos estudos descritos a importância de ações educativas destinadas para o portador de DRC, evidente que existem mais pesquisas sobre o tema, embora, chama a atenção o número reduzido de pesquisas destinadas aos primeiros estágios, constatado apenas nas pesquisas de Danguilan *et al.* (2013), Ferreira, Teixeira e Branco (2018) e Moraes *et al.* (2017).

Observa-se, ainda, que a participação dos sujeitos na elaboração de material educativo é insignificante sendo somente considerado na de Dávila (2015); pode-se, então, afirmar que estes fatos vêm na contramão do que já é consenso, a implementação de ações educativas nos primeiros estágios da DRC ser importante estratégia no seu manejo, bem como, os portadores de DRC devem participar ativamente do processo educativo; neste sentido, torna-se imprescindível a implementação destas no manejo adequado da doença, devendo começar pelo autocuidado do paciente (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; KADIGO, 2012; BRASIL, 2014; SBN, 2014).

Neste contexto, instigar o autocuidado é fator preponderante para adesão de qualquer tratamento, especialmente, o destinado aos doentes crônicos, logo, deve ser estimulado por todos os membros que assistem o paciente bem como em todas as esferas onde é assistido; frente a afirmativa e pelo enfermeiro ser o profissional ligado ao cuidar e propagador de conhecimento ao público que assiste, discorre-se abaixo sua função enquanto construtor de processos educativos voltados aos pacientes portadores de DRC (BRASIL, 2013; FARIAS *et al.*, 2015).

3.2.4 O ser enfermeiro e a construção do processo educativo destinado ao portador de DRC

A Enfermagem é conceituada por Horta (1974) como a ciência e a arte de assistir o ser humano em suas necessidades básicas, ao longo do ciclo da vida, considerando princípios científicos, éticos e morais; possui em seu escopo a assistência à promoção, prevenção, recuperação e tratamento de doenças e agravos (HORTA, 1974; FRAGA *et al.*, 2018).

Nesta linha de raciocínio pode-se afirmar que a principal ação executada pelo enfermeiro é o cuidado ao paciente, entendido como um processo dinâmico, integral, planejado e fundamentado em evidências científicas; a assistência de enfermagem deve, portanto, estender-se a prática de orientação, a incluir o autocuidado aos pacientes sob seus cuidados, tal ação visa minimizar os agravos gerados pela sua deficiência, logo, uma das competências do ser enfermeiro é orientar o autocuidado, especialmente, nos pacientes institucionalizados (RIOS *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2017).

A precursora do autocuidado, no campo da enfermagem, foi a teórica Dorothea Elizabeth Orem, 1959, por meio do desenvolvimento da Teorias do autocuidado e do déficit do autocuidado. A base destas teorias são auxiliar o paciente a desempenhar seu autocuidado, contribuindo assim para a auto independência, em relação ao processo patológico em que se encontra, além de, possibilitar o autoconhecimento sobre prováveis complicações (OREM, 2001; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Sabe-se que os pacientes diagnosticados com doenças crônicas são submetidos a tratamentos contínuos, como, por exemplo, a DRC, e conseqüentemente podem gerar alterações na autoimagem, no autoconceito e na autoestima da pessoa, além de, complicações físicas, psicológicas e sociais, então, quando não conduzidas podem influenciar na efetividade do tratamento (BRASIL, 2014).

Neste contexto, o profissional enfermeiro, utilizando suas habilidades científicas, deve auxiliar o paciente portador de DRC a desenvolver seu autocuidado, por meio do desenvolvimento de processo educativo, que gere olhar crítico e reflexivo, culminando na autonomia e conseqüentemente melhor adaptação ao estado que se encontra, repercutindo assim, na melhoria de sua qualidade de vida (OREM, 2001; RIBEIRO; ANDRADE, 2018).

Nesta concepção, o enfermeiro ao desenvolver um processo educativo, vislumbrando a participação maciça das pessoas ao qual se destina, deve considerar e colocar em prática paradigmas propostos por Freire (1987), como os citados abaixo:

[...] o educador não é apenas um mero facilitador, deve conhecer o conteúdo daquilo que ensina (FREIRE, 2017).

[...] ensinar não é transferir conteúdo a ninguém, assim como aprender não é memorizar o perfil do conteúdo transferido no discurso vertical do professor (FREIRE, 1987).

[...] o papel do educador é ajudar o educando a descobrir que dentro das dificuldades há um momento de prazer, de alegria, de partilha, de troca de experiências (FREIRE, 2017).

Ao enfermeiro educador cabe, ainda, durante a implementação do processo educativo atentar-se para um fator preponderante, a curiosidade do educando sobre o conteúdo trabalhado (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011. Estudiosos sobre desenvolvimento de processos educativos afirmam que a instigação, provocação e estimulação, devem fazer parte das dinâmicas aplicadas, e estas devem retratar a realidade e reais necessidades estabelecendo assim relação

significativa para o público alvo (BRUSILOVSKY, 1989; VASCONCELOS, 1999; FERREIRA et al., 2019).

Logo, ao adotar a essência da educação freiriana (2003) o enfermeiro educador torna-se mediador, aplicando conhecimentos científicos (LOPES et al., 2008; TADDEO et al., 2012). Contudo, com o passar do tempo, assumirá o papel de coadjuvante no processo educativo, haja vista, que ao longo da execução da ação educativa é o participante que ditará qual dinâmica e temas serão abordados; a adoção desta mudança de papéis por parte do enfermeiro educador visa desencadear sentimentos como segurança e esperança, bem como, a visão de um bom prognóstico, podendo refletir na aceitação e adesão de novas terapêuticas (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013; RIBEIRO; ANDRADE, 2018; WONG *et al.*, 2018).

Então, para obtenção do êxito do processo educativo, o enfermeiro a frente de sua construção deve conhecer seu público, desde sua condição socioeconômica, cultural, patológica e até suas limitações de conhecimento sobre a doença, além de, considerar o contexto no qual o participante está inserido (BACKES *et al.*, 2008; TADDEO *et al.*, 2012; SANTOS, 2015; BONFIM *et al.*, 2017). Deve, também, considerar a individualidade do participante e desenvolver assistência com abordagem integral, dessa forma, o êxito poderá ser alcançado. Ao adotar estas condutas espera-se que a ação educativa não se limite apenas a doença e ao paciente, mas sim, estenda-se a questões referentes ao processo saúde-doença como um todo alcançando familiares e comunidade (SILVA *et al.*, 2017; RIBEIRO; ANDRADE, 2018).

Por fim, o enfermeiro educador para alcançar os benefícios que o processo educativo pode gerar deve implementá-lo no formato e em espaços que oportunizem a integração entre pacientes, membros da equipe multiprofissional e comunidade (WONG et al., 2018).

3.2.5 A Realização de Oficinas Educativas utilizando o recurso pedagógico rodas de conversa

Pelo descrito até o momento, constata-se que as ações educativas podem instigar mudança de comportamento e efetivamente auxiliar a adoção de hábitos saudáveis reduzindo o avanço da DRC (BRASIL, 2017). Desse modo, com a intenção de desenvolver educação em saúde que gere reflexões e conseqüentemente autonomia e transformação nas pessoas, conjectura-se que a realização de oficinas educativas utilizando roda de conversa seja um caminho (MARTINS; FREITAS; FELDKERCHER, 2009; MELO; CRUZ, 2014; MOURA; LIMA, 2014; VONS, SCOPEL; SCUR, 2015).

Oportuno, discorrer, sobre as estratégias utilizadas, a fim de entender o porquê da escolha e conceituá-las é o começo, alguns manuais sobre saúde e educação definem as oficinas como:

[...] uma atividade semiestruturada, na qual, por meio de jogos, dinâmicas ou brincadeiras espera-se que (os) as participantes reflitam e discutam sobre temas que lhe digam respeito. Apesar destas atividades não serem, em sua maioria, complexas elas exigem de quem as aplica um bom trabalho de planejamento e de organização (BRASIL, 2011, p 28).

Por serem dinâmicas, por abordarem temas emergidos das necessidades dos participantes e por possibilitarem a construção de novos conhecimentos são consideradas excelentes instrumentos educativos; além destas qualidades, propiciam aos participantes o compartilhamento de suas histórias de vida dando voz e vez, assim, valorizam as falas dos participantes e o envolvimento entre pesquisador e pesquisados flui com mais naturalidade (MARTINS; FREITAS; FELDKERCHER, 2009; MELO; CRUZ, 2014; VONS; SCOPEL; SCUR, 2015).

Na intenção de realizar oficina educativa como estratégia de educação em saúde participativa surge como coadjuvante o recurso pedagógico roda de conversa; muito utilizada em pesquisas na área da educação em saúde, por ter como característica primária a valorização da experiência dos indivíduos, além de, favorecer o diálogo, a participação, o respeito, o trabalho em grupo, dentre outras qualidades (BRASIL, 2001; GASKEL, 2002; AFONSO; ABADE, 2008; NASCIMENTO; SILVA, 2008; MANDRÁ; SILVEIRA, 2013; SAMPAIO *et al.*, 2014).

Por todos os atributos descritos acima, e por ser estratégia, já concretizada, em educação em saúde, especialmente, quando aplicada em pequenos grupos, as rodas de conversa emergem como recurso pedagógico democrático na execução das oficinas educativas, haja vista, que o formato em roda, proporciona a troca de saberes bidirecional e informal, além de, gerar um clima de descontração entre os participantes (GASKEL, 2002; AFONSO; ABADE, 2008; NASCIMENTO; SILVA, 2008; MANDRÁ; SILVEIRA, 2013; SAMPAIO *et al.*, 2014).

Corroborando com a afirmativa acima, citamos a definição de Nascimento e Silva (2009) para as rodas de conversa:

As rodas de conversa, metodologia bastante utilizada nos processos de leitura e intervenção comunitária, consistem em um método de participação coletiva de debates acerca de uma temática, através da criação de espaços de diálogo, nos quais os sujeitos podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. Tem como principal objetivo motivar a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da socialização de saberes e da reflexão voltada para a ação. Envolve, portanto, um conjunto de trocas de experiências, conversas, discussão e divulgação de conhecimentos entre os envolvidos nesta metodologia. (NASCIMENTO; SILVA, 2009).

Faz-se oportuno, ainda, mencionar que em virtude do formato informal da roda de conversa esta provoca a inclusão e a cooperação entre o enfermeiro educador e os participantes na construção do processo educativo; vale ressaltar, também, que durante a implementação deste recurso pedagógico, o enfermeiro educador deve observar e corrigir prováveis obstáculos que possa surgir, como, por exemplo, a postura dos participantes, linguagem, material de apoio e o local. Além disso, a caracterização do público é outro fator preponderante a ser considerado, como, por exemplo: gênero, faixa etária, escolaridade, ocupação, nível educativo e socioeconômico, dentre outros (COSTA *et al.*, 2015; BONFIM *et al.*, 2017; DIAS *et al.*, 2018).

Vale destacar que em relação aos temas abordados algumas particularidades requerem atenção redobrada, visto que podem interferir no sucesso do processo educativo; assim, os temas devem ser selecionados a partir das necessidades sinalizadas pelos participantes, estarem em consonância com a literatura científica, a linguagem adotada deve ser simples e compatível com o perfil do público alvo, a fim de melhorar a compreensão e participação evitando, também, intimidação e nervosismo nos participantes (BRASIL, 2014; CABRAL *et al.*, 2015; MACHADO *et al.*, 2016; BECKER *et al.*, 2018).

3.2.6 A Cartilha Enquanto Tecnologia Educativa e sua Aplicação pela Equipe de Saúde

O termo tecnologia provém de termos gregos “*techné*”, que significa saber fazer, e “*logos*”, podendo ser entendida como a junção entre a teoria e a prática. A evolução tecnológica é uma constante, desde a Revolução Industrial e em 1970 emerge o termo Tecnologias Educativas, destinadas ao campo da educação em saúde, desde então, o emprego das tecnologias educativas tornou-se aliado na propagação do conhecimento científico, auxiliando na prevenção de doenças, sendo, portanto, largamente utilizada em todos seguimentos da assistência à saúde, inclusive no desenvolvimento de processos educativos destinados aos

portadores de DCNT (ALTOÉ; SILVA, 2005; HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010; VERASZTO *et al.*, 2010).

Inúmeros são os conceitos para o termo tecnologia educativa, também intitulada educacional, iniciamos com a definição utilizada mais especificamente pela área da educação.

A tecnologia educativa pode ser entendida como a aplicação da tecnologia para a melhoria do processo educacional. Pretende, por meio delas, analisar os problemas ligados ao ensino e à aprendizagem, e por outro, elaborar, implantar e avaliar as soluções a estes problemas, através do desenvolvimento e exploração dos recursos educacionais (SOUZA; CUNHA, 2009).

Na área da saúde as tecnologias educativas são conceituadas como processo de intervenção utilizado na promoção, prevenção, diagnóstico, reabilitação ou tratamento de doenças, tem como finalidade melhorar o cuidado, individual ou coletivo, por meio da implementação de práticas educativas em saúde; são exemplos: medicamentos, materiais, equipamentos, procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte, além de, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais ocorre a implementação da assistência e a promoção a saúde (MERHY *et al.*, 2006; TEIXEIRA, 2010; FONSECA *et al.*, 2011).

Alguns autores subdividem as tecnologias educativas em três tipos, leves, leve-duras e duras. As leves são as relacionais a produção do vínculo, acolhimento, autonomização, as leve-duras são as tecnologias-saberes, estão estruturadas no processo de trabalho em saúde e as duras são as máquinas-ferramentas, como equipamentos, aparelhos, normas e estruturas organizacionais (TEIXEIRA, 2010).

Existem diversas tecnologias educativas que auxiliam o processo de ensino aprendizagem, sendo os mais citados os softwares educacionais, jogos educativos, *e-book*, livros didáticos online, manuais educativos, cartilhas educativas, dentre outros (CARVALHO, 2010). Dentre as tecnologias educativas impressas as cartilhas educativas destacam-se, sendo utilizadas na continuidade do processo de aprendizagem por serem consideradas materiais textuais legítimos no processo educativo para o público ao qual se destinam; além disso, possuem como característica expor a causa e a solução de um problema de saúde, muitas vezes por meio de figuras, facilitando assim o entendimento de doenças, dentre outros assuntos (REBERTE; HOGA; ZANIBONI, 2012; RODRIGUES, 2013; ALMEIDA, 2017).

Ao entender que as tecnologias educativas formam um conjunto de saberes e fazeres destinados as diversas terapêuticas, pode-se deduzir que os profissionais da saúde além de

prestarem assistência são também educadores, logo, utilizam-nas largamente nos mais diversos locais onde se realiza o cuidado, assim, tais profissionais são constantemente instigados a elaborar e utilizar tecnologias educativas a fim de facilitar o processo de educação em saúde de pacientes, familiares e cuidadores (REBERTE; HOGA; ZANIBONI, 2012; TUOT *et al.*, 2013; MANIVA, 2018).

Os profissionais de saúde formam e atuam de forma multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, constituem-se de: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, dentre outros. Assim, no processo de construção de uma tecnologia educativa todos os profissionais que fazem parte da equipe que assiste o público alvo deve participar de sua elaboração, cada um contribuindo de acordo com seus saberes específicos, contudo, estes saberes devem estar imbricados a fim de gerar a integralidade da assistência (SAAR; TREVIZAN, 2007; FERNANDES; BACKES, 2011).

Oportuno, ainda, mencionar que as tecnologias educativas são adotadas, amplamente, na implementação de ações educativas em saúde, estudos demonstraram serem de relevância no processo ensino-aprendizado e na adoção de boas práticas, por incentivarem o paciente a adotar comportamentos mais saudáveis com olhar crítico e reflexivo em relação ao processo saúde doença, além disso, auxiliam o paciente tornar-se construtor do seu conhecimento (VIEIRA *et al.*, 2011; BORSATO, 2014; ANDRADE; SOUZA; SILVA, 2019).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento da pesquisa

Este estudo foi idealizado a partir da necessidade da construção de um produto final, requisito para conclusão do curso de Mestrado Profissional Ensino em Saúde da UEMS. Assim, em seu ambiente de trabalho a pesquisadora constatou a necessidade de uma tecnologia educativa destinada ao paciente portador de DRC estágio 3 atendido no ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.

Realizou-se uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, com recorte transversal, sendo adotadas a PA (Thiollent, 2011) e a educação dialógica problematizadora (Freire, 1980) enquanto método e estratégia.

A amostra dos participantes foi determinada pelo método da conveniência, ou seja, os primeiros pacientes que chegavam no ambulatório, foi empregada a saturação das informações.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do questionário semiestruturado, elaborado pela pesquisadora, e entrevistas face a face (Apêndice B), a qual foi audiogravada e depois transcrita, realizada entre os meses de fevereiro e abril.

A interpretação do questionário e da entrevista foi apoiada na análise de conteúdo temática, no intuito de compreender melhor a realidade vivenciada pelo paciente com DRC a nível ambulatorial (BARDIN, 2011).

Os principais dados do questionário foram questões sociodemográficas, dados clínicos, antropométricos, exame físico, valores pressóricos, história de vida dos participantes após o diagnóstico da DRC, dentre outros.

A análise dos dados subsidiou a construção da Cartilha Educativa, o Projeto de Extensão e a avaliação dos mesmos pelos pacientes participantes.

Primeiramente foi realizada a coleta, organização e a análise do conteúdo. A partir da análise do conteúdo foi construída a tecnologia educativa, no caso a cartilha, voltada para pacientes que vivem com DRC, atendidos em ambulatório de nefrologia, no intuito de prevenir o avanço da doença e ainda promover a saúde.

A cartilha educativa foi analisada pela equipe multiprofissional que atende no setor de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH. Além disso, participaram do processo educativo acadêmicos da graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS/Dourados), sendo que essas atividades foram desenvolvidas entre os meses de maio a dezembro de 2019, por meio da execução de Projeto de Extensão.

Tendo em vista criar soluções convergentes aos problemas levantados, a presente pesquisa implementou o Projeto de Extensão de modo dialógico no intuito de avaliar, reformular e adequar a cartilha educativa junto aos profissionais que ficam mais próximos aos pacientes que são atendidos regularmente no serviço de nefrologia ambulatorial.

4.2 Local e período de realização da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Dourados, estado de Mato Grosso do Sul, mais especificamente no ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH, o qual possui como principal característica o fato de ser um hospital de natureza pública e integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe de atendimento 100% SUS.

Além disso, tem por objetivo a prestação de assistência à saúde de qualidade à população, além do vínculo acadêmico de apoio à pesquisa e extensão, junto a Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), sendo, portanto, de grande relevância na formação de recursos humanos junto às atividades de graduação e pós-graduação.

O HU/UFGD/EBSERH se caracteriza como unidade hospitalar referência da sua macrorregião que abrange 33 municípios, realiza atendimentos a nível ambulatorial em algumas especialidades, além de, média e alta complexidade hospitalar; e explica-se que o ambulatório de nefrologia funciona de segunda a quinta feira e atende em média 10 pacientes/dia (HU/UFGD/EBSERH, 2018).

A coleta de dados e demais atividades foram realizadas por um período de dez meses, de fevereiro a dezembro de 2019.

4.3 Participantes da coleta de dados das entrevistas, das oficinas educativas e da construção da cartilha

A população deste processo educativo constituiu-se de 246 pacientes, sendo 17 pessoas atendidas, exclusivamente, no ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH, os quais responderam ao questionário e foram entrevistados e 229 pacientes participantes das oficinas e construção da cartilha educativa provenientes dos consultórios da nefrologia, endocrinologia, cardiologia, reumatologia e urologia.

Participaram da análise dos *banners* e da cartilha educativa quatro nefrologistas, dois enfermeiros nefrologistas, uma assistente social, uma nutricionista e um farmacêutico, com exceção da nutricionista os demais profissionais são funcionários do HU/UFGD/EBSERH.

Houve também a participação de quatro acadêmicos do 1º ano do curso de Enfermagem da UEMS/Dourados e um enfermeiro mestrando do Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde, que integravam o projeto de extensão da referida universidade, estes auxiliavam anotando as expressões corporais e falas dos pacientes e na teatralização durante as oficinas educativas.

Os participantes das oficinas não eram os mesmos, isto porque a periodicidade de retorno dos pacientes é a cada 3 meses, considerando que estão em estágio 3 da DRC, conforme preconizado pelo MS (2014), porém, alguns pacientes retornam a cada 45 dias, a depender de alterações no quadro clínico ou nos exames laboratoriais, então, todas as oficinas contemplavam o mesmo assunto e a mesma dinâmica.

Para os participantes que responderam ao questionário e também foram entrevistados, primeiramente, foi realizado um convite antes ou após as consultas com os nefrologistas, já, para os participantes das oficinas, o convite foi realizado antes da consulta, pois as atividades educativas foram realizadas enquanto aguardavam ser atendidos.

Todos os participantes eram maiores de 18 anos, aceitaram, leram e assinaram o TCLE (Apêndice A).

4.3.1 Critérios de Inclusão

Os participantes atenderam os seguintes critérios: ser adulto ou idoso, em tratamento no Ambulatório de Nefrologia do HU/UFGD/EBSERH ou atendidos nos demais ambulatórios localizados no mesmo espaço físico do local da pesquisa.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão foram menores de 18 anos.

4.4 Aspectos Éticos

A realização do trabalho foi autorizada pela Comissão de Avaliação em Pesquisa e Extensão (CAPE) do HU/UFGD/EBSERH (Anexo A). O projeto foi submetido na Plataforma Brasil e na íntegra ao Comitê de Ética com Seres Humanos (CESH) da UEMS, sendo o mesmo aprovado por meio do protocolo número 3.069.638 e (Anexo B).

Os participantes, após receberem o convite, foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, etapas, formato, riscos e benefícios. Foi garantido o sigilo de identidade e que não haveria nenhuma forma de pagamento pela participação do estudo e caso se recusassem a participar sua vontade seria respeitada conforme as Diretrizes da Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que traz as normas para pesquisas envolvendo seres humanos.

4.5 Etapas da Coleta de Dados

4.5.1 Aplicação do questionário e entrevista face a face

Nesta etapa da coleta de dados foi aplicado questionário semiestruturado (Apêndice B) e realizadas entrevistas entre 17 pacientes atendidos no ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH, por conveniência e livre demanda, sendo obedecidos os critérios de exclusão e inclusão.

Vale mencionar que o questionário semiestruturado foi preenchido pela pesquisadora.

A coleta dos dados foi realizada por um período de dois meses, ou seja, de fevereiro a abril de 2019, sendo o encerramento feito por meio do método de saturação. Utilizou-se, ainda, o prontuário do paciente para obter dados não contemplados nas etapas anteriores, como, por exemplo, resultados de exames laboratoriais.

A aplicação do questionário e as entrevistas foram efetivadas no ambulatório, especificamente, no consultório médico, sala 21, de maneira protegida e individualizada, sendo gravadas em áudio com o consentimento prévio do entrevistado e para isso utilizou-se um Mídia Player - MP4.

As entrevistas continuaram até ser constatada a saturação teórica, ou seja, quando as informações obtidas começaram a se repetir, não havendo nenhuma informação adicional. A saturação ocorreu no 12º participante, contudo, as entrevistas estenderam-se até o 17º participante para que pacientes atendidos pelos quatro nefrologistas fizessem parte da amostra e assim diferentes percepções em relação ao atendimento multiprofissional, que era uma das perguntas, fossem contempladas.

O tempo de duração das gravações das entrevistas totalizou 20h49min, já o número de páginas referente as transcrições foram de 151 páginas.

O questionário semiestruturado, incluía perguntas diretas ao paciente realizadas pela pesquisadora e ocorreu durante a entrevista face a face, sendo norteada por um roteiro formado pelas principais estratégias usadas no TC da DRC. Os principais aspectos apontados foram:

modificações da dieta, medicações e estilo de vida, e foi solicitado aos participantes falarem sobre sua história de vida e aspectos relacionados com as variáveis diretamente associadas ao desenvolvimento e evolução da doença.

Cabe explicar que, nesta etapa, a pesquisadora permaneceu em horário e tempo de funcionamento do ambulatório de nefrologia, ou seja, das 12h às 16h, para entrevistar os participantes que preferiram responder as perguntas após terem passado pela consulta médica.

Foi garantido o anonimato da identidade de todos os participantes por meio da codificação pela letra E de entrevistado (a), seguida do número da entrevista realizada (E1, E2, E3, e assim sucessivamente) (SZYMANSKI, 2011).

4.5.1.1 Coleta dos Dados Sociodemográficos, Clínicos e Direitos Previdenciários e da Assistência Social

Para caracterizar os 17 portadores de DRC foram utilizadas 25 variáveis, a saber: sociodemográficos: sexo, idade, cor, escolaridade, religião, estado civil, cor, trabalha com registro, renda familiar/salário mínimo vigente (SMV), quantas pessoas dependem da renda, tipo de residência (alvenaria/madeira/mista, própria/alugada/cedida, urbana/rural), município de residência.

Os dados clínicos foram: causa do desenvolvimento da DRC, quando iniciou o acompanhamento com o nefrologista, estágio, fatores de risco, comorbidades, sinais e sintomas, internações recentes e qual a causa, medidas antropométricas, acompanhamento por equipe multidisciplinar, exames laboratoriais, estado vacinal e medicamentos de uso contínuo.

Em relação aos direitos da Assistência Social e Previdenciária foi perguntado por quais benefícios os participantes foram contemplados, sendo assim, listados os seguintes: Gratuidade Cultural, Isenção do Imposto de Renda, sobre os proventos da aposentadoria, reforma e pensão, IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores), IPI e IOF (Imposto sobre Produtos Industrializados e Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguros), ICMS (Imposto sobre Circulação e Mercadoria de Serviços), IPTU (Imposto Predial e Territorial Urbano) e saque do FGTS/ PIS/ PASEP (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, Programa de Integração Social e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público), Quitação do Financiamento da Casa Própria, Benefício de Prestação Continuada (BPC), Prioridade na Tramitação de Procedimentos Judiciais e Administrativos, Tratamento Fora do Município (TFM), Acesso ao Tratamento Especializado (Informações, Consultas, Exames, dentre outros), Fornecimento Gratuito de Medicamentos, Passe Livre Interestadual, Passe Livre dentro do

estado de moradia, Passe Livre dentro do município de moradia, Aposentadoria por invalidez e Auxílio-doença (MARTINS; JUNIOR; MARTINS, 2010; BUSSAB; MORETTIN, 2013; SANTOS, 2013).

Algumas variáveis foram coletadas diretamente com o paciente, outras, como, por exemplo, exames laboratoriais, tempo de acompanhamento com o nefrologia, internações, entre outras, foram obtidas no prontuário. Em relação aos sinais e sintomas registrou-se os constatados no momento da triagem e também os que constavam no prontuário e anotados na última consulta. No tocante aos exames laboratoriais registrou-se os últimos resultados que se encontravam alterados e os que fazem parte do protocolo proposto pelo MS (BRASIL, 2014).

4.5.1.2 Realização do exame físico e aferição da Pressão Arterial (PA)

Foi realizado pela pesquisadora, enquanto enfermeira, exame físico e aferição da pressão arterial em todos os pacientes entrevistados, sendo o mesmo realizado com o paciente deitado em decúbito dorsal em maca fixa, dentro do consultório do nefrologista, abrangendo os seguintes seguimentos corporais:

- Cabeça e pescoço: a) boca: condição dentária, mucosa oral, b) olhos: integridade, alterações visuais e edema palpebral, c) ouvidos: integridade, acuidade, presença de alterações como dor, zumbido, secreção, d) pescoço: integridade e presença de alterações como êxtase jugular;

- Tronco e abdome: a) integridade, coloração e turgor do tegumento cutâneo, b) ausculta cardíaca e pulmonar, evidência de alterações cardiorrespiratórias: pré-cardialgia, palpitações, estase de jugular, dispnéia (caracterizando: frequência, intensidade, duração, tipo e correlação com fatores desencadeantes), tosse (intensidade e qualidade), c) Percussão de flancos: Giordano +, d) Inspeção, ausculta e percussão do abdome, evidencia de massas e viceromegalias.

- Membros superiores e inferiores: a) integridade, coloração e turgor do revestimento cutâneo, b) presença de edema, varizes, câimbras, dor muscular, c) alterações na locomoção, sensibilidade e movimentação.

- Queixas: a) de ordem física: verificada a existência de outras alterações, b) de ordem emocional: estabilidade psíquica frente a situações estressantes.

Posteriormente ao exame físico, aferiu-se a PA do participante, utilizando esfigmomanômetro disponível no consultório; sendo o paciente sentado em maca fixa e orientado a permanecer em silêncio, certificado que o mesmo não estava com a bexiga cheia e solicitado que repouse o braço esquerdo sobre a maca.

Foi localizada a artéria braquial por palpação, colocado o manguito cerca de 2 cm a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial, palpado o pulso radial e inflado o manguito até seu desaparecimento no nível da pressão sistólica, colocado o estetoscópio nos ouvidos, com a curvatura voltada para frente, posicionado a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, procedido à deflação, constatando a pressão sistólica e diastólica, sendo, posteriormente anotados os valores em mmHg no prontuário eletrônico do paciente, bem como no questionário.

4.5.1.3 Situação nutricional

Dentre as medidas antropométricas foram verificados o peso, altura e medidas de cintura e quadril, em todos os 17 participantes entrevistados, sendo os dados anotados no questionário de cada um.

As variáveis coletadas foram: peso, altura, para aferição do peso, a balança utilizada foi a mesma usada pelos nefrologistas do local da pesquisa. Cabe destacar que a pesquisadora permaneceu o tempo todo ao lado do paciente durante a coleta dos dados antropométricos, evitando assim possíveis quedas. A altura foi determinada, utilizando-se um estadiômetro fixo na balança, com precisão de 0,1cm (LOHMAN; ROCHE; MARTORELL, 1988).

Convém mencionar que o participante era colocado na balança descalço, ereto e com menos roupa possível, a situação nutricional dos entrevistados foi estimada pelo Índice de Massa Corporal ($IMC = \text{peso em kg}/\text{altura}^2 \text{ em metros}$).

Adequado explicar que o IMC de adultos se baseou nos valores preconizados pela WHO (1998), os pontos de corte adotados para a classificação foram $\leq 18,4$ (baixo peso); 18,5 – 24,9 (eutrofia); 25,0 – 29,9 (sobrepeso) e acima de 30,0 (obesidade), o IMC para os idosos, a partir de valores preconizados por Lipschitz (1994), os pontos de corte adotados para a classificação foram: $< 22,0$ (desnutrição); 22,0 – 27,0 (normal) e $> 27,0$ (obesidade).

Oportuno comentar que os dados foram coletados e anotados no questionário semiestruturado utilizado na entrevista (Apêndice B) para cálculo posterior, pela própria pesquisadora.

4.5.1.3.1 Relação da cintura para o quadril (RCQ)

As circunferências da cintura e do quadril foram obtidas com uma fita inelástica, segundo as técnicas propostas por Callway (1988), o participante ficava em pé, com os pés

juntos, os braços estendidos lateralmente e o abdome relaxado, a circunferência da cintura foi medida sem contato com roupas, a fita foi colocada ao redor da cintura normal, em plano horizontal, no ponto mais estreito ou da menor curvatura localizada entre as costelas e a crista ilíaca.

A circunferência do quadril foi medida com a pessoa trajando roupas leves e soltas, em pé, com os braços levantados para os lados e os pés juntos, a pesquisadora permaneceu sentada ao lado do participante, no intuito de melhorar a visualização do nível da extensão máxima dos glúteos, dispondo a fita antropométrica em plano horizontal, que foi estendida sobre a pele sem comprimir as partes moles.

Os dados destas medidas foram anotados e feitos os cálculos para a RCQ, dividindo-se a medida da circunferência da cintura (cm) pela do quadril (cm). Uma RCQ de 1,0 ou mais para homens e de 0,8 para mulheres eram indicativos de obesidade androide e associado com risco aumentado de doenças relacionadas com a obesidade; cabe explicar que esses dados também foram coletados e anotados no (Apêndice B) pela própria pesquisadora (CALLWAY, 1988; LIMA *et al.*, 2011).

Oportuno esclarecer que os dados antropométricos supracitados foram coletados no consultório onde ocorria a consulta com o nefrologista.

4.6 Análise dos Dados Coletados

O método para análise dos dados aplicado nesta pesquisa foi o proposto por Bardin (2011), a análise de conteúdo, isto porque expõe as necessidades comuns dos participantes, estando, assim, de acordo com os pressupostos da educação problematizadora e da PA.

Assim, os dados coletados foram categorizados e posteriormente identificadas as questões comuns.

Esse método conceitua a análise como um conjunto de técnicas, utiliza procedimentos sistemáticos para codificação do conteúdo proveniente das mensagens provenientes dos participantes, assim, tem como característica principal a inferência das comunicações entre os indivíduos pesquisados, enfatizando o conteúdo das mensagens e os aspectos qualitativos do método, ou seja, a análise de conteúdo consiste na leitura detalhada de todo o material transcrito, na identificação de palavras e conjuntos de palavras que tenham sentido para desvendar o objeto da pesquisa (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo segundo Bardin (2011) deve ser realizada em três fases: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Assim, na primeira fase deve ser

estabelecido um esquema de trabalho preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis, na segunda fase realiza-se o cumprimento das decisões tomadas na etapa anterior e, por fim, na terceira etapa, o pesquisador, converte os resultados brutos em significativos e válidos.

Seguindo o método acima descrito, os dados dos conteúdos provenientes das entrevistas foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo. Na fase da pré-análise foram escolhidos os documentos para análise, retomando os objetivos iniciais da pesquisa e elaborando os indicadores que orientaram a interpretação final dos resultados, isto aconteceu por meio da leitura das entrevistas e das dúvidas dos participantes anotadas durante as oficinas educativas.

Na fase de exploração do material ocorreu a transformação dos dados brutos, para alcançar o núcleo de compreensão do texto, sendo efetuada a leitura exaustiva das entrevistas e anotações, destacando os temas importantes que emergiram, os mesmos foram codificados posteriormente.

Na fase de tratamento os resultados obtidos foram interpretados e os temas principais colocados em evidência, após, procedeu à releitura do material categorizado e a reflexão crítica dos resultados.

Encontrado os temas principais partimos para a elaboração do conteúdo baseado na literatura científica, para definição dos assuntos, relevantes, a serem abordados primeiramente nos banners, recurso visual utilizado nas oficinas educativas para contextualizar as especificidades da DRC, e posteriormente para a construção da cartilha educativa.

Os dados para caracterização dos participantes, como sociodemográficos, clínicos, antropométricos e dos direitos da Previdência e da Assistência Social foram compilados no programa Microsoft Office Excel 2007 para Windows, sendo realizada análise descritiva simples e se utilizou medidas de tendência central para as variáveis contínuas, e percentagem total dos casos para as categorias (BUSSAB; MORETTIN, 2013).

4.7 A implementação do Projeto de Extensão, das Oficinas Educativas e da Cartilha

Após a coleta dos dados gerais foi elaborado um projeto de Extensão, aprovado pelo edital nº 001/2019 – DEX/PROEC/ UEMS edital de fluxo contínuo das ações de extensão (programas, projetos e cursos) com o número de protocolo 335813.1810.326550.18062019 e cadastrado com o número 45/2019-DEX PROEC/UEMS (Anexo C).

O preparo pedagógico se iniciou com a apresentação dos objetivos aos acadêmicos de enfermagem da UEMS/Dourados. Para melhor apreensão do tema foi fornecido cinco artigos

científicos que explanavam as especificidades da DRC, os *banners* e a cartilha educativa, ambos no formato pdf, posteriormente, discutiu-se sobre as dúvidas pertinentes as particularidades da doença em quatro encontros com duração de uma hora realizados na sala 21 do Bloco D na UEMS/Dourados.

Para construção e avaliação da cartilha educativa foram realizadas 12 oficinas na sala de espera dos ambulatórios 1 e 2 do HU/UFMG/EBSERH que ocorreram no mês de setembro de 2019, iniciavam as 12h e terminavam as 13h, esporadicamente, as 13h30min; tinham como objetivo a reflexão crítica acerca das especificidades da DRC.

Os conteúdos apresentados por meio dos seis *banners* relatavam as principais questões identificadas a partir do questionário e entrevistas, ou seja, baseados nas respostas e indagações dos participantes em relação aos aspectos gerais da DRC, como, por exemplo, definição, sintomatologia, diagnóstico, estágios da DRC, tratamento, dentre outros, sendo baseadas nos pressupostos da educação dialógica problematizadora e na PA, utilizando linguagem compatível com escolaridade dos participantes (FREIRE, 1980; THIOLENT, 2011).

Explica-se, que outras demandas e questionamentos foram surgindo ao longo da execução das atividades extencionistas, incrementando os assuntos a serem discutidos, por meio de perguntas feitas diretamente ao grupo ou de maneira individual.

Inicialmente a cartilha foi apresentada no formato colorido em papel A4, na 9ª e 10ª oficina, após a realização dos ajustes propostos por pacientes e profissionais foi apresentada no formato final na 11ª e 12ª oficina.

Ao término de cada oficina, os participantes foram convidados a preencherem o formulário de avaliação, referente ao desenvolvimento das oficinas e da cartilha educativa (Apêndice C), 179 participantes avaliaram as oficinas e a cartilha inicial e final.

4.8 A Construção dos *Banners* e da Cartilha Educativa

Para melhor entendimento do percurso realizado para o desenvolvimento dos *banners* e construção da cartilha educativa, na Figura (1) estão descritas as etapas realizadas, lembrando que utilizou-se como base o fluxograma proposto por Echer (2005), adaptando-o a realidade da pesquisa.

Figura 1 - Percurso da construção e análise dos *banners* e da cartilha educativa.



Fonte: A pesquisadora, 2019.

A primeira fase, o diagnóstico situacional, constituiu-se em conhecer as necessidades dos pacientes e o conhecimento sobre a DRC, obtidos por meio da aplicação de questionário semiestruturado, prontuário do paciente, entrevista face a face realizadas em etapa anterior.

No segundo momento foi elaborado o conteúdo baseado na literatura científica e nas necessidades dos participantes, sendo realizado um levantamento bibliográfico por meio de produções científicas, trabalhos originais de revisão e estudos clínicos na língua inglesa, espanhola e portuguesa, com restrição para publicações no período de 2010 a 2019, e destes, os disponíveis gratuitamente na internet, que abordassem a DRC.

Para atingir a fase três, construiu-se ilustrações que representavam os dados coletados a partir das entrevistas, conservando a linguagem dos entrevistados. Assim, elaborou-se seis *banners* nas medidas de 130x90 cm, sendo utilizando lona vinil para posteriormente permitir o uso pelo serviço, que narravam a história da descoberta da DRC e suas particularidades, entre um rim feminino, sem a doença, o rim masculino, nefropata, e o rim nefrologista (que representava o médico nefrologista), estando intitulados: Ações de Educação em Saúde entre Pacientes com Doença Renal Crônica, mesmo título utilizado pelo projeto de extensão.

Nesta etapa foi criado, também, as ilustrações, diagramação e composição do layout, construídas sob orientação da pesquisadora e com o auxílio de uma designer gráfico, utilizando o Software Microsoft Power Point 2010.

Quanto ao conteúdo científico, algumas informações consideradas essenciais para melhor compreensão do tema foram abordadas por meio de figuras, as figuras que retratavam as TRS foram retiradas da internet no site da SBN e do MS.

Em relação a confecção das imagens, letras e cores, utilizou-se como pano de fundo externo a imagem da frente do ambulatório de nefrologia do HU/UFMG/EBSERH e interno o consultório onde acontecem as consultas médicas.

Passamos para a fase quatro, análise dos *banners* pela equipe multiprofissional e pacientes no intuito de expressarem a opinião e contribuição nos conteúdos abordados nas oficinas educativas. Para os profissionais participantes, quatro nefrologistas e assistente social, o material educativo foi enviado via e-mail, no formato de Power Point 2010, para fins de análise, recomendações, sugestões e correções.

Entre os pacientes esta fase ocorreu na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.

Por último, a fase cinco resultou na finalização da cartilha educativa, a qual foi dividida em dois períodos. Destaca-se que o conteúdo e layout foram submetidos a dois novos processos de análise, inicial e final, ação necessária para reforçar sua legitimidade, os aspectos analisados pelos profissionais faziam referência aos seguintes questionamentos: os assuntos abordados eram adequados para serem usados com paciente renal crônico em estágio 3?; os assuntos estavam organizados de modo a facilitar a compreensão do público?; as ilustrações serviam para complementar o texto?; os conteúdos abordados auxiliavam o processo de conscientização do público alvo sobre as especificidades da DRC?

Quanto ao desenvolvimento das oficinas educativas, faz-se oportuno ressaltar, que a metodologia utilizada foi realizada em conformidade com o processo educativo dialógico defendido pela educação problematizadora e pela PA e assim, ocorreram de maneira horizontal, incentivando a participação e trocas de saberes dos envolvidos sobre os temas abordados (THIOLLENT, 2011; FREIRE, 2017).

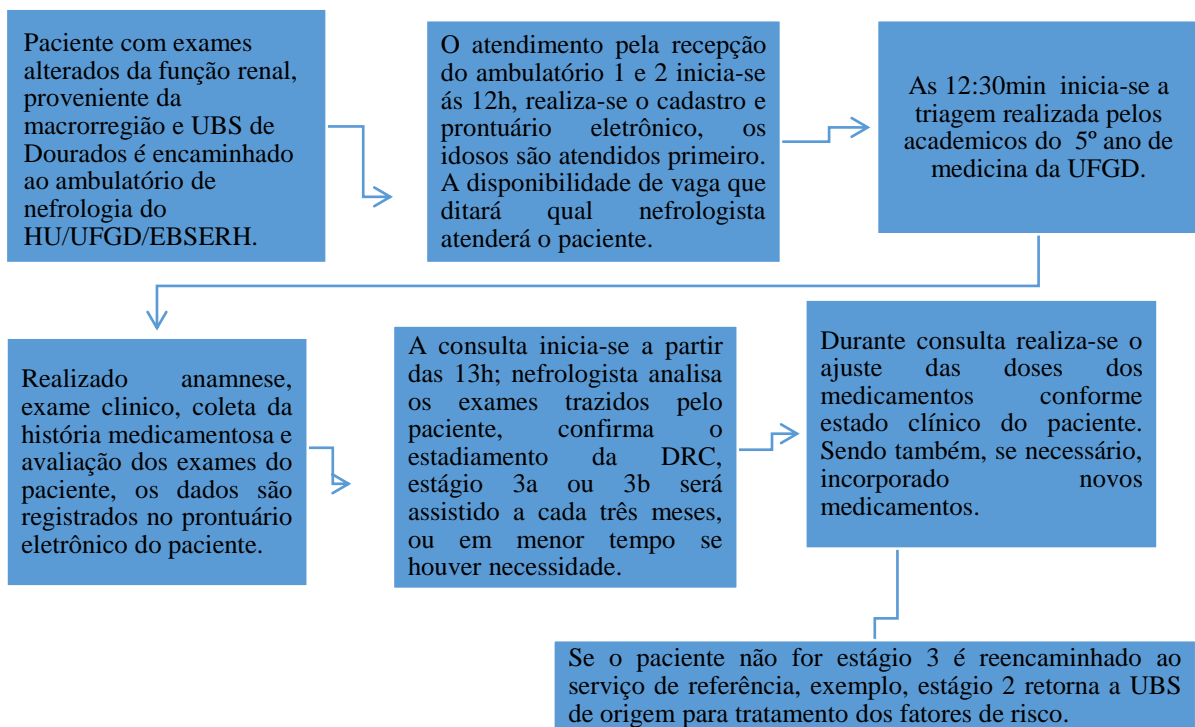
Para firmar as bases metodológicas adotadas, a roda de conversa e a teatralização foram as estratégias educativas escolhidas para explanação dos conteúdos apresentados nos *banners*. A escolha pela roda de conversa se deu por sua base ser o diálogo e interação, nesse sentido, oportunizando e valorizando as falas de todos os participantes, estando assim em sintonia com os pressupostos freireanos da educação dialógica problematizadora (FREIRE, 2017).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor visualização e compreensão este tópico foi dividido; primeiro será apresentada a caracterização dos participantes a partir dos dados coletados pelo questionário semiestruturado e pelas entrevistas, em segundo momento serão apresentadas as categorias temáticas que emergiram da coleta de dados quanto as necessidades de conhecimento sobre a DRC, em terceiro momento a construção e análise da cartilha e o desenvolvimento das oficinas educativas.

Para entendimento do funcionamento segue fluxograma (Figura 2), construído a partir da realidade, de atendimento ao paciente nefropata atendido no ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.

Figura 2 - Fluxograma de atendimento ao paciente renal crônico no ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.



Fonte: A pesquisadora, 2019.

De acordo com Brasil (2014), essa ferramenta permite associar os pacientes com fatores de risco, tratamento das causas reversíveis da lesão renal, postergação do avanço da doença para os estágios finais, além da, identificação e tratamento de comorbidades e fatores que

pioram a função renal, como, por exemplo, o uso de agentes nefrotóxicos, dentre outros benefícios.

Traçar o fluxograma de atendimento ao portador de DRC estágio 3 foi de grande valia, pois, oportunizou detectar eventuais erros de encaminhamentos, diagnóstico e identificação dos pacientes e como demonstrado o fluxograma instituído pelo HU/UFGD/EBSERH está em conformidade com o proposto nas diretrizes clínicas para o cuidado com o paciente com DRC no SUS (BRASIL, 2014).

5.1 Caracterização dos participantes quanto às condições sociodemográficas

Sabe-se que a caracterização de pacientes atendidos em unidades de saúde proporciona melhorias na assistência dispensada, maior adesão ao tratamento, redução do tempo de internação, melhor prognóstico, redução de custos e consequentemente atendimento humanizado e individualizado gerando assim resultados positivos, logo, repercutirá na qualidade de vida destes (NASCIMENTO *et al.*, 2018). Logo na tabela (1) estão resumidas a caracterização sociodemográfica dos participantes.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos 17 participantes entrevistados do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH, fevereiro a março de 2019.

Variáveis socioeconômicas e demográficas	N	%
Sexo		
Masculino	9	52,95
Feminino	8	47,05
Cor (auto declarada)		
Branca	13	76,45
Parda	1	5,89
Preta	2	11,77
Amarelo	1	5,89
Escolaridade		
Não alfabetizado	2	11,77
Menor que 1 ano	2	11,77
Menor que 8 anos	8	47,05
Ensino Médio	2	11,77
Ensino Superior Incompleto	1	5,89
Ensino Superior Completo	1	5,89
Pós Graduação	1	5,89
Trabalha Registrado		
Sim	2	11,77
Não	7	41,18
Aposentado	8	47,05
Renda Familiar		
1 a 3 (SMV)	11	64,70
3 a 5 (SMV)	1	5,89
Acima de 5 (SMV)	5	29,41
Quantas pessoas dependem da renda familiar		

2	4	23,52
3	5	29,41
Acima de 4	8	47,05
Município de Residência		
Dourados	10	58,82
Outros	7	41,18
Total	17	100,0

Fonte: A pesquisadora, 2019.

Em relação a variável sexo o cenário nacional exposto no último censo da SBN (2018) e também internacional indicam discreta predominância do sexo masculino, estando assim em conformidade com esta pesquisa.

Os autores associaram essa diferença ao fato das mulheres procurarem mais assistência médica. Porém, chama atenção o crescimento da DRC neste público, já sendo a oitava causa de morte em mulheres, podendo estar associada ao predomínio feminino na população brasileira a doenças auto imunes, pela anatomia feminina facilitar infecções do trato urinário, além de, eventos provenientes do universo feminino como, por exemplo, gestação, uso de anticoncepcionais, menopausa, dentre outros, que incidem sobre fatores de risco relacionados a DRC (INSTITUTO DE MÉTRICA E AVALIAÇÃO EM SAÚDE, 2013; LUFT *et al.*, 2016; MARINHO *et al.*, 2017; SARMENTO *et al.*, 2018).

Oportuno comentar, que esse resultado, também, pode estar associado a postergação dos homens irem ao médico, na vigência de fatores de risco e comorbidades associadas a DRC. Além disso, os homens tendem a não aderir às medidas preventivas e rotineiras de cuidados a saúde por questões culturais, e por adotarem, mais, condutas danosas a saúde que as mulheres, como, por exemplo, tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo, obesidade, dentre outras (BRASIL, 2008; COELHO *et al.*, 2018; PICCIN *et al.*, 2018).

A DRC foi mais prevalente nos participantes com idade superior a 60 anos, 12 (70,58%), houve porcentagem semelhante entre os estratos de 40 a 59 anos ou mais que 70 anos, sendo dois (11,78%) participantes em cada uma, chamou atenção que apenas um (5,89%) participante possui menos que 40 anos, sendo esta do sexo feminino.

Assim os números desta variável conferem tanto com censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (2018) quanto com outros estudos que apontaram que a maioria dos pacientes portadores de DRC no Brasil estão na faixa etária entre 50 a 70 anos, advento associado ao envelhecimento da população, a redução da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), a doenças prevalentes desta faixa etária, dentre outros eventos (GESUALDO *et al.*, 2016; LUFT *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2017; SARMENTO *et al.*, 2018; SBN, 2018).

Observou-se, também, a predominância da cor branca 13 (76,45%), seguida da cor preta dois (11,77%) e com apenas um (5,89%) participante pardo e um amarelo. Em relação a esta variável é importante enfatizar que a mesma foi auto declarada, contudo, o resultado foi o mesmo na percepção da pesquisadora. Constatou-se compatibilidade com os estudos que retratam a predominância da cor branca nos portadores de DRC no Brasil (LUFT *et al.*, 2016; PICCIN *et al.*, 2018; BRASIL, 2018; SBN, 2018).

Apontou-se, pelos dados, que 10 (58,82%) participantes eram casados, ou seja, têm um relacionamento estável, enquanto que cinco (29,41%) divorciados e dois (11,77%) viúvos. Outro ponto observado, foi a presença da família, sabe-se que, independente do grau de parentesco e idade do participante, o acompanhante é de grande valia no manejo da DRC, pois, sua presença e colaboração pode auxiliar postergar o avanço da doença, fato confirmado ao analisar que independentemente da idade apenas um participante não estava acompanhado por familiar e pelo relato dos participantes que alegaram ser importante a presença destes durante o tratamento (SALGADO *et al.*, 2016; BONASSI; NAVARRO, 2018).

Em relação ao nível de escolaridade, oito (47,05 %) participantes referiram ter escolaridade inferior ao ensino médio, outros dois (11,77%) participantes declararam serem analfabetos e outros dois (11,77%) alfabetizados, mas, com apenas um ano de escolaridade, dois (11,77%) participantes haviam concluído o ensino médio, e ainda, dois (11,77%) participantes afirmaram possuir ensino superior, sendo um com pós-graduação e um (5,89%) participante afirmou possuir ensino superior incompleto.

Sobre a variável trabalho registrado, dois (11,77%) participantes responderam estarem trabalhando com carteira assinada e sete (41,18%) que não, oito (47,05%) participantes se declararam aposentados. Foi perguntado, também, aos participantes se exerciam alguma atividade laboral informal, que resulta-se em renda extra, seis (35,29%) participantes declararam que sim, sendo as atividades realizadas: vendedor ambulante, catador de reciclável, babá e diarista.

Em relação a falta de trabalho sem carteira registrada o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelou que o panorama nacional consta com mais de 12 milhões de brasileiros desempregados no 2º trimestre do ano de 2020, assim, está variável local encontra-se condizente com a realidade nacional (BRASIL, 2020)

Já sobre a renda mensal familiar, 11 (64,70%) participantes recebem de um a três salários mínimos, um (5,89%) participante de três a cinco e cinco (29,41 %) participantes mais que cinco, sendo que a média da renda foi de 3,7 salários mínimos. Agregada a esta variável, detectou-se o número de pessoas que dependem da renda familiar, sendo duas pessoas para

quatro (23,52 %) participantes, três pessoas para cinco (29,41 %) participantes e mais que quatro pessoas dependentes da renda como realidade para oito (47,05 %) participantes. Assim, verificou-se que a média do número de pessoas que dependem da renda familiar foi de 2,9 pessoas.

Ao observarmos as variáveis escolaridade (47,05%), não trabalha no momento com registro (41,18%), renda familiar (64,70%) e quantas pessoas dependem da renda (47,05%) foi encontrado em nosso estudo um número elevado de participantes com menor escolaridade e vulneráveis economicamente. Embasado em estudos, pode-se supor que estes estejam mais suscetíveis a doenças, podendo associá-las a hábitos relacionados aos fatores de risco da DRC, restrição de alimentação saudável, obesidade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, além disso, falta de saneamento básico, moradia, entre outros determinantes sociais (GARCIA; JHA, 2015; RODRIGUES, SOLVEIRA, 2015; JESUS *et al.*, 2019).

Evidenciou-se pelos resultados que 12 (70,58%) participantes residem na zona urbana, 16 (94,12%) em residências de alvenaria e 14 (83,35%) possuem residência própria, entretanto, supõem-se que a renda média de R\$ 2,994,00 não poderia subsidiar elementos básicos de uma família constituída de quatro ou mais pessoas, como: aluguel, água, luz, alimentação, transporte, lazer, medicamentos, dentre outros (GIROTTO *et al.*, 2013; JHA *et al.*, 2013; GARCIA; JHA, 2015; RODRIGUES, SILVEIRA, 2015; JESUS *et al.*, 2019).

Buscou-se ainda conhecer a procedência dos entrevistados, 10 (58,82%) participantes responderam residirem no município local da pesquisa e sete (41,18%) são oriundos dos municípios que compõem a macrorregião. Integrada a esta, foi perguntado, sobre o meio de transporte que utilizavam para chegar ao ambulatório de nefrologia e constatou-se que os moradores do município utilizavam carro (próprio ou carona) (58,82%) dos participantes.

Em contrapartida, os participantes oriundos de outros municípios (41,18%) utilizavam o transporte fornecido pela secretaria de saúde. Nota-se, que estes resultados, também, estão em conformidades com demais estudos, ou seja, existe uma demanda importante oriunda de município circunvizinhos e que fazem parte da macrorregião (SBN, 2018).

Embora (58,82%) participantes sejam do município local da pesquisa, convém ressaltar sobre o deslocamento dos participantes oriundos de outros municípios, pois, mais de 40% dependem de transportes oferecidos por suas prefeituras e fazem viagens longas, muitas vezes permanecendo o dia inteiro fora da cidade de origem, situação que reflete negativamente na QV desta população e explicita a deficiência de distribuição dos centros especializados de nefrologia no país e especificamente na região do estudo como evidenciado pelo censo da SBN (2018).

No quesito religião, 15 (88,22%) pacientes declararam frequentar regularmente uma denominação, contrapondo-se a dois (11,77%) que enfatizaram serem ateus. Notou-se que os declarados religiosos, acrescentaram que a fé foi uma ajudadora nos momentos difíceis que sucederam a descoberta da doença; estudos de longa data como os de Hiil *et al.* (2006) e Luchetti *et al.* (2011), já evidenciaram que em idosos a espiritualidade influencia de modo positivo a adesão ao tratamento de doenças, especialmente as crônicas, fortalecendo a esperança e vínculos familiares, assim melhoram a qualidade de vida de todos em convivência com o renal crônico (JUNIOR *et al.*, 2015; LEIMIG *et al.*, 2018; BRAVIN *et al.*, 2019).

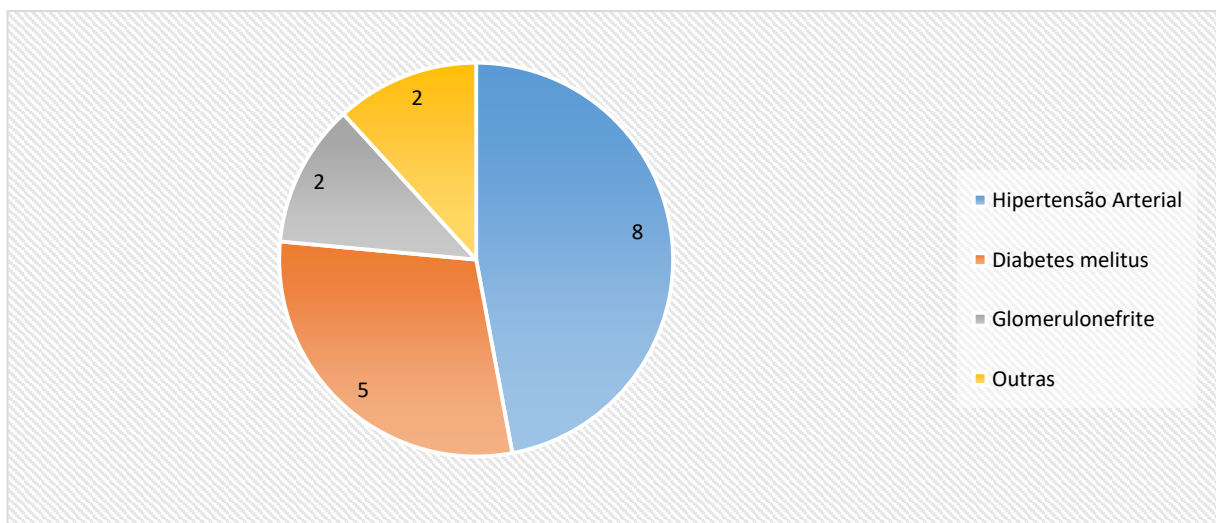
Convém ressaltar, ainda, que a religião proporciona segurança que conseqüentemente reduz o estresse, fator da elevação dos níveis séricos de hormônios como cortisol e adrenalina, os quais são considerados potencializadores do aumento dos valores pressóricos e glicêmicos (GUYTON; HALL, 2011).

5.2 Caracterização dos participantes quanto às condições clínicas

Sobre a caracterização clínica cabe registrar que dos 17 participantes apenas um (5,89%) estava na primeira consulta, dois (11,77%) estavam na segunda consulta e os demais 14 (82,36%) já faziam acompanhamento no ambulatório há mais de três meses.

No Gráfico (1) estão retratadas as doenças de base, as quais podem ser consideradas causadoras da DRC, nesta pesquisa.

Gráfico 1 - Diagnóstico das causas de DRC dos 17 participantes do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH (MS), fevereiro a março de 2019.



Fonte: A pesquisadora, 2019.

Como demonstrado dentre as doenças de base, associadas ao desenvolvimento e evolução da DRC, a HA foi a causa entre oito (47,06%) dos participantes, seguida da DM entre cinco (29,42%), Glomerulonefrite verificada entre dois (11,77%) pacientes, sendo uma (5,89%) causada por Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Além disso, observou-se a partir do prontuário que as outras causas estavam relacionadas a Doença Renal Policística (DRP) e a Pielonefrite.

Convém mencionar que de todos participantes diagnosticados com DRC, 13 (76,47%) eram hipertensos e destes, oito (47,06%), também, eram diabéticos, ou seja, oito participantes eram portadores de ambas as patologias. Estes dados reforçam o que inúmeros estudos atestam, ou seja, quando existem mais doenças associadas o risco de desenvolvimento de DRC aumenta, como, por exemplo, as Doenças Cardiovasculares (DCV), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Insuficiência Cardíaca (IC), dentre outras.

Vale destacar, que a prevalência das DCV e HA em idosos tem aumentado, sendo aproximadamente o dobro entre os diabéticos quando comparado com os não diabéticos, assim, quando associadas, estas enfermidades podem desencadear invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o paciente, família e sociedade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017; FRANCISCO *et al.*, 2018; COCKWEL; FISHER, 2020).

Arelada a esta variável clínica foi realizado um comparativo em relação ao tempo de diagnóstico da doença de base com o tempo de diagnóstico da DRC. Assim, constatou-se, que o tempo médio de diagnóstico para evolução da DRC variou conforme a patologia de base, ou seja, nos portadores de glomerulonefrite, pielonefrite e LES a evolução para DRC ocorreu em média após dois anos de diagnóstico da doença de base. Entre os hipertensos, diabéticos e com DRP o diagnóstico de DRC ocorreu em média após 10 anos, demonstrando ser uma doença de evolução insidiosa e reafirmando a necessidade da identificação precoce e orientações nestes pacientes.

Constatou-se que entre os participantes, desta pesquisa, os portadores de Glomerulonefrite, Pielonefrite e LES são mais vulneráveis, quanto ao tempo de desenvolvimento para DRC, contudo, vale destacar que a portadora de pielonefrite evoluiu para DRC em virtude de uma sepse seguida de Parada Cardiorrespiratória (PCR).

Convém, enfatizar, que o tempo da lesão renal para atingir os estágios finais da doença é variável e não depende, apenas, da doença de base, mas, sim de controle dos valores glicêmicos e pressóricos, aspectos imunitários, sobrecargas proteicas da dieta, hiperlipidemia, estados sépticos, dentre outros distúrbios, uso de medicamentos, dentre outros (ROBBINS;

COTRAN, 2005). Ainda sobre este achado, estudos, afirmam, que à associação de certos processos patológicos com hábitos danosos a saúde podem desencadear a esclerose glomerular e potencializar a redução do filtrado glomerular, levando assim ao estado de injúria renal que poderá culminar na DRC (MARQUITO *et al.*, 2014; ALVES; GORDAN, 2014; ALVES *et al.*, 2017; SOUZA; SILVA; COELHO, 2017; PINHEIRO *et al.*, 2019; COCKWEL; FISHER, 2020).

Em relação ao perfil clínico dos pacientes entrevistados os dados provenientes das causas divergem dos internacionais, onde a DM assinalou-se como a principal doença de base (KDIGO, 2012). Entretanto, no panorama brasileiro estão em conformidade com o último censo da SBN (2018) que atesta ser a HA a primeira causa de DRC, seguida da DM, embora, alguns, estudos retratarem ser a DM desde a década passada (RIBEIRO *et al.*, 2008; DALAPICOLA, 2013).

Quanto as demais doenças de base encontradas, há consenso sobre as glomerulonefrites ser a terceira causa e variação sobre as demais (KDIGO, 2012; BRASIL, 2014; SBN, 2018). Além disso, ressalta-se a relação entre a idade do paciente e algumas etiologias da DRC, ou seja, hipertensão, diabetes e doença renal policística predominaram nos pacientes acima de 60 anos, enquanto, a glomerulonefrite e pielonefrite em pacientes mais jovens, abaixo de 50 anos (MARINHO *et al.*, 2017; WEBSTER *et al.*, 2017; SBN, 2018; PICCIN *et al.*, 2018; COCKWEL; FISHER, 2020).

Em relação ao estadiamento da doença, todos os pacientes deste estudo se encontravam no estágio 3 e ao subdividir os diferentes estágios encontramos sete (41,18%) participantes no estágio 3a e 10 (58,82%) no 3b. Explica-se que, para determinar o estadiamento da doença foi utilizada a equação de Cockcroft-Gault (KDIGO, 2012).

A partir do estadiamento da doença entre os participantes, percebeu-se que o fluxograma de avaliação de paciente com DRC estava em conformidade ao proposto pelo MS (2014), que orienta acompanhamento dos portadores de fatores de risco com TFG igual ou abaixo de 30/min/1,73m² nos centros especializados em DRC. No entanto, no ambulatório onde foi realizada a pesquisa, não foi estabelecida a subdivisão em 3a e 3b como recomendado pelo MS (2014), contudo, todos os participantes apresentavam TFG abaixo de 30/min/1,73m², conforme preconizado por Brasil (2014).

Na Tabela (2) estão apresentadas as demais variáveis clínicas encontradas a partir de dados obtidos por meio do prontuário do paciente e também coletadas a partir do questionário semiestruturado e nas entrevistas. As demais variáveis foram divididas em fatores de risco e comorbidades associados a DRC.

Tabela 2 - Caracterização clínica dos 17 participantes do ambulatório de nefrologia do HU/UFMG/EBSERH, fevereiro a março de 2019.

Variáveis clínicas	N	%
Fatores de risco		
HA	13	76,47
DM	8	47,05
Sedentarismo	15	88,23
Tabagismo	5	29,41
Obesidade	13	76,47
Uso de Anti inflamatório não esteroidal	3	17,64
Etilista	1	5,89
Historico familiar de DRC	5	29,41
Comorbidades		
HA	13	76,47
Dislipdemia	5	29,41
Acidente vascular cerebral (AVE)	2	11,77
Infarto agudo do miocardio (IAM)	1	5,89
Insuficiência Cardíaca (IC)	3	17,64
Retinopatia diabetica	3	17,64
Artrite reumatóide	2	11,77
DM	8	47,05

Fonte: A pesquisadora, 2019.

Explica-se que no tocante ao sedentarismo os participantes referiram não realizar nenhuma atividade física, fato que corrobora com a obesidade. Além disso, o tabagismo e histórico familiar de DRC estavam presentes cada um em cinco (29,41%) pacientes, sendo predominantemente entre o sexo masculino. Oportuno enfatizar que, do total de participantes, oito (47,05%) possuíam mais de um fator de risco. Vale mencionar, que a HA e DM são caracterizadas como causa, fatores de risco e comorbidades a depender do momento que surgem no diagnóstico da DRC (BRASIL, 2014).

Assim, evidenciou-se a concordância com outras pesquisas que relacionaram, HA e DM são fatores de risco que interferem ativamente na patogênese da DRC (KDIGO, 2012; PINHO; OLIVEIRA; PIERIN, 2015). Além destes fatores, a obesidade, sedentarismo, tabagismo, as doenças cardiovasculares (DCV) e o histórico familiar contribuem para o desenvolvimento de lesões renais acentuando o grau de desenvolvimento de DRC (KDIGO, 2012).

Sendo assim, a identificação precoce se torna imprescindível e deve iniciar, precocemente, por meio dos atendimentos realizados na Atenção Básica (AB). Quanto as comorbidades, conforme descrito acima, a HA e a DM foram as que se destacaram seguida das

associadas as DCV, sendo consenso nos estudos mundiais e brasileiros (CRENSIGLOVA *et al.*, 2015; CORREIA *et al.*, 2017; LIMA; CASEIRO; GAGLIANI, 2017; MENEZES *et al.*, 2017; PICCIN *et al.*, 2018; COCKWEL; FISHER, 2020).

5.3 Situação nutricional

Na Tabela (3) estão resumidos os dados antropométricos, calculados a partir do IMC (peso/altura²), sendo adotados os critérios da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2010).

Tabela 3 - Medidas do Índice de Massa Corpórea (IMC) dos 17 participantes do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH, fevereiro a março de 2019.

IMC	N	%
Menor que 18,5	1	5,89
Entre 18,5 e 24,9	1	5,89
Entre 25,0 e 29,9	2	11,77
Entre 30,0 e 39,9	12	70,58
Maior que 40,0	1	5,89

Fonte: A pesquisadora, 2019.

Verificou-se que 13 (76,47%) pacientes apresentaram IMC considerado obesidade, quanto as medidas e cálculo da RCQ, foi detectado em oito (47,05%) participantes uma relação igual a 1,0 ou maior. A partir desses resultados entendeu-se que estes participantes apresentam risco elevado para desenvolvimento de DCV.

Visto que a obesidade, é considerada uma epidemia mundial por agregar números elevados de morbimortalidade, estando intimamente ligada à HA, DM tipo II e DCV, daí a importância de preveni-la e trata-la, devendo ser, portanto, encarada como uma morbidade que interfere na QV, especialmente, dos pacientes portadores de DRC (JUNIOR *et al.*, 2017; KOVESDY; FURTH; ZOCCALI, 2017; VANELLI *et al.*, 2017).

5.4 Acompanhamento Profissional e Cuidados Gerais

Outra variável analisada, por possuir alto impacto no manejo da DRC, foi o acompanhamento do portador de DRC por equipe multiprofissional, percebeu-se que 11 (64,71%) responderam não serem acompanhados por outros profissionais, além do nefrologista,

já seis (35,29%) participantes confirmaram serem assistidos por outros profissionais. Quando perguntado por quais profissionais da equipe multidisciplinar os participantes eram acompanhados obtivemos o seguinte dado: endocrinologista, cardiologista, assistente social e farmacêutico, além do enfermeiro, sendo este restrito a AB.

O MS (2014), ao publicar diretrizes para o manejo do portador de DRC, reforça a importância do portador de DRC ser acompanhado por uma equipe multiprofissional, tanto nas UBS quanto nas UAE em DRC, isto porque o acompanhamento multidisciplinar vai além dos aspectos biológicos e procedimentos mecânicos, proporcionando assim uma visão holística do paciente, além disso, tem como objetivo, principal, minimizar lacunas da comunicação e assistência entre os envolvidos, em relação a adoção de bons hábitos e a sua nova condição de vida (BRASIL, 2014).

Apesar de possuir benefícios indiscutíveis, o acompanhamento multidisciplinar não é a realidade vivida pelos portadores de DRC, dentre outros portadores de doenças crônicas, fato evidenciado por estudos, de longa data como o de Campos e Turato (2003), que observaram que a deficiência na assistência multidisciplinar é deletéria aos pacientes, isto porque riscos relacionados ao estado físico e emocional não eram tratados de maneira correta. Além disso, fatores relevantes relacionados ao acolhimento do paciente e família, ponto chave na terapêutica, não foram observados quando, apenas, o paciente era assistido por um ou dois profissionais (MATURANA; CALLEGARI; SCHIAVON, 2016; FERRAZ *et al.*, 2017).

Dado a importância desta variável o meio sugerido para minimizar as lacunas existentes seria a implementação eficaz da referência e contra referência, haja vista, os benefícios que proporciona ao paciente, familiares e profissionais que o assiste, destaca-se a acessibilidade, universalidade, integralidade, entre outros. Logo, a comunicação, seja por meio telefônico ou informatizada, seria um caminho eficaz entre AB e UAE a fim de melhorar a qualidade de assistência prestada aos portadores de DRC (FRATINI, 2007).

Dentre os cuidados gerais necessários, a variável que faz parte do protocolo de manejo da DRC e instituído pelo MS (2014), diz respeito ao estado vacinal, neste quesito constatou-se que nove (52,94%) participantes estavam devidamente imunizados, em contrapartida, sete (41,17%) participantes estavam com imunização incompleta e um (5,89%) participante não estava imunizado, conforme registros coletados nos prontuários.

Tal orientação ocorre em virtude da taxa de filtração glomerular reduzida estar associada com a diminuição da capacidade de soro conversão, desse modo, ao considerar que o paciente renal crônico pode evoluir para estado dialítico, de forma aguda, depender de algum agravo, e assim, necessitar de TRS, estando assim, mais, suscetível a contaminação por certos vírus,

como, exemplo, o causador da hepatite B e C, é imprescindível a imunização estar completa neste público (LEÃO; PACE; CHEBLI, 2010; BRASIL, 2014).

Outra variável, que se associa com cuidados gerais são os direitos do paciente no tocante à Assistência Social e Previdenciária, constatou-se que 15 (88,23%) participantes desconhecem e dois (11,77%) participantes responderam conhecer seus direitos.

Estudos constataram que, não apenas os pacientes renais, mas, todos que vivem com alguma doença crônica, de um modo geral, desconhecem seus direitos assegurados por lei. Os motivos se mostraram variados, sendo a falta de divulgação, tanto por parte do governo, quanto da mídia, os que mais corroboram para o desconhecimento. Dentre os estudos alguns enfatizam que o profissional da saúde, normalmente o enfermeiro, é o primeiro a mencionar quais direitos este público possui (SONOBE; BUETTO; ZAGO, 2011; LEITE *et al.*, 2014; MAYER *et al.*, 2019).

Passamos a discorrer sobre os resultados das variáveis coletadas via exame físico e prontuário dos participantes. Relacionada a anamnese e exame físico realizado pela pesquisadora, a presença de urina espumosa com odor fétido foi a principal queixa entre 11 (64,70%) participantes. Já em relação ao sinal o edema em membros inferiores foi o de maior predomínio verificado em 10 (58,82%) participantes. Outro dado constatado foi que seis (35,29%) participantes apresentaram valores pressóricos acima de 140x90mmHg antes da consulta com o nefrologista.

Por meio dos achados acima descritos presume-se que o TC nestes pacientes está aquém do preconizado pelo MS (2014), considerando que sinais e sintomas que corroboram com a progressão da injúria renal estão presentes; logo, ainda que silenciosa, na maioria das vezes os sinais e sintomas aparecem nos últimos estágios, entretanto, a DRC possui sinais marcantes, assim os achados nesta pesquisa estão em conformidade com os descritos pelo MS (2014) e pela KDIGO (2012), dentre outras referências (GUEDES *et al.*, 2017).

Sobre as internações recentes e qual a causa, 12 (70,59%) participantes haviam permanecido internados em instituição hospitalar há menos de seis meses, tendo como causa principal a infecção do trato urinário em cinco (29,41%) participantes, crise hipertensiva em quatro (23,53%), cetoacidose diabética em três (17,64%). Importante mencionar ainda que em cinco (29,41%) participantes o diagnóstico de DRC ocorreu durante a internação supracitada.

Sabe-se que as internações hospitalares recorrentes de pacientes portadores de HA e DM estão relacionadas com as fragilidades decorrentes do atendimento na Atenção Básica (AB), estando, também, ligadas ao paciente portador de DRC, considerando que estas são as principais causas. Estudos revelaram que dentre as causas que levaram o paciente renal crônico a

internação hospitalar, a ITU aparece como uma das principais, seguida da crise hipertensiva e da descompensação da DM, isso em leitos de clínica médica, entretanto, quando observa-se em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) os distúrbios hidroeletrólíticos, a insuficiência respiratória e pós-operatórios predominaram (PIVATO; ABREU, 2010; LIMA; CASEIRO; GAGLIANI, 2017).

Outra variável coletada do prontuário dos participantes foi o perfil bioquímico, exames laboratoriais. Explica-se que apenas foram anotados os que se apresentavam com valores alterados nas últimas duas últimas consultas, em média 60 dias, como demonstrado na Tabela (4).

Tabela 4 - Exames bioquímicos séricos alterados dos 17 participantes do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH, fevereiro a março de 2019.

Exames laboratoriais alterados	N	%
Clearance creatinina	5	29,41
Proteinúria	8	47,01
Creatinina	5	29,41
Uréia	5	29,41
Hemoglobina glicada acima de 7%	5	29,41
Triglicérides	4	23,53
Lactato desidrogenase LDH	4	23,53
Colesterol total	4	23,53
Vitamina D	2	11,77
Ferritina	3	17,64
Cálcio	2	11,77
Hemoglobina	3	17,64
Hematócrito	3	17,64
Acido Úrico	1	5,89
Exame sedimentos e elementos – urina (EAS)	5	29,41
Leucocitúria	5	29,41
Urucultura+	5	29,41

Fonte: A pesquisadora, 2019.

No que diz respeito aos biomarcadores laboratoriais de pacientes portadores de DRC, verificados neste estudo, estão em consonância com os achados do exame físico confirmando a necessidade de intensificar o TC nos participantes da pesquisa. Além disso, a literatura destaca que elevações nos níveis séricos de creatinina sérica, proteinúria, hemoglobina glicada, dentre outros, são marcadores da instalação e progressão da injúria renal.

Oportuno mencionar que a creatinina, não é padrão ouro da função renal, considerando, a interferência de variáveis como: sexo, idade, ingesta de proteínas, massa muscular e situação nutricional. Porém, mesmo com restrições, por se tratar de exame simples e de baixo custo, ainda, a dosagem de creatinina permanece o biomarcador mais solicitado para detectar a DRC (ALVES; GORDAN, 2014; SCARPARI et al., 2014; RODRIGUES; RONCATO, 2016).

Por fim, o último dado coletado foi sobre os medicamentos de uso contínuo para melhor compreensão optou-se por agrupá-los em classes, conforme demonstrado na Tabela (5).

Tabela 5 - Medicamentos de uso contínuo dos 17 participantes atendidos no ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH, fevereiro a março de 2019.

Medicamentos	N	%
Anti hipertensivos	8	47,05
Hipoglicemiantes oral	5	29,41
Insulina NPH	2	11,77
Insulina Regular	2	11,77
Estatinas	5	29,41
Anti coagulantes oral	5	29,41
Anti agregante plaquetário	4	23,53
Diuréticos	8	47,05
AINES	3	17,64

Fonte: A pesquisadora, 2019.

Outros dados coletados que chamaram atenção foram, que 13 (76,47%) participantes faziam uso de cinco classes de medicamentos ao mesmo tempo, o uso contínuo de AINES diariamente utilizados sem prescrição médica por três (17,64%) participantes e a descontinuidade do uso de anti-hipertensivos por conta própria por cinco (29,41%) participantes.

A polifarmácia é definida como o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos por uma pessoa, prática comum entre os idosos, especialmente, nos portadores de DRC, correlacionada ao aparecimento de reações adversas medicamentosas, como, por exemplo, distúrbios hidroeletrólíticos, distúrbios cardiovasculares, farmacodermia, entre outros. Neste cenário, o desafio do profissional que assiste o portador de DRC é conscientizá-los quanto ao uso correto dos medicamentos (SECOLI, 2010).

Sobre os AINES os participantes alegaram “esquecerem” de comunicar o uso ao nefrologista, já, em relação aos anti-hipertensivos o uso estava condicionado, apenas, quando apresentavam sintomas de hipertensão.

Nas situações constatadas os participantes referiram, não ser danoso à saúde as ações realizadas; vale mencionar que tais práticas foram, posteriormente, repassadas ao nefrologista e durante a consulta foi reforçado sobre os possíveis danos que podem ocorrer.

As práticas falta de adesão ao tratamento farmacológico e a automedicação estão intimamente relacionadas a complicações e agravos da doença. Assim, o meio de minimizá-las seria por meio da identificação, precoce, de possíveis barreiras que dificultam tal adesão pelos profissionais que assistem os pacientes renais crônicos e por meio da implementação de ações educativas, que possam explicar informações necessárias para a manutenção do tratamento

farmacológico, ressaltando seus benefícios TERRA et al., 2010; MARQUITO et al., 2014; LOCATELLI et al., 2015).

Além disso, o uso de medicamentos está relacionado a progressão da doença, considerando, que o controle dos valores pressóricos e glicêmicos, dentre outras complicações, oriundas da utilização correta dos fármacos repercutirá na eficácia terapêutica e assim na QV do portador de DRC (TERRA *et al.*, 2010; MARQUITO *et al.*, 2014; LOCATELLI *et al.*, 2015).

5.5 Análise das Entrevistas

Após a transcrição da entrevista, agrupadas as unidades e registrados os pontos que continham significado relacionado ao objetivo do estudo e destacadas as necessidades dos participantes em relação ao tema DRC foram construídas as categorias e subcategorias temáticas, as quais estão reunidas na Tabela (6).

Tabela 6 - Resumo das categorias e subcategorias, após análise das entrevistas dos 17 participantes atendidos no ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH, fevereiro a março de 2019.

Categorias	Subcategorias
Descoberta da Doença Renal Crônica.	Interpretação dos sintomas, exames clínicos e laboratoriais.
	Reações ao diagnóstico.
Complicações relacionadas a DRC.	Dúvidas sobre mudanças no corpo, nos hábitos alimentares e no estilo de vida.
Adaptação à doença.	Dimensões pessoais, emocionais, familiares, profissionais e espirituais.

Fonte: A pesquisadora, 2019.

Na tentativa de postergar o avanço da doença emerge a necessidade de desvelá-la, logo, conhecer a doença sob a percepção de seu portador sempre é o melhor caminho. No campo da saúde a percepção trata como a pessoa entende o processo saúde doença e considera tanto as experiências individuais quanto as coletivas. Desse modo, podemos afirmar que o profissional de saúde que assiste o paciente renal crônico deve conhecer e compreender sentimentos e necessidades relacionados a doença (REIS; FRADIQUE, 2016).

Sabe-se que sensações e sentimentos intrínsecos como, raiva, negação, dor, incerteza, medo, aceitação, dentre outros, podem surgir, no paciente diagnosticado com uma doença sem cura, como, exemplo, a DRC. Neste sentido, buscamos realizar uma síntese das percepções dos entrevistados e das mudanças ocorridas a partir da descoberta da doença, por entender que a escuta é imprescindível a fim de alcançar o equilíbrio da aceitação e adoção de novas atitudes neste processo (SADALA *et al.*, 2012; DE CASTRO; GROSS, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2013; RUDNICKI, 2014),

Cabe explicar que o termo percepção é utilizado em várias áreas do saber, descreve a capacidade que o indivíduo possui para perceber algo. No campo da saúde a percepção trata como a pessoa entende o processo saúde doença e considera tanto as experiências individuais quanto as coletivas, ou seja, a percepção da doença abrange o conhecimento que o indivíduo possui sobre os sinais e sintomas, causas, tratamento, complicações sobre sua enfermidade. Sabe-se que a descoberta de uma patologia desencadeia uma série de eventos intrínsecos e extrínsecos que variam conforme a aceitação e o meio que o paciente está inserido (DE CASTRO; GROSS, 2013; REIS; FRADIQUE, 2016).

5.5.1 Categoria: Descoberta da Doença Renal Crônica.

Subcategorias: Interpretação dos sintomas, exames clínicos e laboratoriais e Reações ao diagnóstico.

Explica-se que a descoberta ou a realização de um diagnóstico de qualquer doença, sobretudo as crônicas, é de difícil diagnóstico, por várias patologias cursarem com a mesma sintomatologia, sendo, portanto, necessária realização de exames complementares.

Vale destacar que a descoberta da DRC pelos pacientes adveio a partir da relação da sintomatologia associada a doença de base que este apresentava. Assim, como todos participantes já possuíam o diagnóstico de DRC, no estágio 3, essa primeira categoria surgiu a partir da história narrada por eles e de como ocorreu o diagnóstico da doença em particular, porém, de maneira unânime as informações se repetiram.

Nesse seguimento percebeu-se, a partir dos relatos abaixo, que a maioria dos participantes descobriram a doença por meio dos sinais e sintomas, causados pela injúria renal ou por causa das comorbidades e fatores de risco, como por exemplo, HA e DM, sendo, posteriormente confirmado por meio de exames laboratoriais e ou de imagem.

[...] “Eu sou diabética há 3 anos e a doutora falou que foi por ela estar sempre muito alta, descontrolada, ela causou o problema no meu rim”. (E1)

[...] “Eu urinava e dava pontada no rim, ... a urina saía com cheiro forte e bem escura, depois disso atacou a pressão, o diabetes, o colesterol e arruinou tudo de uma vez”. (E2)

[...] “Bom, na minha família tenho uma irmã com problema de rim, e a doutora disse que isso pôde ter ajudado, além disso, há 8 anos fiquei sabendo que tinha pressão alta quando fui internada pra ver o problema do rim. Fazia vários exames e não dava nada, até que a médica do posto me pediu uma tomografia e daí descobriram que eu só tinha um rim, meu rim direito só funcionava 10% e o esquerdo 40%”. (E3)

[...] “Pelo exame de sangue descobriram que meu rim estava muito lento”. (E4)

[...] “A doutora do postinho pediu um monte de exame e daí veio o resultado que eu estava com problema no rim, daí me mandou para cá”. (E5)

[...] “Comecei a inchar daí fui no ginecologista do postinho ele pediu um monte de exames ... minha proteinúria estava muito alta. Depois fizeram uma biopsia do meu rim e constatou que tenho Glomeruloesclerose Segmentar – GESF, é isso. Ela é uma doença auto imune e foi causada pelo Lúpus”. (E6)

[...] “Minha pressão começou a subir, não controlava com a medicação, fui no postinho lá perto de casa, a medica pediu um monte de exame de sangue e aquele que a gente fica urinando o dia e a noite e guarda em um pote. Depois veio o resultado eu estava com a doença do rim”. (E7)

[...] “Como disse, eu sou diabética, daí tive uma infecção urinária, fui pro UPA, fiquei ruim lá, me mandaram aqui pro HU. Lá na enfermaria eu piorei entrei em coma. A médica falou depois que tive infecção generalizada. Fui pra UTI lá fiquei 17 dias internada e tive uma parada cardíaca. Daí tive que fazer hemodiálise de emergência” (E10)

[...] “Eu tenho pressão alta, colesterol alto, daí a doutora pediu um monte de exames e descobriu que eu estava perdendo proteína na urina”. (E12)

[...] “Os médicos disseram que tudo foi culpa da pressão alta e que até a minha diabetes ajudou a causar a doença”. (E14)

[...] “Bom eu engordei bastante de 2 anos para cá e eu tenho pressão alta faz tempo e eu fumo também. A doutora falou lá no começo que foi isso que causou a doença”. (E15)

[...] “Eu urinava bem pouquinho. ... a doutora daqui não passou remédio só tirou a hidro (hidroclorotiazida), eu tomava por causa da pressão alta, ela disse que isso ajudou a prejudicar meu rim, isso tem 3 meses”. (E17)

Frente as falas acima podemos afirmar a conformidade com estudos que atestam que a DRC possui características insidiosa, ou seja, seu desenvolvimento pode estender-se por anos,

podendo o paciente apresentar sinais e sintomas, apenas, nos estágios avançados da doença, logo, seu diagnóstico é feito por meio de exames laboratoriais e de imagem, como, por exemplo, creatinina sérica, proteinúria, USG, biópsia renal, dentre outros (BRASIL, 2014; SBN, 2014; CRUZ *et al*, 2016).

Além disso, ficou evidente que fatores de risco, como, exemplo, HA, DM, tabagismo, obesidade, hereditariedade, envelhecimento, entre outros, favorecem o desenvolvimento da DRC; vale mencionar, que alteração nos valores pressóricos e glicêmicos corroboram com avanço da injúria renal (BRASIL, 2014; SBN, 2014).

Ao considerar os estudos sobre DRC, podemos afirmar, então, a necessidade de acompanhamento multiprofissional, desde a AB nos portadores de fatores de risco, como, exemplo, pacientes hipertensos, visto ser imprescindível seu controle a fim de evitar danos renais, dentre outros; tal afirmativa vem ao encontro com pesquisas que enfatizam a necessidade de ações educativas, especialmente, as implementadas a nível da AB, considerando que a prevenção e detecção precoce é o melhor tratamento para a DRC (TRISTÃO, 2011; BRASIL, 2014; SBN, 2014; ANDRADE; ALMEIDA; SANTOS, 2016; PADILHA *et al.*, 2018).

Sobre as reações apresentadas pelos participantes frente a descoberta da doença observa-se que sentimentos negativos exteriorizaram, destaca-se, também, que as reações foram idênticas em alguns participantes, como se lê nas falas a seguir:

[...] “Foi uma surpresa, um baque, parece que meu mundo havia acabado, eu fiquei pensando o que vai ser da minha vida daqui para frente, será que vou melhorar, vou ter uma vida normal, ou vou parar na máquina”. (E1)

[...] “Quando me falaram do problema do meu rim eu já não sentia mais nada ... tinha a impressão que eu já estava em outro mundo, o que a doutora falava já não fazia nenhum sentido”. (E2)

[...] “A marca que a doença me deixou quando fui diagnosticada, eu pensei, vou morrer, eu nunca tinha ficado doente, foi uma mistura de raiva, medo, é muito triste enfermeira”. (E3)

[...] “Olha, depois que a médica disse que eu tinha esse problema no rim, primeiro eu fiquei muito mal, depois fui conversando e vendo que tem muita gente que tem essa mesma doença que eu. Agora eu estou mais calma, conformada, normal, mas é claro que eu tive medo e ainda tenho, e por isso tento me cuidar, eu ainda sou jovem, não quero ficar dependente de ninguém e meus filhos precisam de mim, ainda”. (E4)

[...] “Ah quando a doutora falou. “seu S” seu problema de rim é sério, eu pensei, pronto, vou morrer, fiquei triste e com medo, porque minha velhinha já tem problema no rim e ela anda tão mal”. (E5)

[...] “Assim que fiquei sabendo do diagnóstico eu fiquei desesperada, até onde eu sabia eu ia ter que fazer hemodiálise e que muitos pacientes não resistem e acabam falecendo (choro). Eu já namorava meu esposo e a Dr^a dizia que eu não ia poder engravidar, e eu nova não ia poder ser mãe, ia ficar toda inchada por causa do tratamento, nossa isso foi o fim. Daí como lhe disse, eu engravidei, tenho uma menininha, linda. E hoje penso, tenho que viver bem para cuidar da minha filha, penso, também, meus rins, hoje, estão funcionando, mas até quando (choro)”. (E6)

[...] “Além do medo eu fiquei muito assustada porque problema no rim é o fim da picada, já disse perdi minha mãe e irmã com essa doença. Pensei, ih chegou meu fim. Tenho problema no coração e o Dr. disse que foi o rim que causou, daí fique ainda mais apavorada”. (E7)

[...] “Quando acordei lá na UTI e a Dr^a disse que eu estava com problema no rim foi aquele impacto, aquele choque ninguém espera, foi a morte (choro). Me desculpa, mas não consigo, ainda, falar sobre a minha doença e não chorar”. (E10)

[...] “Sai daqui muito assustado, a médica falou um monte de coisa, e eu não entendendo nada, sabe, no fundo eu não queria ouvir eu não queria acreditar que meu rim estava parando”. (E13)

[...] “Primeiro a gente ficou assustado quando a médica disse que o rim estava falhando, depois a gente acostuma (risos), é meu jeito de aceitar essa doença. Mas, sei que essa doença não é fácil não, e medo a gente tem né”. (E14)

[...] “Quando eu descobri que tinha a doença, foi um choque para mim, minha esposa e filhos. Porque temos parentes já com problema sério de rim e sabemos a vida que ele tem, não pode mais trabalhar. Então isso, causou muito medo. (E16)

[...] “É enfermeira quando a gente recebe uma notícia de uma doença, não é fácil não, é medo de parar na máquina, de morrer, de se tornar um inútil, será que vou poder continuar vendendo minhas coisinhas, ganhar meu dinheirinho, me sustentar, sustentar minha família” (E17)

Pelas especificidades da DRC as reações relatadas frente ao diagnóstico, são semelhantes, entre eles e também de outros pacientes pesquisados, sendo compreensível, considerando que a descoberta da doença causa um misto de sentimentos que cursam com adaptação à nova condição culminando em alterações no cotidiano. Evidente que cada pessoa reage de um modo único, como observado nas falas, ou seja, cada sujeito tem um tipo de comportamento. Outro fato que chamou atenção, refere-se como as emoções abrangeram os familiares, visto que a preocupação do impacto da doença sobre a renda familiar, a criação de

filhos, alteração nas rotinas domésticas, dentre outras inquietações foram citadas (MOSCOVICI, 2011; RUDNICKI, 2014; RIBEIRO; MARQUES; RIBEIRO, 2017).

Assim, ao referenciar as mudanças no cotidiano causadas pela doença, podemos elencar limitações intrínsecas e extrínsecas, como, por exemplo, condição física, psíquica, sociocultural, o meio onde está inserido, dentre outras; estas por sua vez poderão repercutir e afetar a qualidade de vida. Além destes, que sentimentos negativos, como medo do prognóstico, da morte, da hemodiálise, mudança de hábitos, incapacidade, dependência econômica foram os que mais se destacaram (PILGER *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2011; RUDNICKI, 2014; CRUZ *et al.*, 2016; FERNANDES *et al.*, 2018).

Desse modo, na tentativa de minimizar as reações danosas, causadas pela descoberta da doença, o meio sugerido, além de, primeiramente conhecer as percepções, seria a implementação de ações educativas concomitantemente com atendimento multiprofissional, objetivando auxiliar este público e seus familiares a conhecerem a DRC. Contudo, ainda que o diagnóstico traga emoções negativas, quanto mais precoce a aceitação ocorrer melhor será a repercussão na adoção dos novos hábitos (RUDNICKI, 2014; CRUZ *et al.*, 2016; FERNANDES *et al.*, 2018; GALVÃO *et al.*, 2019).

Logo, cabe aos profissionais de saúde traçar estratégias de motivação, aceitação e adesão ao tratamento e, sobretudo, enfrentamento da doença, os autores relacionados sugeriram que tais atitudes, além de minimizarem os impactos negativos da doença geraram resultados positivos e facilitaram a resignificação e superação entre os pacientes estudados (PILGER *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2011; RUDNICKI, 2014; CRUZ *et al.*, 2016; FERNANDES *et al.*, 2018; GALVÃO *et al.*, 2019).

5.5.2 Categoria: Complicações relacionadas a DRC.

Subcategoria: Dúvidas sobre mudanças no corpo, nos hábitos alimentares e no estilo de vida.

A segunda categoria que emergiu das entrevistas, que também se mostrou presente em unanimidade dos pacientes, apontou as percepções referente as dúvidas e complicações relacionadas a DRC. Os mesmos expuseram suas necessidades e incertezas relacionadas a questões relacionadas ao tratamento, mudanças que aconteceriam no corpo, necessidades no tocante aos hábitos alimentares e na vida como um todo, como discorrido por meio das falas abaixo.

[...] “Como é a primeira consulta tudo é novo, não sei o que acontece depois ... vou ter que aprender tudo sobre alimentos o que posso e não posso comer de verdade”. (E1)

[...] “Como disse tenho muita dor nas costas, no rim, será que posso tomar aquele remédio pra dor, é dipirona que eu tomo. A medica explicou direitinho mas deixei os papéis na casa da minha outra filha, lá diz que tem umas frutas que não posso comer, queria saber que fruta mais barato minha filha pode comprar”. (E2)

[...] “Falta informação! Os médicos até falam, mas não explicam direitinho e não vou mentir tenho vergonha, receio de perguntar muita coisa, tenho dúvidas sobre as medicações da diabetes, insulina e da pressão. Por que é verdade que a gente não toma remédio pro rim? Para o rim é só cuidado mesmo? Penso que a gente deveria ter atendimento de 3 em 3 meses, já li sobre isso, eu venho aqui a cada 6 meses, eu penso que o acompanhamento deveria ser menor, não sei, não tem um papel, um nada pra gente ler, eu não guardo tudo na cabeça. Daí me pergunto o cuidado é só beber água e comer pouco sal?”. (E3)

[...] “A médica explicou alguma coisa, mas não guardei tudo, a gente esquece (risos), e para falar a verdade eu nem sei direito o que é esse tratamento que ela fala”. (E4)

[...] “Tenho dúvidas, assim, é verdade que a água tem que ser filtrada? E se eu fizer esse tratamento que ela fala, a médica, eu não vou para máquina?” (E5)

[...] “Minha dúvida principal é sobre medicação, você viu né a doutora falou que eu estava tomando o medicamento de forma errada. Então meu conhecimento sobre a doença é pouco o que sei fui pesquisar na internet eu tenho acesso mas e quem não tem, você vê aqui eu sou a paciente mais nova a maioria aqui são idosos, e entre nós quando ficamos aqui conversando eles falam que tem muitas dúvidas e não tem como pesquisar, e não tem nenhum papel de orientação. Fui ver e o que mais vi foi o sobre a forma mais grave, quando vai para hemodiálise. Eu tenho muito que aprender. Minha doutora pergunta se eu tenho dúvida eu falo que não, mas tenho, mas tenho vergonha de falar. As vezes as pessoas me perguntam sobre a doença e eu não sei. Que nem você pode me dizer em quais casos caberia um transplante e como funciona a hemodiálise, pois o que eu li não entendi”. (E6)

[...] “Pode perguntar para todos, não sou só eu que tenho muitas dúvidas, pois mesmo cuidando da minha mãe que tinha problema de rim, e falando nisso, tem uma coisa que sempre quis saber, assim, a minha mãe não teve direito de fazer hemodiálise por que? E outra eu vou parar na máquina?” E7

[...] “Eu estou nervoso, sempre que venho na consulta fico assim, a doutora aqui me explicou muita coisa, me deu até um papel, mas quando chego em casa já esqueci o que realmente queria perguntar, e nesse papel que ela me deu não explicava tudo”. (E8)

[...] “Olha enfermeira eu sei que tenho que beber água se não entro na máquina e da alimentação só falaram do sal que sobe a pressão, mas conversando com os outros pacientes eu acho que não posso comer tudo, mas não sei. Eu sei que tenho que aprender, mas com quem? E eu esqueço o que a doutora fala, então tinha que ter um papel que explicasse de um jeito fácil da gente entender, também, bom eu acho que tinha que ser assim”. (E10)

[...] “Então enfermeira eu queria saber se estou melhorando, como está meu rim, o que posso e não posso comer e beber, eu não tenho acesso à internet. Preciso de ajuda, orientações, encaminhamentos, quando vou fazer mais exames, esse tipo de coisa”. (E11)

[...] “A doutora disse que minha doença é crônica, o que é isso crônica? Ela disse que não tem cura, não sei, fiquei meio assim duvidoso, eu não sei o significado da doença, quando ela chegou, por que eu fiquei doente? Faz tempo que penso nisso, você podia me tirar essas dúvidas?”. (E12)

[...] “Eu tenho uma pergunta para você, um amigo meu me perguntou e eu não soube dizer, todo mundo que tem problema no rim tem que usar aquela máquina? Eu vi passou no jornal sobre o pessoal que tem problema no rim e faz, como chama mesmo – Hemodiálise- sim é isso. E eu também queria saber mais sobre essa doença”. (E13)

[...] “Vou falar a verdade para senhora, as pessoas falam tanta coisa, como disse, a doutora e o farmacêutico explicaram muita coisa, mas o papel sumiu, daí já viu né. Hoje mesmo eu tenho uma dúvida, qual o tratamento para minha doença, que remédio que estou tomando para ela, agora seria isso”. (E14)

[...] “Desculpa, não sei mais o que dizer, acho que já falei bastante, sei que tenho que aprender sobre a doença, tudo, sei que prejudica o rim e que posso parar na máquina ou precisar de um rim novo, mas é só isso, né? Aqui a gente vai aprendendo com os outros um fala uma coisa o outro fala outra, um tá aprendendo com o outro aqui. Mas, eu queria ter certeza das coisas, ter um papel para gente levar para casa e ler”. (E15)

[...] “A doutora me explicou lá no começo o que era minha doença, mas pra dizer de verdade, já não sei falar mais, penso que tenho que perder peso. Queria saber como está a doença. Quero aprender sobre o que tenho. A doutora disse que foi a pressão alta que causou a doença, mas eu tomava o remédio. Então quer dizer que todo mundo que tem pressão alta vai ter problema no rim? Conheço gente que tem pressão alta e não tem problema no rim, bom as vezes eles nem sabem né. Porque eu descobri mesmo o que tenho faz 1 ano e já tem 8 anos que tenho pressão alta. Venho aqui a cada 3 meses, trago os exames e ela fala tá melhorando, mas então porque tenho que continuar vindo aqui”. (E16)

[...] “Minha família pergunta as coisas da minha doença, eu digo: Nem eu sei. Então eu quero aprender o que é essa doença, tem cura, o que tenho que fazer para não ir para a máquina? Não é só isso, o que posso comer e o que não posso? E os remédios

que tomo é para os rins? Olha enfermeira eu posso dizer que não sei nada da doença do rim, nem sei como peguei ela". (E17)

Diante das falas dos entrevistados pode-se constatar que inúmeras são as dúvidas e necessidades relacionadas ao conhecimento da doença, considerando que os mesmos reconheceram possuírem pouca informação acerca da DRC, especialmente, sobre o tratamento conservador e do autocuidado.

Ainda que não seja consenso possuir conhecimento ser fator definitivo de adesão a tratamentos, observamos, contudo, que a falta do mesmo, é entendida pelo público alvo como necessidade e preocupação para adoção dos novos hábitos, impostos pela doença, tratamento e evolução; então, podemos inferir que ao fornecermos informações sobre as especificidades da doença, não somente, verbal, mas, escrita, estaremos oportunizando a apreensão de conhecimento, e assim, emancipação e empoderamento (CANHESTRO *et al.*, 2010; BARATA; ROXO, 2015; SANTOS *et al.*, 2015; DUARTE; HARTMANN, 2018).

Os resultados mostraram, ainda, que os participantes, em geral, desconhecem as características permanentes da doença, como exemplo, o estágio que se encontravam, as causas, os sinais e sintomas, o diagnóstico, a periodicidade dos exames e consultas com o nefrologista, dentre outras; além disso, desconheciam que o tratamento conservador, instituído nestes, tem por finalidade diminuir a lesão renal e postergar a necessidade da TRS (CANHESTRO *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2015; DUARTE; HARTMANN, 2018).

Sabe-se que o portador de DRC vivencia inúmeras mudanças a partir da descoberta da doença, dentre elas, emoções negativas; então, frente as falas dos participantes, podemos presumir que a comunicação incompleta e orientação escrita padronizada façam parte dos sentimentos danosos por interferirem no processo de apreensão de conhecimento e consequentemente nos cuidados necessários para melhoria da nova situação de vida imposta pela doença (CANHESTRO *et al.*, 2010; BARATA; ROXO, 2015; SANTOS *et al.*, 2015; DUARTE; HARTMANN, 2018).

Desse modo, torna-se imprescindível aos profissionais que assistem ao portador de DRC manter comunicação pautada nas necessidades do paciente a fim de sanar as dúvidas relacionadas com as especificidades da doença, devendo, portanto, ser feita de maneira holística. Sabe-se que a comunicação entre profissional de saúde e paciente faz parte da essência no cuidado em relação a DRC, haja vista ser fator preponderante e influenciador na adesão do tratamento conservador, além disso, é definida, também, como um dos meios de proporcionar conforto ao paciente (OTANI, 2013; RIBEIRO; MARQUES; RIBEIRO, 2017; MATSUOKA *et al.*, 2019).

Assim, para que a comunicação profissional/paciente atinja seus objetivos deve-se considerar não só a forma verbal, mas, também, a não verbal, a saber: expressões faciais, disponibilidade de escuta, compreensão, dentre outras. Além disso, faz-se necessário considerar o contexto onde o paciente está inserido, seja, cultural, social, grau de escolaridade, dentre outras variáveis. Ainda, os autores perceberam que, para conseguir atingir a comunicação satisfatória e compreensível, a mesma deve ocorrer de forma individualizada para que o paciente consiga expressar suas dúvidas e questões e não sentir vergonha e intimidação, que, aliás, foram os principais motivos que os participantes deste estudo relataram (OTANI, 2013; RIBEIRO; MARQUES; RIBEIRO, 2017; MATSUOKA *et al.*, 2019).

No entanto, a comunicação coletiva pode ser a maneira para descobrir, dúvidas não reveladas no consultório, além de instigar a fala por meio da narrativa de vivência de vida sobre a doença, visto que a troca de saberes proporciona um ambiente de escuta, onde o paciente torna-se o centro da atenção. Para estas atividades, no entanto, o profissional, seja médico, enfermeiro, farmacêutico, bem como, os demais profissionais, devem ser empáticos e possuírem a qualidade da escuta considerando, também, a opinião e respeitando a totalidade do paciente (OTANI, 2013; RIBEIRO; MARQUES; RIBEIRO, 2017; MATSUOKA *et al.*, 2019).

Em relação a carência de informação impressa, notou-se por meio dos relatos, forte ligação com a falta de conhecimento, considerando, que, apenas uma nefrologista e o farmacêutico clínico eram os profissionais que forneciam orientações impressas; no entanto, percebeu-se que as mesmas não continham todas informações necessárias para sanar as dúvidas dos pacientes.

Os entrevistados ressaltaram, também, que esqueciam as orientações verbais e enfatizaram a necessidade de material impresso que contemplasse todas as orientações relacionadas a DRC, especialmente, sobre o tratamento e autocuidado, a solicitação vem ao encontro com a literatura pesquisada, ou seja, a produção de materiais educativos impressos é considerada de grande valia em estratégias de promoção a saúde, especialmente, quando destinadas a pacientes portadores de doenças crônicas (MUÑOS *et al.*, 2012; PAIVA; VARGAS, 2015; PAIVA; VARGAS, 2017).

De acordo com a literatura consultada, os materiais impressos geram resultados positivos na aprendizagem em processos educativos, sobretudo, quando há participação dos pacientes em sua construção. Além disso, são considerados facilitadores, então, deve possuir características que motivem sua leitura, logo, sua construção há de considerar alguns elementos para obtenção dos objetivos ao qual se destina, como, exemplo, ter clareza do conteúdo abordado, linguagem compatível com o público alvo, e, principalmente, abordar suas dúvidas

sobre a doença (MUÑOS *et al.*, 2012; FALKELBERG *et al.*, 2014; PAIVA; VARGAS, 2015; PAIVA; VARGAS, 2017).

5.5.3 Categoria: Adaptação à doença.

Subcategorias: Dimensões pessoais, emocionais, familiares, profissionais e espirituais.

A última categoria emergiu das falas relacionadas aos cuidados pessoais, emocionais e espirituais associados à adaptação com a doença, além da necessidade do apoio familiar e da equipe de saúde.

[...] “Olha enfermeira, minha família tem ajudado bastante, moro com essa minha filha, ela sempre vem comigo. A médica passa mais as coisas para ela, mas, ela também tem dívidas” (E1)

[...] “Lá em casa todo mundo se preocupou e ainda estamos preocupados, a doença mexeu com a família toda, até os parentes lá do Japão estão preocupados”. (E2)

[...] “Querida que minha família participasse mais, porque, eu sozinha não vou conseguir. Tá certo que meu esposo tem me apoiado, mas meus filhos vivem reclamando que a comida está sem sal, eles não entendem que eu tenho que comer menos sal, e eles também, porque eu li que a doença do rim pode atacar os filhos também e já parentes com essa doença”. (E3)

[...] “A minha velhinha é doente também, então, lá em casa a turma já sabe mais ou menos o que eu posso comer, minha filha me dá o remédio na hora certinha e comprou até uma garrafinha para eu beber água”. (E5)

[...] “Meu esposo é minha base, como disse, logo depois que descobri a doença no meu rim nos casamos, ele sempre está ao meu lado, me dando conforto, me animando. E agora tem minha filhinha, ela sempre fala: Mamãe você vai ficar boa, só tem que tomar os remédios, isso é coisa do meu marido”. (E6)

[...] “Eu tenho um namorado, ele me anima, me levou para a igreja; já meu ex marido, não me incentivava em nada. Eu engordei, a gente faz caminhada juntos, realmente é muito bom ter alguém que se preocupa com a gente, ainda mais quando a doença chega. Por isso eu faço tudo que a doutora manda, porque ele, meu namorado me pediu”. (E9)

[...] “Então, eu não sou casada e nem tenho filhos, mas meus irmãos da igreja me ajudam bastante, cuidam de mim, isso é muito bom, anima a gente. Penso o que seria de mim sem eles”. (E10)

[...] “Sabe enfermeira, eu tenho família para sustentar, a gente não ganha muito, vendendo minhas coisinhas, mas ajudo em casa, e agora que sou renal, é assim que fala né? Não posso parar na máquina, se não a renda lá em casa cai”. (E13)

[...] “Minha família está toda preocupada, porque se eu for parar na máquina quem vai ajudar a pagar as dívidas, e tem mais, diz que a pessoa nem consegue mais trabalhar e eu nunca contribuí, então nem me aposento é isso, mesmo?”. (E17)

Como pode ser visualizado, a família tem papel relevante na adaptação ao novo momento imposto pela doença. Percebeu-se que dos 17 participantes um (5,89%) estava sem acompanhante, oito (47,05%) enfatizaram que a ajuda da família foi de suma importância após o diagnóstico.

Os pacientes referiram, ainda, preocupação quanto o impacto que a doença causou entre os seus familiares, principalmente no que diz respeito na colaboração em relação a mudanças nos hábitos alimentares, redução na renda familiar e medo das possíveis consequências negativas que a doença poderia causar; além disso, dois (11,77%) reclamaram da falta do comprometimento dos filhos. Outro fato que chamou atenção foi que quatro (23,53%) participantes verbalizaram preocupação se seus filhos poderiam desenvolver a doença, considerando haver na família histórico de parentes próximos serem portadores de DRC.

Neste seguimento, estudos já constataram que o adoecimento de um membro da família gera situações que comprometem aspectos físicos e psicológicos das pessoas em convivência, normalmente, por causarem alteração na rotina da casa ou medo da morte; entretanto, alguns membros da família diante da realidade da instalação da doença crônica assumem o cuidado e buscam aprender sobre a doença afim de facilitar o ambiente para nova realidade da pessoa (FRÁGUAS; SOARES; SILVA, 2008; ALMEIDA *et al.*, 2015).

Convém mencionar que o histórico de DRC na família é considerado fator de suscetibilidade para desenvolvimento da doença, logo, o processo educativo destinado a prevenção da enfermidade deve estender-se, também, para familiares diretos, considerando, que estes fazem parte do grupo de risco, especialmente se possuírem outros agravos que possam cursar para desenvolvimento da doença. Desse modo, estudos sugerem que o rastreamento deve iniciar-se já na Atenção Básica (AB), considerando que os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), normalmente, conhecem os membros da família, tal ação visa prevenir primariamente a DRC neste público (BRASIL, 2014; SBN, 2014; ALMEIDA *et al.*, 2015).

Outras percepções advindas dos participantes, relacionada à adaptação com a doença refere-se ao apoio dispensado pela equipe de saúde.

[...] “Nunca tive acompanhamento com outros profissionais de saúde, além do endócrino e da nefrologista. Eu já falei para doutora que nós os diabéticos devíamos ser melhor acompanhados. Queria ser atendida aqui 100%. Veja só quando venho aqui fico umas três horas para ser atendida daí podia aproveitar o tempo que estou aqui e passar com outros especialistas, o pessoal do postinho nos atende bem pouco. Isso me causa indignação”. (E3)

[...] “Então só a medica do postinho da minha cidade e essa médica daqui que me atenderam até agora, eu falei né que moro no sitio e agora estamos sem atendimento lá pelo pessoal do postinho, não sei por que”. (E4)

[...] “Eu tive acompanhamento com a nutricionista, mas parei, o cardápio que me passou não era para minha realidade”. (E6)

[...] “O negócio está tão feio que estou sem endócrino até hoje. Não sei se é pedir demais, aqui tem endócrino será que eu podia passar com ele”. (E7)

[...] “Preciso de encaminhamentos, já fiz acompanhamento com psicóloga me ajudou bastante, mas ela saiu de licença e agora estou sem. A nutricionista daqui do hospital me passou uma dieta que só rico pode fazer”. (E10)

[...] “O farmacêutico daqui me explicou certinho como tomar os remédios e a insulina, me deu um papel e eu coloquei na porta da geladeira, se não a gente esquece”. (E12)

[...] “O farmacêutico que atende junto com a doutora, um rapaz bacana, me explicou porque tenho que comer menos sal e tomar os remédios. Ah, ele disse também que tenho que andar, fazer caminhada que vai ajudar no problema do meu rim”. (E13)

[...] “Essa minha filha foi lá no posto e pegou de novo a receita, mas lá falaram que a médica daqui que ia me explicar certinho sobre os remédios, eu queria mesmo é ser atendido lá no meu posto, bom, nem sei se pode, mas a turma lá podia pelo menos ir ver a gente de vez em quando lá em casa, era isso que eu queria”. (E14)

[...] “Eu vou pedir encaminhamento para psicóloga e para a nutricionista, acho que vai ser bom para mim passar com elas, sabe a gente podia ter todo o tratamento aqui”. (E15)

As percepções acima descritas evidenciaram a lacunas na integralidade no acompanhamento dispensado ao portador renal crônico, tanto no local da pesquisa quanto a nível municipal e intermunicipal, haja vista, que dos 17 participantes, atendidos no ambulatório de nefrologia apenas dois eram acompanhados por outros profissionais além do nefrologista e pelo farmacêutico clínico no ambulatório.

Considerando as diretrizes sobre atendimento multidisciplinar do MS (2014) ao portador de DRC e a realidade do local da pesquisa, não há conformidade com o proposto pelo MS, visto que os participantes são encaminhados para atendimento especializado, somente, na vigência de alterações fisiológicas, ou seja, não há acompanhamento de rotina, e nem todos os pacientes são acompanhados pelos profissionais que atendem no ambulatório, sendo assim, encaminhados para outros serviços gerando postergação de alguns tratamentos, como, por exemplo, atendimento psicológico.

Por meio das falas constatou-se que a falta de acompanhamento multidisciplinar gerou nos pacientes sentimento de “insatisfação” devido a longa permanência, ociosa, no local da pesquisa; os participantes questionaram que a ociosidade poderia ser preenchida pela realização das demais consultas, como, por exemplo, pelo endocrinologista, urologista, cardiologista, enfermeiro, nutricionista, assistente social, haja visto o HU/UFGD/EBSERH tê-los no quadro de colaboradores lotados no ambulatório e ser conveniado com a prestação de serviços no consórcio de saúde da macrorregião.

Ainda, sobre as percepções, o acompanhamento realizado pela AB, no local da residência dos entrevistados, foi considerado insatisfatório por 12 (70,58%) participantes, principalmente, por não serem visitados, pela equipe da ESF, de maneira rotineira e assim não sanarem suas queixas e dúvidas.

Quando recorrido a literatura, os estudos ressaltam que os cuidados dispensados ao portador de DRC não são exclusivos do nefrologista, sendo, portanto, imprescindível o acompanhamento dos demais profissionais ligados a saúde, visto que, a assistência integral está intimamente ligada ao bem-estar do paciente renal, melhor adesão a terapêutica e consequentemente melhoria na qualidade de vida (BRASIL, 2014; SBN, 2014).

Além disso, o atendimento multidisciplinar proporciona segurança ao paciente, pois ao envolver mais profissionais no cuidado, a probabilidade de alguma informação, como, exemplo, o resultado de exames, passar despercebido reduz consideravelmente, sem falar, que eventuais complicações, causadas pelos agravos da doença, poderão ser diagnosticados precocemente, bem como, direitos poderão ser concedidos minimizando eventos danosos ligados a questões econômicas (BRASIL, 2014; SBN, 2014).

Sobre a assistência relacionada com a AB, o Ministério da Saúde (2014) preconiza que o atendimento ao portador de DRC deve ser realizado desde o estágio 1, em virtude dos fatores de risco, estendendo-se até o estágio final, 5D, ou seja, o paciente, independentemente de ser ou não dialítico, deve ser acompanhado pela equipe da ESF. Assim, a responsabilidade, quanto

as particularidades da DRC, deve ser compartilhada entre as UBS e os centros de especialidades (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

As UBS cabe manejar fatores de risco modificáveis, além de orientações sobre aquisição de benefícios, devendo ser feito pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRASS) local; já aos centros especializados em nefrologia à assistência e orientações relacionadas ao tratamento conservador, medicações, dieta, atividade física, coleta de exames de rotina, entre outras, além disso, preparo do paciente sobre as particularidades das Terapias Renais Substitutivas (TRS), como, exemplo, fistulas arteriovenosa, dialise peritoneal, hemodiálise, transplante de órgãos, dentre outras, a depender do estágio que se encontra (MS, 2014; SBN, 2014).

Das entrevistas emergiram, também, percepções relacionadas a espiritualidade, sendo as seguintes:

[...] “Então, por mais que esteja com medo eu confio muito em Deus, faço todo dia minhas reza, e sei que Ele vai me ajudar”. (E1)

[...] “Deus vai me livrar da máquina do resto a gente vai levando e pedindo para Ele, e claro fazendo o que a doutora manda”. (E4)

[...] “Antes de saber que tinha a doença eu achava que era só uma infecção. Agora eu entreguei nas mãos de Deus estou confiando Nele e claro na médica”. (E5)

[...] “Deus que me livre fazer hemodiálise, tenho fé em Deus que nunca que vou parar na máquina, a gente vê tanta gente fazendo. Mas Deus está me ajudando e eu não vou não”. (E8)

[...] “Meu companheiro fala para eu ter fé, a gente está fazendo um curso na igreja, confio em Deus e sei que ELE vai me ajudar”. (E9)

[...] “Quero ajudar os outros com a minha história vida, tudo que passei lá na UTI, me fortaleceu, é verdade que cheguei a ficar depressiva, más, Deus me ajudou, e agora estou curada da depressão, e sei que Ele pode me curar da doença do rim, também, sabe lá na minha igreja dou testemunho”. (E10)

[...] “É Deus, minha família e vocês aqui que ajudam e animam a gente”. (E11)

[...] “Eu vou levando a vida, eu respeito, mas, não tenho uma religião não, se tenho que carregar essa doença vou carregar, eu acredito é na vida”. (E12)

[...] “Penso, que o que é para acontecer já estava escrito, agora, é continuar, fazer o tratamento, eu não vou em igreja não, más tenho fé que vou ficar bom”. (E17)

Religião, fé, espiritualidade e até a ausência delas, foram citadas pelos 17 entrevistados, como agente de apoio na aceitação e adaptação da doença. Dentre os participantes, oito

(47,05%) mulheres relataram serem religiosas, em contrapartida dos homens, dois (11,77%) afirmaram que não possuíam credo específico, contudo, enfatizaram respeitar os que assim acreditavam. Neste sentido, por meio das falas dos participantes observou-se que o credo foi citado e comentado de maneira positiva e utilizado como estratégia para o enfrentamento da doença.

Sabe-se que os pacientes com DRC sofrem problemas de cunho fisiológico e psicossocial, desse modo, tendem a apegarem-se à fé, religião ou espiritualidade, em outras palavras a um “Ser” superior que os socorrerá, aliviando suas tristezas e anseios, neste caso, as causadas pelo aparecimento da doença (VALCANTI *et al.*, 2012; JUNIOR *et al.*, 2015; LEIMING *et al.*, 2018).

Nas últimas décadas, a religião e a espiritualidade, receberam cada vez mais destaque na assistência à saúde, especialmente, quando relacionadas aos pacientes considerados críticos, crônicos e paliativos e por estarem associadas a quadros clínicos ou prognóstico reservado. Além disso, possuem predicados atribuídos a esperança, melhor aceitação da doença, menor índice de suicídio, depressão e recuperação mais rápida, de acontecimentos, muitas vezes, irreversíveis. Destaca-se que a mesma deve ser estimulada (VALCANTI *et al.*, 2012; JUNIOR *et al.*, 2015; LEIMING *et al.*, 2018).

Diante de tantos benefícios, podemos, então, sugerir aos profissionais de saúde encorajar, os portadores de DRC, a praticá-las, especialmente por estarem correlacionadas a comportamentos e práticas saudáveis, estendendo-as às pessoas em convivência com a doença.

5.6 Construção e Análise da Cartilha Educativa

Por meio do diagnóstico situacional pôde-se conhecer as necessidades, ou seja, as dúvidas que os portadores de DRC possuíam sobre as especificidades da doença. A importância da realização desta fase se deu em virtude do reconhecimento real das necessidades vividas pelo público alvo; desse modo, tornou-se imprescindível verificar o que realmente os portadores de DRC necessitavam conhecer, por estas particularidades esta fase é considerada por alguns autores como o primeiro passo para construção de material educativo eficaz (FREITAS; REZENDE FILHO, 2010; NASCIMENTO *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2018).

Sobre a fase dois foram selecionadas 16 tecnologias educativas, cartilhas e manuais, sendo, posteriormente, elegidas oito cartilhas já validadas e em uso por serviços que atendem

pacientes portadores de DRC para servirem enquanto parâmetro para elaboração do conteúdo e ilustrações e estão descritas no Quadro (3) abaixo.

Quadro 3 – Síntese de trabalhos analisados que subsidiaram a construção da cartilha educativa.

Título do artigo	Título da Cartilha	Objetivo	Desenho Metodológico	Considerações
Desenvolvimento de material educacional sobre doença renal crônica utilizando as melhores práticas em letramento em saúde.	Você conhece a Doença Renal Crônica	Avaliar LS - Teste de Avaliação do Letramento em Saúde (TALES)	Estudo de caráter qualitativo e descritivo	A cartilha mostrou-se útil na tradução de conceitos científicos complicados sobre doença renal em mensagens de saúde significativas.
Cartilha para o paciente em diálise renal: cuidados com cateteres venosos centrais e fístula arteriovenosa	Cuidados com acessos venosos e intercorrências no domicílio.	Construir e validar o conteúdo e a aparência de uma cartilha para o paciente renal crônico acerca dos cuidados com os acessos venosos para hemodiálise no domicílio.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	A cartilha construída consiste em um material educativo capaz de auxiliar o paciente em hemodiálise nos cuidados diários com o cateter venoso central ou fístula arteriovenosa e nas condutas, em casos de intercorrências.
Cuidados clínicos em hemodiálise: validação de cartilha educativa.	Cartilha de cuidados clínicos em hemodiálise.	Validar cartilha educativa construída para paciente renal crônico em hemodiálise		A tecnologia educacional mostrou-se válida com potencial uso na prática clínica.
Cartilha Educativa acerca dos cuidados com cateter de Dialise peritoneal: Um Estudo descritivo.	Cartilha Educativa acerca dos cuidados com cateter de dialise Peritoneal.	Elaborar cartilha educativa acerca Dos Cuidados com o cateter de diálise.	Estudo prospectivo, descritivo, Com Abordagem qualitativa.	Por ter sido elaborada em conjunto com os pacientes a cartilha é capaz de proporcionar adesão ao TC daqueles que irão lê-la.

Construção e validação de uma tecnologia educativa para promoção do autocuidado de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise.	Conhecer para se cuidar: autocuidado da pessoa com Doença Renal Crônica em Hemodiálise.	Construir e validar uma tecnologia educativa com orientações para o autocuidado da pessoa com DRC em tratamento hemodialítico.	Pesquisa metodológica do tipo desenvolvimento.	Material educativo válido e confiável para ser utilizada a fim de promover a adesão ao autocuidado das pessoas que fazem hemodiálise.
-----	Cartilha do paciente renal crônico: para se viver bem.	-----	-----	-----
	Cartilha de Orientação para Portadores de DRC: Fase Dialítica e Transplante Renal	Oferecer informações acerca da doença renal crônica e modalidades de tratamento.	Revisão de literatura	A cartilha teve o aval da SBN e irá proporcionar um cuidado zeloso e o fortalecimento dos vínculos entre os envolvidos.
Prevenção da DRC intervenção na prática assistencial em uma equipe saúde da família.	Prevenção da Doença Renal Crônica	Contribuir com a construção e fixação do conhecimento sobre DRC aos profissionais de saúde da AB.	Abordagem metodológica a qualitativa, baseada na pesquisa-ação.	A cartilha seria caminho eficaz para instrumentalizar as equipes da AB

Fonte: A pesquisadora, 2019.

Vale ressaltar que o conteúdo científico foi aprofundado, entretanto, procurou-se utilizar termos compreensíveis pela população leiga, contudo, mantendo o teor científico. De acordo com autores, os materiais educativos devem abordar conteúdos fundamentados em evidências científicas e não no senso comum, tal atitude visa minimizar compreensões erradas pela população. Portanto, ao elencar aspectos fisiopatológicos, dentre outros, de uma doença, recomenda-se que o material educativo utilize linguagem simples, entretanto, a nomenclatura científica deve fazer parte da escrita, sendo explicada por meio de situações reais vividas (NASCIMENTO et al., 2015; COSTA et al., 2018; SANAVIO, 2018).

Como resultado da fase três, foram desenvolvidos seis *banners* (Apêndice D) para expressarem as especificidades da DRC, emergidas das necessidades dos participantes e relatadas durante as entrevistas. Assim, a linguagem e algumas falas dos entrevistados foram utilizadas a fim de reconstituírem a realidade vivida; os temas abordados foram organizados em sequência lógica, utilizou-se nomenclatura de fácil compreensão para ser entendido por pessoas com pouco ou sem grau de instrução.

Além disso, as figuras e falas dos personagens estavam em consonância com a caracterização dos portadores de DRC atendidos no local da pesquisa, haja vista, refletirem a realidade local, como, por exemplo: a imagem externa referia-se ao pátio externo do ambulatório de nefrologia e a interna um dos consultórios do local da pesquisa, o rim doente masculino advinha da maioria dos pacientes atendidos no ambulatório serem do sexo masculino, dentre outras. Neste seguimento, autores pesquisados, reafirmaram a importância de que os materiais educativos tragam aspectos do cotidiano dos indivíduos de forma que facilite o processo de assimilação e compreensão; (FREITAS; REZENDE FILHO, 2010; NASCIMENTO *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2018; SANAVIO, 2018).

Em relação a fase quatro, análise realizada pelos profissionais participantes, após uma semana do envio do material por e-mail, sugeriram melhorias nas ilustrações, correções ortográficas, ajustes na nomenclatura sobre o conteúdo. Sobre os questionamentos iniciais referentes aos assuntos abordados os profissionais analisaram-nos adequados para aplicação ao paciente renal crônico em estágio 3, pois os conteúdos auxiliavam o processo de apreensão e conscientização do público alvo sobre as especificidades da DRC, também, referiram estarem organizados de modo a facilitar a compreensão do público, visto que as ilustrações serviam para complementar o texto; no Quadro (4) estão listadas as sugestões mais relevantes.

Quadro 4 - Síntese da análise qualitativa das alterações sugeridas e realizadas nos seis *banners* pelos profissionais de saúde.

	Sugestões
Banner 1	Colocar a imagem de um rim feminino sadio conversando com o rim masculino doente.
Banners 1,2,3,4,5 e 6	Transcrever os conteúdos para um conceito mais objetivo e de fácil compreensão pelo público alvo; Corrigir erros ortográficos. Utilizar cores mais claras, quando a cor de fundo for escura.
Banners 3 e 4	Utilizar imagens que chamem mais atenção nos itens: hábitos que prejudicam os rins e hábitos saudáveis.
Banner 6	Finalizar com os rins feminino, o masculino e o rim médico conversando sobre os principais cuidados do tratamento conservador.

Fonte: A pesquisadora, 2019.

Ainda, em relação aos profissionais de saúde participantes, considerando a importância e relevância de suas contribuições, os mesmos foram caracterizados, sendo demonstrado abaixo na Tabela (7).

Tabela 7 - Caracterização dos profissionais da saúde que analisaram os conteúdos da cartilha educativa.

Profissional	n	%
Profissão		
Médico Nefrologista	4	44,44
Enfermeiro Nefrologista	2	22,22
Farmacêutico	1	11,11
Assistente Social	1	11,11
Nutricionista	1	11,11
Tempo de Formação		
Entre 5 e 10 anos	1	11,11
Acima de 10 anos	6	66,66
Acima de 20 anos	2	22,22
Titulação		
Especialista	7	77,77
Mestre	1	11,11
Doutor	1	11,11
Tempo de atuação com o público alvo		
Entre 5 e 10 anos	2	22,22
Acima de 10 anos	6	66,66
Acima de 20 anos	1	11,11

Fonte: A pesquisadora, 2019.

Ao recorrer a literatura, constatou-se que o profissional de saúde que assiste o portador de DRC, com exceção do médico nefrologista, normalmente, não possui especialização específica em nefrologia, sendo, portanto, generalistas ou possuem outras especialidades. Embora a especialização em nefrologia não seja parâmetro para qualificar a assistência executada, porém, é consenso que o profissional ao possuir conhecimentos e habilidades específicas de determinada área poderá contribuir de modo pontual, refletindo na qualidade da assistência prestada. Nesse contexto, a caracterização dos profissionais participantes está em conformidade com a literatura, haja vista, que além dos médicos nefrologistas, 2 (22,2%) profissionais possuíam especialização na área da nefrologia, sendo os da enfermagem (BRASIL, 2014; MATURANA; CALLEGARI; SCHIAVON, 2016; FERRAZ et al., 2017).

Oportuno destacar que, sem exceção, os especialistas analisaram voluntariamente o material educativo, fizeram sugestões tanto nos banners, quanto no formato inicial e final da cartilha e que todas as sugestões, tanto dos profissionais quanto dos participantes, foram acatadas.

A importância da análise ser realizada por profissionais que assistem o público alvo

referencia-se a credibilidade e confiabilidade aos conteúdos abordados, ou seja, estarem devidamente em concordância com as evidências científicas. Notou-se que os profissionais contribuíram com conhecimentos específicos provenientes das suas áreas de saberes; além disso, o material educativo ao ser analisado por equipe multidisciplinar atende as necessidades dos pacientes integralmente, assim, possíveis lacunas, sobre certos cuidados, específicos, foram ser sanadas.

Os resultados oriundos da fase quatro, relacionados aos participantes, praticamente, restringiu-se, a nomenclatura utilizada; neste contexto, os mesmos solicitaram utilizar escrita simples para descrever o conteúdo da cartilha, que figuras fossem intercaladas com a escrita e que utilizasse várias cores em sua composição. Neste seguimento, autores, reafirmam que conteúdos de materiais educativos devem estar em consonância com o cotidiano vivido e reais necessidades locais, além disso, devem ser descritos de forma clara utilizando palavras de fácil entendimento, logo, o vocabulário técnico deve ser utilizado somente quando realmente se fizer necessário; destaca-se que as sugestões dos participantes foram acatadas (FREITAS; REZENDE FILHO, 2010; NASCIMENTO et al., 2015; COSTA et al., 2018; SANAVIO, 2018).

Explica-se que sempre foram realizados ajustes dos assuntos abordados entre os membros executantes das oficinas educativas, essa atitude se fez necessária considerando os resultados positivos que este alinhamento projeta no público alvo, especialmente, quando realizado por meio de projetos de extensão e envolvem a equipe executora.

Vale, mencionar que a extensão universitária surgiu na Inglaterra do século XIX, atualmente, é executada por meio de projetos ou ações de extensão, tem como objetivo, principal, transpor os muros da universidade conduzindo conhecimento científico a comunidade local impactando em melhorias na qualidade de vida, além de, promover a educação continuada aos profissionais das diversas áreas do saber. Neste contexto, podemos afirmar que projetos de extensão geram benefícios tanto para população alvo quanto para os acadêmicos que participam do processo educativo, haja visto, que a interação teoria e prática concretiza o processo ensino aprendizagem (RODRIGUES et al., 2013).

Dando seguimento, os resultados da fase cinco culminaram nos ajustes finais da construção da cartilha educativa, assim, as sugestões e opiniões advindas dos profissionais, praticamente, ficaram restritas a aspectos técnicos, quanto aos pacientes, não houve novas sugestões, conforme demonstradas no Quadro (5).

Quadro 5 - Correções sugeridas pelos profissionais da saúde na construção da versão final da cartilha educativa.

	Sugestões
Reformulação da formatação de texto	Padronizar títulos, caixa alta, centralizados e em negrito, usar fonte Castellar e aumentar o tamanho da fonte para nº16 .
Substituição/exclusão de termos técnicos	Substituir pacientes/ pessoas suscetíveis por pacientes com maior risco.
Melhorar a ordem cronológica dos Assuntos	O tópico exames deve ser abordado antes dos sinais e sintomas.
Aprofundar os Conteúdos	Os conteúdos abordados devem explicar todas as especificidades da Doença Renal Crônica relacionadas ao estágio 3.
Explicar termos Técnico	Os termos técnicos devem ser explicados com linguagem clara e simples.

Fonte: A pesquisadora, 2019.

Além das sugestões acima, em relação a elaboração da primeira versão, impressa em papel A4 colorido, foram realizadas as seguintes alterações: o conteúdo foi aprofundado, inicialmente, constava com capa e 30 páginas, já em sua versão final permaneceu com capa e 52 páginas; o título permaneceu “Cartilha Educativa sobre Doença Renal Crônica para Pacientes Atendidos em Ambulatório de Nefrologia” (Apêndice E).

A cartilha abordou 21 particularidades da Doença Renal Crônica, cuja sequência e conteúdos estão descritos sucintamente abaixo:

1. Apresentação: descreve como a cartilha foi desenvolvida, considerando particularidades dos pacientes atendidos no ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH, participantes ativos na sua construção.
2. Introdução: contextualiza de modo geral as especificidades sobre Doença Renal Crônica, enfatizando, também, os objetivos da cartilha.
3. Definição da doença renal crônica: discorre sobre o conceito da doença, explana, também, o panorama no mundo e no Brasil e de modo sucinto descreve o tratamento conservador.
4. O diagnóstico da DRC: esclarece como a DRC é diagnosticada.
5. Funções dos rins: discorre brevemente a anatomia e função dos rins.
6. O Sistema urinário: discorre sobre os órgãos que compõe o sistema urinário.
7. Sobre os exames: elenca os exames laboratoriais e de imagem solicitados para diagnosticar lesão renal, descreve, também, as principais alterações detectadas pelos exames de imagem.
8. Alterações consideradas marcadores de lesão renal: descreve os principais

biomarcadores de lesão renal.

9. Os sinais e sintomas da DRC: esclarece quais são os principais sinais e sintomas da doença.
10. Problemas gerais que podem afetar os rins: cita as principais doenças relacionadas, diretamente, aos rins que podem causar a DRC.
11. Principais causas da DRC: descreve as principais causas que podem desencadear a doença.
12. Fatores de risco para o desenvolvimento da DRC: anuncia quais são as pessoas com maior risco de desenvolverem a DRC.
13. As principais complicações causadas pela DRC: elenca as principais complicações e agravos causados pela doença.
14. Estágios da doença renal crônica: descreve os estágios da DRC, enfatizando o estágio 3, no qual o público alvo desta cartilha se encontra.
15. Hábitos prejudiciais aos rins: enfatiza hábitos costumeiros que potencializam a lesão renal, utilizando, ilustrações para melhor entendimento.
16. O tratamento conservador: destina-se a nomear os elementos que formam o tratamento conservador.
17. Hábitos saudáveis do tratamento conservador que retardam a evolução da DRC: elenca os hábitos saudáveis a serem adotados para barrar o avanço da lesão renal.
18. Terapia renal substitutiva: conceitua as terapias renais substitutivas.
19. Direitos da assistência e previdência social: discorre sobre os direitos que o portador de DRC em estágio 3 possui.
20. Acompanhamento do portador de DRC no ambulatório de nefrologia: discorre como será o acompanhamento do portador de DRC no ambulatório de nefrologia e na UBS.
21. Considerações finais: Conclui a cartilha enfatizando de modo geral as orientações educativas destinadas a retardar a evolução da DRC.

Além destas, a cartilha possui, capa, agradecimentos, organizadores, sumário e referências, constando ainda na capa (posterior) o endereço do site da SBN para demais orientações sobre a DRC ao público em geral. Vale destacar, que entre a explanação dos conteúdos acima transcrevemos falas dos entrevistados participantes sobre o tema, tal ação, visou reforçar a escrita com a realidade do leitor.

Na perspectiva de auxiliar a apreensão do conhecimento sobre a doença e proporcionar uma leitura atrativa e agradável foram utilizadas ilustrações na composição da cartilha, as quais complementaram e facilitaram a compreensão do texto; quanto a harmonia das cores, optou-se

por cores vivas e vibrantes para expressarem os conteúdos de maior atenção; o modelo de gotas de água, utilizado como plano de fundo foi escolhido para expressar a importância de beber água.

A cartilha foi impressa em gráfica, produzida em papel couché, para preservar a qualidade das cores, o tamanho da página é de meia folha de papel A4 (150 X 210 mm) em formato de configuração “ paisagem”; na composição textual optou-se por frases curtas e objetivas, as siglas e abreviaturas foram explicadas; utilizou-se a letra Castellar centralizada nos títulos nº 16, Arial nº12 nos textos corridos, Times New Roman nº 12 nas falas dos entrevistados participantes e Calibri nº 12 nos pensamentos da figura do rim doente, a fim de facilitar a leitura por pacientes que possuem pouca leitura e ou redução na acuidade visual; os termos técnicos inevitáveis foram descritos utilizando palavras do cotidiano do público leigo.

Oportuno mencionar que quando foi realizada a avaliação da cartilha (Apêndice D), os pacientes responderam que a cartilha atendia a suas necessidades, que facilitou o acesso ao conhecimento sobre a doença e promoveu informação sobre o processo de adaptação ao tratamento.

Vale destacar, que os aspectos adotados na composição da cartilha, ilustrações, linguagem, dentre outros elementos, foram constituídos a fim de atrair e manter a atenção do leitor, além disso, identificá-los com seu cotidiano, assim, tornando-os condizentes com a realidade local e eficazes para material utilizado em um processo educativo. Ainda, neste seguimento, convém, mencionar que a finalidade dos materiais educativos, vão além da transmissão de conhecimentos sobre o processo saúde doença, haja vista, auxiliam na construção da autonomia e empoderamento do paciente (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; TELES, 2011; MEDEIROS et al, 2016; DUARTE; HARTMANN, 2018).

Cabe enfatizar que ao acatar as sugestões e realizar alterações, seguiu-se orientações, de estudos que enfatizam que os materiais de saúde destinados ao público leigo, devem ser de fácil entendimento, a fim de proporcionarem interesse e auxiliarem na compreensão sobre o conteúdo abordado, visto que, materiais educativos extensos e complexos podem desestimular a leitura e conseqüentemente a não adesão ao que se destinam (DOAK; DOAK; ROOT, 1996; MEDEIROS et al., 2016; PESSOA et al.,2019).

Como visto, todos os tópicos sofreram alterações, nenhum foi julgado como inadequado, cooperando, assim, para o aprimoramento da tecnologia educativa. Desta maneira, por meio da análise final de profissionais e pacientes, a cartilha educativa foi aprovada para ser utilizada como material educativo no ambulatório de nefrologia do HU/UFMG/EBSERH.

5.6.1 O Desenvolvimento das Oficinas Educativas

Foram realizadas 12 oficinas educativas, com duração de uma hora cada, iniciavam as 12h e terminavam as 13h, esporadicamente, as 13h30min. Como, já, mencionado, os temas abordados era sobre as particularidades da DRC, como, por exemplo: definição, função dos rins, sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento, dentre outros.

Inicialmente, com o intuito de observar o interesse prévio pelos participantes os seis *banners*, utilizados como recurso visual, eram expostos 15 minutos antes do início das oficinas educativas, constatou-se que além dos pacientes nefropatas alguns pacientes (das demais especialidades atendidas nos ambulatórios um e dois) após realizarem a ficha de consulta, paravam, observavam e faziam alguns comentários; a fim de registrar o interesse dos pacientes sobre materiais educativos expostos, neste momento, não foi realizada nenhuma abordagem.

Sobre as metodologias pedagógicas adotadas, educação dialógica problematizadora, rodas de conversa e teatralização, utilizadas em todas as oficinas educativas, concretizaram-se um caminho eficaz no processo ensino aprendizagem, visto que, promoveu impactos positivos por meio da contribuição ativa de experiências entre participantes, acadêmicos e pesquisadora.

Figura 3 - Disposição dos *banners* durante realização das oficinas educativas na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.



Fonte: A pesquisadora, 2019.

Dando seguimento, na 1ª oficina educativa evidenciou o conhecimento limitado dos participantes sobre as especificidades da DRC, as expressões faciais revelaram surpresa quanto as causas e fatores de risco, além de, tristeza e preocupação ao ser enfatizado a ausência de cura e o panorama da doença no mundo e no Brasil. As falas, expressões faciais e conversas paralelas sobre os temas abordados, eram anotadas pelos acadêmicos, a fim de serem utilizadas na

próxima oficina, além disso, tinha a finalidade de contribuir para construção da cartilha educativa.

Entretanto, houve, também, momentos de descontração, com risos, ao ser abordado os hábitos nocivos aos rins, visto que alguns participantes eram fumantes, faziam uso de álcool, ingeriam bebidas alcoólicas e refrigerantes, consumiam comida industrializadas e não ingeriam água na proporção recomendada, além disso, alguns explanaram grande preocupação as práticas danosas que realizavam.

Os participantes revelaram grande satisfação por estarem fazendo parte de um processo educativo vinculado a UEMS que originaria uma tecnologia educativa destinada a eles.

Essa oficina serviu de base para planejar como as demais oficinas ocorreriam, ajustando o tempo dispensado a cada tema abordado, participaram desta oficina 10 pessoas.

Vale mencionar que para leitura das expressões faciais utilizou-se o sistema elaborado por Paul Ekman (2011) que analisa emoções como desprezo, aversão, raiva, tristeza, medo, surpresa e alegria e o de Silva; Passos; Arruda (2013) utilizado em situações de aprendizado, especialmente, momento em que o educando pode estar confuso, pensando ou ter concluído algo sobre o assunto em questão.

Figura 4: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH



Fonte: A pesquisadora, 2019.

Figura 5: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.



Fonte: A pesquisadora, 2019.

Na 2ª oficina participaram 15 portadores de DRC, algumas falas se destacaram pelo impacto emocional que causou entre os participantes, como, por exemplo, uma participante relatou a história de vida de sua mãe hipertensa e diabética que já falecerá em virtude de complicações da DRC, ao término do seu relato um participante confessou que o relato o deixara perplexo e preocupado, visto, até então, não considerar a gravidade dos agravos

causados pela doença; posteriormente, outro participante relatou que a irmã fazia hemodiálise e seu maior medo era ir parar na máquina de hemodiálise, ressaltou, ainda, que deveria ser constante esse tipo de orientação.

Nesta oficina pôde-se verificar que a troca de saberes desencadeou perguntas mais específicas sobre as causas, fatores de risco, além de expressões faciais de preocupação e tristeza.

Figura 6: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH



Fonte: A pesquisadora, 2019.

Figura 7: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.



Fonte: A pesquisadora, 2019.

Durante a realização da 3ª oficina educativa, a princípio alguns participantes mostraram-se desinteressados, contudo, com a fala de um participante sobre sua doença ter sido causada pela hipertensão e diabetes descontroladas o interesse e a participação foi generalizada, 17 pacientes participaram desta oficina, sendo sete pacientes do consultório da urologia. Mais uma vez, constatou-se, que a explanação de vivências do cotidiano, por um membro do grupo, foi um potente disparador para discussões coletivas.

Em relação a 4ª oficina, chamou atenção o número de mulheres que participaram, algumas eram pacientes da reumatologia sendo portadoras de hipertensão e diabetes, pelo número superior de mulheres esta roda de conversa evidenciou dúvidas sobre a DRC a respeito da sexualidade feminina, desta oficina participaram 15 pessoas.

A 5ª oficina ficou marcada pelos questionamentos relacionados a hemodiálise, registrou-se o medo deste tipo de tratamento pelos pacientes; um participante, em especial, chamou atenção de todos por ter perdido recentemente sua esposa em virtude de complicações

da DRC; um outro fator mostrou-se crucial para a participação maciça dos pacientes, a proximidade da pesquisadora com os participantes ao relatarem suas histórias ou dúvidas, tal ação estimulou os participantes a fazerem perguntas individuais, além disso, a pesquisadora incentivava os participantes adotarem bons hábitos, como, por exemplo, beber água. Todos os questionamentos foram respondidos ao término da oficina, visto o curto espaço de tempo para explicar os conteúdos a serem abordados, 15 pessoas participaram desta oficina

Figura 8: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH



Fonte: A pesquisadora, 2019.

Figura 9: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.



Fonte: A pesquisadora, 2019.

A 6ª oficina foi a que contemplou o maior número de participantes, ao todo foram 31, em virtude do número elevado de pessoas que compartilharam suas experiências e questionamentos sobre a doença, essa oficina teve o tempo de duração de 1h30min; outro evento que chamou atenção foi a participação do funcionário (motorista da ambulância) que transportava pacientes de outro municípios para o atendimento nefrológico, recém diagnosticado com DRC e aguardava o resultado de exames laboratoriais para retornar ao nefrologista, sua história fez com que alguns pacientes chorassem.

A 7ª oficina contou com a participação de 20 pacientes, 10 provenientes da especialidade da nefrologia, 5 da endocrinologia e 5 da cardiologia, inicialmente só mulheres quiseram participar, contudo, após a pergunta de um paciente do sexo masculino outros homens participaram; nesta oficina os temas de maior destaque foram: o uso de álcool, tabaco e atividade física, alguns participantes renais relataram que antes do diagnóstico não tinham o hábito de beberem água na proporção adequada, tal afirmativa desencadeou espanto em alguns

participantes das outras especialidades, por desconhecerem que a ingestão reduzida de água associada a outras comorbidades pode desencadear a injúria renal.

Figura 10: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH



Fonte: A pesquisadora, 2019.

Figura 11: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.



Fonte: A pesquisadora, 2019.

Na 8ª oficina os temas abordados de maior relevância foram os relacionados aos sinais e sintomas e ao tratamento conservador, especificamente, o uso de medicamentos para HA e DM tiveram destaque, nesta oficina tivemos a participação do farmacêutico clínico que atende no ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH, três pacientes enfatizaram a importância da consulta realizada pelo farmacêutico clínico, uma em questão chamou atenção por estar ali, exclusivamente, para atendimento com este profissional; desse modo, evidenciou-se a necessidade da assistência multidisciplinar nos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, participaram 26 pacientes do ambulatório da nefrologia e da endocrinologia.

A 9ª oficina contou com o 2º maior número de participantes foram 28, para não atrasar as consultas, os participantes foram orientados a ausentarem-se do processo educativo quando chamados pelos médicos e retornarem posteriormente, estes assinaram o TCLE (APÊNDICE A) após a consulta.

Esta oficina foi marcada pela apresentação da cartilha impressa no seu formato inicial e pela troca de saberes de três participantes ao relatarem suas histórias de vida após o diagnóstico da DRC, percebeu-se por meio das falas a tristeza e o choro que o diagnóstico causou em alguns participantes; entretanto, ao explanarmos o TC e que a doença poderia não progredir para os

estágios finais, os participantes mostraram-se entusiasmados a adotarem os hábitos saudáveis expostos.

Figura 12: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH



Fonte: A pesquisadora, 2019.

Figura 13: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.



Fonte: A pesquisadora, 2019.

A 10ª oficina educativa evidenciou como os participantes descobriram a DRC, evidenciou-se que os sinais e sintomas aparecem, na grande maioria, tardiamente e que, na grande maioria, foi o médico da UBS que suspeitou da alteração renal por meio de achados no exame físico e ou alteração nos exames laboratoriais.

Desse modo, constatou-se, a necessidade de acompanhamento intensivo pelos portadores de fatores de risco pelos profissionais de saúde que atendem nas UBS. Outro destaque desta oficina, foram as falas sobre a importância de beber água, participantes relataram que antes do diagnóstico de DRC não consumiam água e que este hábito, nocivo, segundo os médicos contribuiu para o aparecimento da doença, 19 pacientes participaram desta oficina.

Na 11ª e a 12ª oficinas ocorreu a avaliação da versão final da cartilha educativa impressa, os participantes aprovaram e elogiaram, demonstraram interesse e satisfação por terem em mãos material educativo impresso, alguns já queriam levar para casa o exemplar, justificando não possuírem internet para acessar o site da UEMS onde a cartilha estará disponível, outros perguntavam onde poderiam adquiri-la. Os participantes elogiaram o modo que a cartilha foi construída, enfatizaram que os conteúdos abordados conduziam a reflexão da adoção de um novo estilo de vida, alguns reconheceram nas falas dos entrevistados semelhanças

com vivências causadas pela doença.

Figura 14: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH



Fonte: A pesquisadora, 2019.

Figura 15: Roda de conversa durante realização da oficina educativa na sala de espera do ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH.



Fonte: A pesquisadora, 2019.

Nestas oficinas, as falas dos participantes explanaram o impacto, negativo, em suas vidas causado pela DRC, dentre eles, medo da morte, medo da hemodiálise, tristeza, ansiedade, redução financeira, mudança abrupta no cotidiano, dentre outros sentimentos e situações.

Oportuno destacar que desde a realização da primeira oficina os participantes foram incentivados a opinarem sobre os conteúdos, formato, linguagem e outros aspectos pertinentes a construção da cartilha educativa, logo, as considerações dos que contribuíram foram anotadas no (Apêndice D), algumas vezes pelos acadêmicos e outras vezes pela pesquisadora. Participaram destas duas oficinas ao todo 33 pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo da premissa que o paciente é o centro do cuidado no que tange ao processo saúde doença, esta pesquisa permitiu desvelar anseios e necessidades de pacientes em estágio 3 da DRC atendidos no ambulatório de nefrologia do HU/UFGD/EBSERH culminando no desenvolvido de um processo educativo executado por meio de projeto de extensão no formato de oficinas educativas e finalizando com a construção da cartilha educativa que visa contribuir com informações de modo a auxiliá-los na conscientização quanto as particularidades da DRC.

Notou-se que conhecer as necessidades dos participantes antes de implementação das ações educativas foi de extrema importância, visto que as estratégias e os assuntos foram construídos a partir da realidade específica do público com o qual foi trabalhado.

A metodologia, educação dialógica problematizadora, aplicada nas oficinas educativas por meio de rodas de conversa, firmou-se enquanto caminho no desenvolvimento do processo ensino aprendizagem, haja vista que os assuntos tratados não permaneceram engessados pois consideraram os saberes oportunizando a voz e vez do público alvo, fato evidenciado pela devolutiva nas oficinas educativas e por meio da avaliação feita pelos participantes.

As informações provenientes das falas dos participantes explicitaram sentimentos causados pelo processo de adoecimento desde o momento do diagnóstico até o que estava sendo vivido no momento da execução do trabalho.

Dentre as diversas alterações impostas no tratamento da doença e que exigiram mudanças na conduta pessoal do paciente, destacaram-se: a) alteração nos hábitos alimentares; b) adaptação as novas rotinas impostas pela doença; c) redução na renda familiar; d) perda da independência; e) consumo de medicamentos de forma sistemática; f) preocupações com a saúde mental, dentre outras características.

Os participantes destacaram que o desconhecimento a respeito da doença causou impactos negativos, considerando, que atitudes que retardam seu avanço poderiam ter sido iniciadas logo após o diagnóstico, reafirmaram, que o pouco conhecimento que possuíam sobre a doença advinha da troca de experiências, negativas e positivas, com familiares, amigos, demais pacientes e minimamente pelos profissionais que os assistiam; logo, constatou-se que o portador de DRC deve ser assistido de acordo com as necessidades individuais por equipe multidisciplinar a fim de alcançar a assistência holística.

Os participantes mencionaram a falta de material impresso sobre as especificidades da DRC, pelo serviço de nefrologia, como fator preponderante para falta de conhecimento,

correlacionaram essa condição como aspecto negativo no manejo e que tal fato pode estar relacionado ao número inexpressivo dos entrevistados terem acesso a materiais educativos impressos e utilizarem a internet como meio de adquirir conhecimento sobre a doença.

A tecnologia educativa escolhida pelos pacientes foi a cartilha educativa, sendo construída a partir das necessidades de conhecimento sobre a DRC dos participantes, assim ilustrando o cotidiano local, firmou-se um potente material educativo, podendo contribuir ativamente no empoderamento, autocuidado e adesão ao estilo de vida que é imposto pela doença.

Em relação a análise da cartilha educativa, na concepção dos participantes do estudo, pacientes e profissionais de saúde, o material se encontra adequado para o público alvo e caracteriza-se como um instrumento a ser utilizado na educação em saúde local, visto ter contemplado pontos relevantes de conhecimento sobre a doença; além disso, ressaltaram que o modo como foi construída facilitou a compreensão do conteúdo apresentado, por utilizar linguagem simples, ilustrações apoiando o texto escrito, dentre outras.

Dos desafios encontrados no processo de construção da cartilha, destaca-se a dificuldade de encontrar literatura que abordasse, especificamente, os cuidados com os pacientes em estágio 3 da DRC. Vale, ainda, mencionar que o estudo não está finalizado, visto, não ter sido validado, logo, abre-se precedente para realização de novas pesquisas.

Evidente que não foi possível abordar todos os temas de interesse do paciente renal crônico. Assim, aspectos que contemplem, por exemplo, a visão dos profissionais de saúde envolvidos na assistência prestada ao portador de DRC, percepção das pessoas em convivência com o portador de DRC, tecnologias educativas aplicadas ao portador de DRC, dentre outras, permanecem em aberto para futuras pesquisas e venham desvelar as necessidades e identificar os caminhos para proporcionar o cuidado integral a este público.

Espera-se, ainda, que essa cartilha educativa possa contribuir com a equipe multiprofissional que assiste o paciente renal, servindo de modo a transmitir as especificidade da DRC, nos momentos de admissão de novos pacientes e, também, na orientação dos demais que realizam tratamento há mais tempo.

Por fim, esta pesquisa permitiu vislumbrar o que é “o ser renal”, reconhecendo que ainda que o portador de DRC tenha restrições causadas pela doença, suas vidas não se reduzem à doença. Nesse contexto, propomos, que ações educativas sejam desenvolvidas permanentemente no ambulatório de nefrologia, haja vista o número elevado de pacientes atendidos.

REFERÊNCIAS

ADAMS, R. J. et al. Health literacy: a new concept for general practice? *Aust. Fam. Physician*, v.38, n.3, p.144-7, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19283256/>. Acesso 20 jan 2019.

AFONSO, M. L.; ABADE, F. L. Para reinventar as rodas: rodas de conversa em direitos humanos. Belo Horizonte: RECIMAM, 2008.

ALCALDE, P. R; KIRSZTAJN, G. M. Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo , v. 40, n. 2, p. 122-129, jun. 2018 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002018000200122&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 dez. 2019. Epub 04-Jun-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-3918>.

ALMEIDA, O. A. E.; et al. Envolvimento da pessoa com doença renal crônica em seus cuidados: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. v. 24, n. 5 [Acessado 4 Dezembro 2019] , pp. 1689-1698. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04332019>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04332019>.

ALTOÉ, A; SILVA, H. O Desenvolvimento Histórico das Novas Tecnologias e seu Emprego na Educação. *Rev. Eduem*, 2005, p 13-25. Maringá, Pr.

ALVES, L. F.; et al. Prevalência da doença renal crônica em um município do sudeste do Brasil. *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo , v. 39, n. 2, p. 126-134, Jun 2017 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002017000200126&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 Mar. 2020. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170030>.

ALVES, M. A. R; GORDAN, P. A. Diagnóstico de anemia em pacientes portadores de doença renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 36, 2014, p. 9-11. Disponível em: <https://bjnephrology.org/article/1-diagnostico-de-anemia-em-pacientes-portadores-de-doenca-renal-cronica-2/>. Acesso em: 25 jan 2019.

ANDRADE, I; ALMEIDA, M. R. S. Araújo A; SANTOS, R. V. Atuação da enfermagem em atenção básica na prevenção e progressão da insuficiência renal crônica. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde | Salvador*, v. 4, n. 4, p. 23-31, jul./dez. 2016 | 23. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wpcontent/uploads/2016/07/Atua%C3%A7%C3%A3o-da-enfermagem-ematen%C3%A7%C3%A3o-b%C3%A1sica-na-preven%C3%A7%C3%A3o-e-progress%C3%A3o-da-insufici%C3%A2ncia-renal-cr%C3%B4nica-v-4-n-4.pdf>. Acesso em: 25 set 2019.

ANDRADE, J. M. A; SOUZA, L. P.; SILVA, N. L. C. (Organizadores). Metodologias ativas: práticas pedagógicas na contemporaneidade. Campo Grande: Editora Inovar, 2019. 203p. ISBN 978-65-80476-01-5. Disponível em: https://editorainovar.com.br/_files/200000136-

4505c4505e/Livro%20Metodologias%20ativas%20pr%C3%A1ticas%20pedag%C3%B3gicas%20na%20contemporaneidade-0.pdf. Acesso em: 25 dez 2019.

AROKIASAMY, P.; et al. Doenças crônicas não transmissíveis em 6 países de baixa e média renda: descobertas da onda 1 do estudo da Organização Mundial da Saúde sobre envelhecimento global e saúde do adulto (SAGE). *Am J Epidemiol.* 2017; 185 (6): 414-428. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/aje/kww125>. Acesso em 20 set. 2019.

BACKES, V. M. S et al . Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. *Rev. bras. enferm., Brasília* , v. 61, n. 6, p. 858-865, Dec. 2008 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000600011>. Acesso 17 Apr. 2019.

BANAGA, A.S.I. et al. Causes of endstage renal failure among haemodialysis patients in KhartoumState/Sudan. *BMC Res Notes* (2015) 8:502. Disponível em: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-015-1509-x>. Acesso em: 28 out. 2016.

BARATA, N. E; ROXO, R. C. Relação Didática e Qualidade de Vida em Pacientes com Doença Renal Crônica. *J. Bras. Nefrol.* São Paulo, v. 37, n. 3, p. 315-322, setembro de 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002015000300315&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150051>.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARREIRO, Júlio. *Educação popular e conscientização*. Petrópolis/RJ: Vozes, 1980.

BARRETO, J. G. P.; et al., Can renal nutrition education improve adherence to a low protein diet in patients with stages 3 to 5 chronic kidney disease? *Journal of Renal Nutrition* Volume 23, Issue 3, May 2013, Pages 164-171. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1051227612002038>. Acesso em: 19 set. 2019.

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.* v. 1, n. 33, p. 93-108, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002011000100013>. Acesso em: 10 Set. 2017.

BERALDO, P. C.; et al. Abordagens educativas focalizando a qualidade de vida da pessoa com doença renal crônica em hemodiálise: uma revisão integrativa. *Curitiba*, v. 30, n. 3, p. 595-605, Sept. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010351502017000300595&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 de Junho de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.030.003>.

BONASSI, S; NAVARRO, R. S. Doença renal crônica: Fronteiras e desafios familiares-Vínculos. *Revista do NESME*, 2018, V. 15, N.1. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v15n1/v15n1a06.pdf>. Acesso em 24 set. 2019.

BOMFIN, E. S et al. Atuação do enfermeiro acerca das práticas educativas na estratégia de saúde da família.. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(Supl. 3):1398-402, mar., 2017.

Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13982/16835>. DOI: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1103sup201711. Acesso 24 abril 2019.

BORSATO, L. Cartilha com orientações de enfermagem para a alta hospitalar: contribuição à educação em saúde do paciente transplantado renal / Livia Borsato. – Niterói:[s.n.], 2014.114 f. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/3643/1/Livia%20Borsato.pdf>. Acesso em 20 de julho de 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 10 de set. 2018.

BRASIL, Oficinas de educação em saúde e comunicação. - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001. Disponível em: https://mosquito.saude.es.gov.br/Media/dengue/Arquivos/Oficinas_Educacao.pdf. Acesso em: 20 jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006 : uma análise da situação de saúde no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 620 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) ISBN 85-334-1223-1

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. ISBN 1. Doença Renal Crônica. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf. Acesso em 10 de Agosto de 2017.

BRASIL. Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Vigilância Sanitária. Atenção transdisciplinar ao renal crônico: manual para abordagem de pacientes em tratamento hemodialítico – 1. ed. Campo Grande : Secretaria de Estado de Saúde, 2011. 140 p. : Il. ISBN 978. Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/manual_renal-x1a.pdf. Acesso em 25 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2011. Brasília, DF Passo a Passo PSE Programa Saúde na Escola: Tecendo caminhos da Intersetorialidade. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf. Acesso em: 26 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Universidade Federal de São Paulo. UNA SUS. Lucila Amaral Carneiro Vianna. Revisão de Celso Zilbovicius e Daniel Almeida Gonçalves. 2012. Disponível em:

https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade01/unidade01.pdf. Acesso em: 10 jan 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. SIS/HIPERDIA; 2002. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 20 jun 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 235, DE 20 DE FEVEREIRO DE 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0235_20_02_2001.html. Acesso em: 20 jun 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2015. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>. Acesso em: 20 jul 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Programa #tamojunto : prevenção na escola : guia da oficina de pais e responsáveis [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_tamojunto_prevencao_escola_guia_oficina_pais_responsaveis.pdf. Acesso em 15 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/16/5.Situacao-Epidemiologica-das-DCNT-no-Brasil.pdf>. Acesso em 11 de agosto de 2018.

BRASIL. Universidade Federal do Maranhão. O panorama da doença renal crônica no Brasil e no mundo. 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10450>. Acesso em 20 dez 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. O Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, 2018. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd>. Acesso em 20 jan 2019.

BRAVIN, A. M et al . Benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade em pacientes renais crônicos: revisão integrativa. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 72, n. 2, p. 541-551, Apr. 2019 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0051>. Acesso em: 25 dez 2019.

BRUSILOVSKY, S. Capacitacao pedagogica para instrutor/supervisor area da saude. s.l, Brasil. Ministerio da Saude, 1989. p.35-7. In. Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Modernizacao Administrativa e Recursos Humanos. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-79634>. Acesso 21 jul 2019.

BUSSAB, W. O; MORETTIN, P. A. Cartilha de Direitos dos Portadores de Doenças Renais Crônicas: <http://www.portas.ufes.br/sites/www.portas.ufes.br>. Acesso em 10 de agosto 2018.

CABRAL, L. S. A. et al. Academic and Professional Guidance for Tertiary Students with Disabilities: Gathering Best Practices throughout European Universities. *Open Journal of Social Sciences*, v. 3, p. 48-59, 2015. Disponível em: https://file.scirp.org/pdf/JSS_2015091809481284.pdf. Acesso em: 20 jan 2019.

CALLAWAY, C.W.; et al. Circumferences. Apud in: LOHMAN, T.G.; ROCHE, A.F.; MARTORELL, R. *Anthropometric Standardization Reference Manual*. Human Kinetics Books: Illinois, 1988.

CAMPOS, C. J. G; TURATO, E. R. A equipe de saúde, uma pessoa com doença renal em hemodiálise e suas relações interpessoais. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 56, n. 5, p. 502-506, outubro de 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000500008>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

CANHESTRO, M. R. et al. Conhecimento de pacientes e familiares sobre a doença renal crônica e seu tratamento conservador. *remE – Rev. Min. Enferm.*;14(3): 335-344, jul./set., 2010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/124>. Acesso 20 julho 2018.

CARVALHO, M.A.P. Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular em saúde*. Brasília; 2010. p. 91-101. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em 10 de maio de 2018.

CECCONELLO, L et al. Perfil clínico epidemiológico dos doentes renais crônicos em tratamento hemodialítico: Um estudo da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. *Rev. Temas em Saúde*. Vol. 19, N. 3. ISSN 2447-2131. João Pessoa, 2019. Disponível: <http://temasensaude.com/wpcontent/uploads/2019/09/19323.pdf>. Acesso dez. 2019.

COCKWELL, P; FISHER, L. A. The global burden of chronic kidney Disease. *Ver. The Lancet*. VOLUME 395, EDIÇÃO 10225, P662-664,29 de fev 2020 Vol 395. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2819%2932977-0>. Acesso em: 20 abril 2020.

COELHO, E. B. S et al. Política nacional de atenção integral a saúde do homem. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. 66 p. : il. ; color. Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 20 dez 2019.

CORREIA, B. R et al. Perfil Clínico-Epidemiológico de Pacientes Assistidos em Clínica de Hipertensão. *J Health Sci* 2017;19(2):171-6. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876136/4647-17984-1-pb.pdf>. Acesso em: 25 jan 2019.

COSTA, R. G; et al. Alfabetización en salud y enfermedad renal crónica. *Nefrología (Madr.)*, Cantábria, v. 37, n. 2, p. 115-117, abr. 2017. Disponível em: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-alfabetizacion-salud-enfermedad-renal-cronica-S0211699516301527>. Acesso em 10 de Junho de 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.10.001>.

COSTA, R. R. O et al. As rodas de conversa como espaço de cuidado e promoção da saúde mental. *Rev. Atenção à Saúde*, v. 13, no 43, jan./mar. 2015, p.30-36. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2675/pdf_1. Acesso em 20jan 2019.

CRENSIGLOVA, C et al. Frequência e avaliação clínico-histológica das doenças glomerulares em um hospital terciário da região Sul do Brasil. *J Bras Nefrol* 2016;38(1):42-48. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n1/0101-2800-jbn-38-01-0042.pdf>. Acesso em: 25 fev 2019.

CREWS, D. C ; BELLO, A. K .; SAADI, G. Editorial do Dia Mundial da Orla 2019 - impacto, acesso e disparidades na doença renal. *J. Bras. Nefrol. São Paulo*, v. 41, n. 1, p. 1-9, março de 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002019000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de julho de 2020. Epub 28 de fevereiro de 2019. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0224> .

CRUZ, M. R.F et al. Descoberta da doença renal crônica e o cotidiano da hemodiálise. *Cienc Cuid Saude* 2016Jan/Mar; 15(1):36-43 Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/25399>. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v15i1.25399. Acesso em 25 jul 2019.

DALAPICOLA, M. M. Incidência de Diabetes Mellitus em pacientes com doença renal crônica em hemodialise. *Rev. Saúde e Desenvolvimento | vol.4 n.2 | jul/dez 2013*. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/download/190/193>. Acesso em: 25 jan 2019.

DANGUILAN, R et al. An education and counseling program for chronic kidney disease: strategies to improve patient knowledge. *Kidney International Supplements*. 2013. 3. 215-218. 10.1038/kisup.2013.17.

DÁVILA, B. A. Cartilha para educação em saúde, acompanhamento e prevenção da doença renal crônica em pacientes com diabetes mellitus/Bárbara Antonina Dávila. – São Luís, 2015.24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Nefrologia Multidisciplinar) - Curso de especialização em Nefrologia Multidisciplinar, Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3017>. Aceso 10 de junho de 2018.

DAVISON, S. N.; et al. Recommendations for the Care of Patients Receiving Conservative Kidney Management. *Clin J Am Soc Nephrol*. April 2019, 14 (4) 626-634; DOI: <https://doi.org/10.2215/CJN.10510917>. Acesso em 20 jan 2020.

DE CASTRO, E. K; GROSS, C. Q. Percepção sobre a doença renal crônica de pacientes em hemodiálise: revisão sistemática. *Salud & Sociedad, Antofagasta*, v. 4, n. 1, p. 70-89, 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752013000100006. Acesso em 21 maio 2019

DIAMANTIDIS, C. J; BECKER, S. Health information technology (IT) to improve the care of patients with chronic kidney disease (CKD). *Journal List BMC Nephrol*.15; 2014PMC3893503. *BMC Nephrol*. 2014; 15: 7. Published online 2014 Jan 9. DOI: 10.1186/1471-2369-15-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3893503/?tool=pubmed>. Acesso em 10 de junho de 2018.

DIAS, E. S. M.; et al. Roda de conversa como estratégia de educação em saúde para a enfermagem. *Rev Fund Care Online*. 2018 abr/jun; 10(2):379-384. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.379-384>. Acesso em 25 jun 2019.

DRAIBE, S. A et al. Panorama da Doença Renal Crônica no Brasil e no mundo. Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA/Sérgio Antonio Draibe (Org.). - São Luís, 2014. Disponível em: http://repocursos.unasus.ufma.br/nefro_autoinstrucional/curso2/und1/media/pdf/livro_pdf.pdf Acesso em 25 jun 2019.

DUARTE, L; HARTMANN, S. P. A autonomia do paciente com doença renal crônica: percepções do paciente e da equipe de saúde. *Rev. SBPH, Rio de Janeiro*, v. 21, n. 1, p. 92-111, jun. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100006. Acesso em 24 jan 2019.

DUNCAN, B. B.; et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 46, supl. 1, p. 126-134, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>. Acesso em 18 de maio de 2018.

EGRY, E. Y., organizadora. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone; 2008. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/308426/mod_resource/content/1/LivroNecessidadesEmikoPORT_v2.pdf. Acesso em 24 de agosto de 2018.

EVANGELIDIS, N.; et al. Lifestyle behaviour change for preventing the progression of chronic kidney disease: a systematic review. *BMJ Open* 2019;9:e031625. doi:10.1136/bmjopen-2019-031625. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/10/e031625.full.pdf>. Acesso 5 jan. 2020.

FADEM, S. Z.; et al. Satisfaction with Renal Replacement Therapy and Education: The American Association of Kidney Patients Survey. *Journal List Clin J Am Soc Nephrol*.6(3); 2011 MarPMC3082420. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2011 Mar; 6(3): 605–612. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3082420/?tool=pubmed>. Acesso em 10 de junho de 2018.

FALKENBERG, M. B.; et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para saúde coletiva. *Cienc. Saúde Coletiva*, v.19, n.3, 2014.

FAVARIN, S.S.; CAMPONOGARA, S. Perfil dos Pacientes Internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital Universitário *Rev. Enferm. UFSM*, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 2, p. 320-9, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Laura%20Ferreira/Downloads/5178-28759-1-PB.pdf>. Acesso em: outubro de 2018.

FERNANDES, M. C. Porto, BACKES Vânia Marli Schubert. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da F Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010 jul-ago; jul-ago; 63(4): 567-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>. Acesso em 05 de maio de 2018.

FERNANDES, S. D; RAVANHANI, V. P; BERTONCIN, A. L. F. Uso de medicamentos por pacientes renais crônicos. *Rev. Bras. Farm.*, 90(4), 2009 . *Bras. Farm.*, 90(4): 327-333, 2009. Disponível em: http://rbfarma.org.br/files/pag_327a333_medicamentos_pacientes_262_90-4.pdf. Acesso em: 27 set 2019.

FERRAZ, R. N et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores para a adesão ao tratamento hemodialítico. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2017; 25:e15504. <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/947564/15504-114925-1-pb.pdf>. Acesso em: 25 jan 2019.

FERREIRA, S. A. M. N; TEIXEIRA, M. L. O; BRANCO, E. M. S. C. Relação Dialógica sobre Transplante Renal: Cuidado educativo da Enfermagem. *Cogitare Enferm.* (23)2: e52217, 2018. *J. Bras. Patol. Med. Lab.* (Online); 53(6): 388-396, Nov.-Dec. 2017. tab, graf. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52217/pdf>. Acesso em 15 de maio de 2018.

FERREIRA, L et al . Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 43, n. 120, p. 223-239, Mar. 2019 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100223&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 Jan 2020. Epub May 06, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>.

FONSECA, L. M. M. et al . Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 190-196, Mar. 2011 .Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100027>. Acesso em: 20 jan 2019.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>. Acesso em 15 de maio de 2018.

FRAGA, T. F et al . PROCESSO DE ENFERMAGEM EM CENTRO OBSTÉTRICO: PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 27, n. 3, e4600016, 2018 . Disponível Em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072018000300314&lng=en&nrm=iso. Acesso 23 July 2019. Epub Aug 06, 2018. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004600016>.

FRANCISCO, P. M. S. B et al. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11):3829-3840, 2018. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3829.pdf>. Acesso em: 19 jan 2019.

FRÁGUAS, G; SOARES, S. M; SILVA, P. A. B. A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: Demandas e Recursos. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008 jun; 12 (2): 271 - 7. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a11>. Acesso em: 25 jan 2019.

FRANCO, M. R. G et al. Diálise peritoneal no idoso: análise de uma coorte multicêntrica brasileira. 2015. Disponível em: <http://repositorio.ufjf.br:8080/xmlui/bitstream/handle/ufjf/1328/marciareginagianottifranco.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em :19/09/2016.

FREIRE Paulo. *Conscientização teoria e prática da libertação: Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3ª ed. São Paulo (SP): Moraes; 1980.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. *Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia dos sonhos possíveis*. In: FREIRE, A. M. A. (Org.). São Paulo: Editora UNESP, 2001.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003. 148 p.

FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. 31. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008a. 158 p.

FREIRE, Paulo. *Educação e mudança*. 31. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008b. 79 p.

FREITAS, T. F; et al. Enfermagem e Ações Educativas em Portadores de Insuficiência Renal Crônica. *R. pesq.: cuid. Fundam. online* 2010. out/dez. 2 (Ed. Supl.):434-437. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1015/pdf_175. Acesso em 5 de junho de 2018.

FRIEDRICH, M et al . Trajetória da escolarização de jovens e adultos no Brasil: de plataformas de governo a propostas pedagógicas esvaziadas. *Ensaio: aval.pol.públ.Educ.*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 67, p. 389-410, June 2010 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010440362010000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-40362010000200011>

GALVÃO, J. O et al. Processos de enfrentamento e resiliência em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Contextos Clínicos – Vol. 12, n. 2* (mai./ago. 2019) ISSN 1983-3482 doi: 10.4013/ctc.2019.122.13. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v12n2/v12n2a14.pdf>. Acesso em: 26 dez 2019.

GARCIA, G .; JHA, V. Doença renal crônica em populações desfavorecidas. *Braz J Med Biol Res* , Ribeirão Preto, v. 48, n. 5, p. 377-381, maio de 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2015000500377&lng=en&nrm=iso>. acesso em 18 de maio de 2020. Epub 06 de março de 2015. <https://doi.org/10.1590/1414-431x20144519> .

GASKEL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: GASKEL, G.; BAUER, M. W. (Org). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64 – 89.

GAZZINELLI M. F et. Educação em saúde: conhecimentos sociais e experiências da doença. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):200-206.

GAZZINELLI, M. F, REIS, D. C, MARQUES, R. C, organizadores. *Educação em saúde: teoria, método e imaginação*. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2006. p. 19-24.

GESUALDO, G. D. et al. Fatores associados à fragilidade de idosos com doença renal crônica em hemodiálise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11):3493-3498, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n11/3493-3498/pt>. Acesso em 21 set. 2019.

GIROTTI, E et al . Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1763-1772, June 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000600027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232013000600027>.

GOERGEN, P. *Educação e Diálogo*, 2010, Editora: Eduem. Maringá, Paraná

GUEDES, J. R.; et al. Incidência e Fatores Predisponentes de Insuficiência Renal Aguda em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Cogitare Enfermagem*. Piauí, v.22, n.2, p.01-10, 2017.

GUYTON & HALL. *Tratado de Fisiologia Médica*. 12ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1050p.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A; LENARDT, M. H. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 19, n. 2, p. 358-365, June 2010 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000200018>. Acesso em 18 Apr. 2019.

HELLER, A. *Teoria de las necesidades en Marx*. Traducido por J. F. Yvars. Ediciones Península, Barcelona, 1978. Segunda edición, 1986. Disponível em:

<http://www.afoiceeomartelo.com.br/posfsa/Autores/Heller,%20Agnes/Heller,%20Agnes%20-%20Teoria%20de%20las%20necesidades%20en%20Marx.pdf>. Acesso em 24 de agosto de 2018.

HILL, T.D et al. Religious Attendance and Cognitive Functioning Among Older Mexican Americans. *J Gerontol Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2006, 61:P3-P9. Disponível em: <https://arizona.pure.elsevier.com/en/publications/religious-attendance-and-cognitive-functioning-among-older-mexica>, Acesso em: 20 jan 2019.

HORTA, W. A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. *Rev. Esc. Enf. USR*, 5(1) 7-15, 1974. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v8n1/0080-6234-reeusp-8-1-007.pdf>. Acesso em 25 jan 2019.

HWANG, S. J; TSAI, J. C; CHEN, H. C. Epidemiology, impact and preventive care of chronic kidney disease in Taiwan. *Nephrology (Carlton)*; 15 Suppl 2: 3-9, 2010 Jun. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-20586940>. Acesso em 10 de junho de 2018.

INSTITUTO DE MÉTRICA E AVALIAÇÃO EM SAÚDE. Estudo de Carga de Doença Global: gerando evidências, informando políticas de saúde. Seattle, WA: IHME, 2013.

Disponível em:

http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport_PORTUGUESE.pdf. Acesso em: 21 set. 2019.

JESUS, N. M; et al . Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico. *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo , v. 41, n. 3, p. 364-374, Sept. 2019 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002019000300364&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 Dez. 2019. Epub Jan 24, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0152>.

JUNIOR, G. B. S et al,. Obesidade e doença renal. *J Bras Nefrol* 2017;39(1):65- 69. https://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n1/pt_0101-2800-jbn-39-01-0065.pdf. Acesso em : 25 jan 2019.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C.H. *Enfermagem Comunitária*. São Paulo: Pedagógica e Universitária Ltda, 1995.

KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. National Disease: Improving Global Outcomes. *Kidney Int Suppl*. 2013;3:1-150. Disponível em: https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf. Acesso em 20 jan 2019.

KIRSZTAJN, G. M. et al. *Doença Renal Crônica (Pré-terapia Renal Substitutiva): Diagnóstico*. Projeto diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2011. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/doenca_renal_cronica_pre_terapia_renal_substitutiva_diagnostico.pdf. Acesso em 20 de Agosto de 2018.

KIRSZTAJN, G. M et al . Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manejo da doença renal crônica na prática clínica. *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo , v. 36, n. 1, p. 63-73, Mar. 2014 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002014000100063&lng=en&nrm=iso. Acesso 22 July 2019. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140012>.

KOVESDY, C. P.; FURTH, S. L.; ZOCCALI, C. Obesidade e doença renal: consequências ocultas da epidemia. *Braz. J. Nephrol.*, v. 39, n. 1, p. 1-10, mar. 2017. Disponível em: <https://bjnephrology.org/article/obesidade-e-doenca-renal-consequencias-ocultas-da-epidemia/>. Acesso em : 20 jan 2019.

LAMBERT, K.; et al. Uma comparação transversal dos déficits em alfabetização em saúde entre pacientes com doença renal crônica, 2015. *Journal of Health Communication*, 20: sup2, 16-23, DOI: 10.1080 / 10810730.2015.1080329. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10810730.2015.1080329>. Acesso 15 jun 2019.

LEAO, J. R; PACE, F. H. L; CHEBLI, J. M. F. Infecção pelo vírus da hepatite c em pacientes em hemodiálise: prevalência e fatores de risco. *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo , v. 47, n. 1, p. 28-34, Mar. 2010 . Disponível em; <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032010000100006>. Acesso em 25 jan 2019.

LEIMING, M. B. C et al. Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2018 jan-mar;16(1):30-6. http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/884990/dezesseis_trinta.pdf. Acesso em: 25 jan 2019.

LEITE, R. A. F et al. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]*. 2014, v. 18, n. 51 [Acessado 6 Maio 2020] , pp. 661-672. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0653>. Epub 30 Set 2014. ISSN 1807-5762. Acesso em: 25 jul 2018.

LIMA, C. G.; et al. Circunferência da Cintura ou Abdominal? Uma Revisão Crítica dos Referenciais Metodológicos. *Rev.SimbioLogias*,v.4, n.6, Dez/ 2011. Disponível em:<http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/SimbioLogias/CircunferenciadaCinturaouAbdominal.pdf>. Acesso em: 20 agosto 2018.

LIMA, H. M. P; CASEIRO, M. M; GAGLIANI, L. H. Principais fatores de internação do paciente com insuficiência renal aguda em unidade de terapia intensiva. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2017 abr-jun;15(2):99-102. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875552/152_99-102.pdf. Acesso em: 25 jan 2018.

LOCATELLI, C et al. Perfil medicamentoso de pacientes sob tratamento de terapia renal substitutiva em um Hospital do Rio Grande do Sul. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2015 out-dez;13(4):240-5. <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n4/a5179.pdf>. Acesso em 19 jul 2019.

LOHMAN, T. G; ROCHE, A. F; MARTORELL, R. Anthropometric standardization reference manual. Editora: Champaign, IL : Human Kinetics Books, ©1988.

LOPES, M. C. L et al. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(1):198-211. Disponível em : <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>. Acesso 18 fev 2019.

LUCCKETTI, G et al. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, 2011; 14(1):159-167. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n1/a16v14n1.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2019.

LUCIANO, E. P. et al. Estudo prospectivo de 2151 pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador com abordagem multidisciplinar no Vale do Paraíba, SP. J. Bras. Nefrol., São Paulo , v. 34, n. 3, p. 226-234, Sept. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002012000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20120003>

LUFT, J. et al. Lesão renal aguda em unidade de tratamento intensivo: características clínicas e desfechos. Cogitare Enfermagem, vol. 21, núm. 2, 2016. Universidade Federal do Paraná Curitiba - Paraná, Brasil. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4836/483653650010/483653650010.pdf>. Acesso em 25 jan 2019.

MACEDO, M. C. Conceito de Educação em Saúde. Disciplina Educação em Saúde. Programa Mestrado profissional Ensino em Saúde, 5º turma. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Rede de Pesquisadores e Produções Acadêmicas. Disponível em: https://portal.uems.megatextos.com.br/index.php?tipo_propriedade=2&dados_busca=. Acesso em: 20 dez 2019.

MACHADO, J. C. et. al. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. Ciência e Saúde Coletiva, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 611-620, 2016. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232015212.20112014. Acesso em: 23 abr. 2019.

MALAQUIAS, M. V. B et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/diretrizes-hipertensao-arterial.pdf>. Acesso em 20 jan 2019.

MALTA, D. C.; et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. Ver. Bras. Epidemiol, 2019; 22: E190030. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v22/1980-5497-rbepid-22-e190030.pdf>. Acesso em 18 jul 2019.

MANDRA, P. P; SILVEIRA, F. D. F. Satisfação de usuários com um programa de roda de conversa em sala de espera. Audiol., Commun. Res., São Paulo , v. 18, n. 3, p. 186-193, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2317-64312013000300008>. Acesso 20 fev. 2019.

MANIVA, S. J. C.F. et al. Educational technologies for health education on stroke: an integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 4):1724-31. [Thematic Issue: Education and teaching in Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0041>

MANZANO, A. M; RAMÍREZ H. R; SANARIA L. C. Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, Hospital de Especialidades, CMNO, IMSS, Guadalajara, Mexico. Management of chronic kidney disease: primary health-care setting, self-care and multidisciplinary approach. *Clinical Nephrology*, Vol. 74 – Suppl. 1/2010 (S99-S104). Disponível em: <https://www.dustri.com/article-response-page.html?artId=8092&doi=10.5414%2FCNP74S099>. Acesso em: 15 jul 2019.

MARQUITO, A. B et al. Interações medicamentosas potenciais em pacientes com doença renal crônica. *J Bras Nefrol* 2014;36(1):26-34. <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n1/0101-2800-jbn-36-01-0026.pdf>. Acesso em 20 jan 2019

MARINHO, A. W. G. B.; et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cad. Saúde Colet.*, 2017, Rio de Janeiro, 25 (3): 379-388. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201700030134.pdf>. Acesso em: 5 de junho de 2018.

MARTINS, F. N; FREITAS, D. S; FELDKERCHER, N. Oficinas pedagógicas: Instrumento de valorização da diversidade no ambiente escolar, 2011. Disponível em: http://educere.bruc.com.br/cd2009/pdf/2011_1697.pdf. Acesso em 05 de junho de 2018.

MARTINS, C. T. B; JUNIOR, E. R; MARTINS, J. L. B. Diálise de A a Z. São Paulo. RCN Editora. 2010. Disponível em: <http://lifesys.com.br/os-direitos-sociais-do-paciente-com-doenca-renal-cronica>. Acesso em 10 de set. 2018.

MATSUOKA, É. T. M et al. A comunicação profissional de saúde-usuário(a) na doença renal crônica. *Rev. Subj.*, Fortaleza, v. 19, n. 1, p. 1-15, abr. 2019 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S235907692019000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 maio 2020. <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i1.e7593>.

MATURANA, A. P. P. M; CALLEGARI, B; SCHIAVON, V. Atuação do psicólogo hospitalar na insuficiência renal crônica. *Psicol. hosp.* (São Paulo), São Paulo , v. 14, n. 1, p. 94-116, jan. 2016 . Disponível em. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092016000100006. Acesso em: 18 maio 2019.

MAYER, B. L. D et al. O enfermeiro e o exercício da advocacia do paciente: reflexão teórica Mayer BLD, Bernardo MS, Nascimento ERP, Bertencello KCG, Raulino AR. O enfermeiro e o exercício da advocacia do paciente: reflexão teórica. *REME – Rev Min Enferm.* 2019. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20190039. Acesso em: 29 dez 2019.

MELO, M. C. H; CRUZ, G. C. Roda de conversa: Uma proposta pedagógica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio. *Imagens da Educação*, v. 4, n. 2, p. 31-39, 2014. <http://dx.doi.org/10.4025/imagenseduc.v4i2.22222>. Acesso em: 20 jsn 2019.

MENEZES, A. F.; et al. Impacto de uma intervenção educativa no conhecimento da população de risco sobre a doença renal. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.* 2017; 7(2):13-20. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/245/impacto-de>

uma-intervencao-educativa-no-conhecimento-da-populacao-de-risco-sobre-a-doenca-renal/. Acesso em 25 jul 2019.

MENEZES, H. F et al. Características sociodemográficas, clínicas e subjetivas de clientes com doença renal crônica atendidos na consulta de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(5):1858-66, maio., 2017. DOI: 10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201715. Acesso em 25 jul 2019.

MENON, A. C. N. C. Análise da qualidade de vida de pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico no Sistema Único de Saúde na região de Dourados-MS. UFGD, 2016. Disponível em: <http://files.ufgd.edu.br/arquivos/arquivos/78/MESTRADO-DOUTORADO-CIENCIAS-SAUDE/Dissertação.pdf>. Acesso em 26 de junho de 2018.

MERHY, E.E.; et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; [Internet].2006. p. 113-150. Disponível em: https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/326/. Acesso em 25 jan 2019.

MICCAS, F. L; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saúde Pública* 2014;48(1):170-185. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf>. Acesso em 10 de junho de 2018. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004498.

MOSCOVICI, S. *Representações Sociais. Investigações em psicologia social*. Tradução de: GUARESCHI, Pedrinho. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MOURA, A. F; LIMA, M. G. A reinvenção da roda de conversa: um instrumento metodológico possível. *Revista Temas em Educação*, João Pessoa, v.23, n.1, p. 98-106, jan.-jun. 2014. Disponível em: <https://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/18338>. Acesso em 25 jan 2019.

MORAES, K. L.; et al. Letramento funcional em saúde e conhecimento de doentes renais em tratamento pré-dialítico. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 70, n. 1, p. 155-162, Feb. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100155. Acesso em 10 de Junho de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0169>.

MURTAGH, F. E.M.; et al. Supportive Care: Comprehensive Conservative Care in End-Stage Kidney Disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, V 11: 1909–1914, October, 2016. Disponível em: <http://www.cjasn.org/>. Acesso em 27 agosto 2019.

MUNÕZ, R. L. S et al. Comunicação em saúde na atenção terciária: estudo exploratório sobre a informação retida pelo paciente. *R Eletr Com Inf Inov Saúde*. 6(1):3-12. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/436/97>. Acesso em 25 jan 2019.

NARVA, A. S, NORTON, J. M, BOULWARE, L. E. Educating Patients about CKD: The Path to Self-Management and Patient-Centered Care. *Clin J Am Soc Nephrol*.

2016;11(4):694-703. doi:10.2215/CJN.07680715. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26536899/>. Acesso em 25 jun 2019.

NASCIMENTO, M.A.G.; SILVA, C.N.M. Rodas de conversa e oficinas temáticas: experiências metodológicas de ensino-aprendizagem em geografia. In: Encontro nacional de prática de ensino em geografia, v.10, Porto Alegre, 2009.

NASCIMENTO, M. S. M. et al. Perfil epidemiológico de pacientes em unidade de terapia intensiva adulto de um hospital regional paraibano. Rev. Temas em Saúde. Volume 18, Número 1 ISSN 2447-2131 João Pessoa, 2018 P. 247 a 265. Disponível em:
<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/04/18113.pdf>. Acesso em 25 jul 2019.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. KDIGO 2012. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Disponível em:
http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2018.

NESPOLI, J. H. S. Paulo Freire e Educação Popular no Brasil Contemporâneo: Programa MOVA-SP (1989-1992). Rev. Ed. Popular, Uberlândia, v. 12, n. 1, p. 31-40, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/viewFile/20327/12509>. Acesso em: 13 de agosto de 2018.

NEUEN, B.L. et al. Chronic kidney disease and the global NCDs agenda. BMJ Glob Health 2017;2:e000380. doi:10.1136/bmjgh-2017-000380. Disponível em:
<https://gh.bmj.com/content/bmjgh/2/2/e000380.full.pdf>. Acesso em 20 set. 2019.

OLIVEIRA, L. A. M. Assistência de enfermagem ao portador de doença renal crônica com infecção na fístula: um estudo literário. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA COM INFECÇÃO NA FÍSTULA: UM ESTUDO LITERÁRIO. Vol.23,n.1,pp.106-111 (Jun - Ago 2018) Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. Disponível em:
https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180606_083306.pdf. Acesso em 29 jan 2019.

OREM, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
PESSOA, N.R.C, et al. Tecnologias Educacionais Direcionadas para Pacientes Renais Crônicos na Promoção do Autocuidado. Rev Fund Care Online.2019. abr./jun. 11(3):756-762. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.756-762>. Acesso em 15 jul 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório de status global sobre doenças não transmissíveis 2014. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=3ADE7609D61B859A0689F4EC788477FBF?sequence=1. Acesso em 20 jul 2018.

OTANI, M. A. P. (2013). Comunicação entre profissional de saúde paciente: Percepções de mulheres com câncer de mama. (Dissertação de Mestrado). UNICAMP, São Paulo. Disponível em:
http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311412/1/Otani_MarciaAparecidaPadovan_D.pdf. Acesso 25 jan 2019.

PADILHA, L. F.; et al. Necessidades de ações educativas-terapêuticas em um serviço de diálise renal no Brasil. *Enferm Nefrol*, Madrid , v. 21, n. 1, p. 53-62, marzo 2018. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842018000100053&lng=es&nrm=iso. Acesso em 16 de Maio de 2018.

PAIVA, A. P. R. C; VARGAS, E. P. Os materiais educativos e seus públicos: um panorama a partir da literatura sobre o tema. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 10., 2015, São Paulo. Anais... São Paulo, 2015. p. 1-8. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20839>. Acesso 26 fev 2019.

PAIVA, A. P. R. C; VARGAS, E. P. Os usos do Caderno de Práticas e Soluções: um material educativo sobre território, saúde e ambiente. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 11., Santa Catarina. Anais... Santa Catarina: UFSC, 2017. p. 1-11. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20840>. Acesso em: 26 fev 2019.

PEREIRA, R. M. P et al . Quality of life of elderly people with chronic kidney disease in conservative treatment. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília , v. 70, n. 4, p. 851-859, Aug. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400851&lng=en&nrm=iso>. access on 22 July 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0103>.

PICCIN, C et al. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 12(12):3212-20, dez., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234669p3212-3211-2018>. Acesso em 25 jul 2019.

PILGER, C et al. Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. *Esc Anna Nery out/dez 2010*; 14(4):677-683. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452010000400004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 jul 2019.

PINHEIRO, K. H. E et al . Fatores de risco e mortalidade dos pacientes com sepse, lesão renal aguda séptica e não séptica na UTI. *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo , v. 41, n. 4, p. 462-471, Dec. 2019 . Disponível em : <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0240>. Acesso em: 29 dez 2019.

PINHO, N. A; OLIVEIRA, R. C. B; PIERIN, A. M. G. Hipertensos com e sem doença renal: avaliação de fatores de risco. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 49, n. spe, p. 101-108, Dec. 2015 .Disponível em:. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700015>. Acesso em: 25 jan 2019.

PIVATTO, D. R; ABREU, I. S. Principais causas de hospitalização de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava, Paraná, Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)*, Porto Alegre , v. 31, n. 3, p. 515-520, set. 2010 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000300015>. Acesso em: 25 fev 2019.

QUEIROZ, M. V. O et al. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. *Texto contexto – enferm.*

Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 55-63, Mar. 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 de novembro de 2017.

REBERTE, L. M; HOGA, L. A. K; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 20, n. 1, p. 101-108, Feb. 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692012000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan, 2019. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100014>.

REIS, J.C; FRADIQUE, F.S. - Significações sobre causas e prevenção das doenças em jovens adultos, adultos de meia-idade e idosos. Psic.: Teor. e Pesq. , Brasília, v. 19, n. 1,2003.[acesso em 18 jun. 2008] Disponível em: URL:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722003000100007&lng=pt&nrm=iso

RENOVATO, R. D. Educação em Saúde: prática farmacêutica na gestão clínica do medicamento – 1º edição, Dourados, MS: UEMS, 2017.ISBN: 978-85-99540-74-9.

RIBEIRO, R. C. H. M et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. Acta Paul Enferm 2008;21(Nºmero Especial):207-11. <https://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a13v21ns.pdf>. Acesso em: 25 jan 2018.

RIBEIRO, P. C. P. S. V; MARQUES, R. M. D; RIBEIRO, M. P. O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 70, n. 4, p. 830-837, Aug. 2017 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672017000400830&lng=en&nrm=isso. Acesso em 25 May 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0636>.

RIBEIRO, W. A; ANDRADE, M. Enfermeiro protagonista na educação em saúde para o autocuidado de pacientes com doenças renal crônica. Revista Pró-UniverSUS. 2018 Jul./Dez.;09 (2): 60-65.
<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1378/1037>. Acesso 5 março 2020.

RIOS, B. L et al. Prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva: um relato de experiência. Rev. enferm. UFPE on line;10(6):4959-4964, dez.2016. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30057&indexSearch=ID>. Acesso em: 3 jul 2019.

ROBBINS E COTRAN. Patologia: Bases Patológicas Das Doenças, 7º edição. Rio de janeiro: elsevier, 2005.

RODRIGUES, C. E. U. Cartilha dos Pacientes Renais: Saúde e Cidadania, 2011. Disponível em: <http://www.ccns.com.br/cartilha/?cat=3>. Acesso em 15 de maio de 2018.

ROCHA C. C. T.; et al. Hipertensos e diabéticos com insuficiência renal crônica no Brasil cadastrados no SIS/HIPERDIA. Rev Bras Hipertens vol. 22(1):27-32. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881290/rbh_v22n1_27-32.pdf. Acesso em 25 jun 2019.

RODRIGUES, A. P. S; SILVEIRA, E. A. Correlação e associação de renda e escolaridade com condições de saúde e nutrição em obesos graves. Ciência & Saúde Coletiva, 20(1):165-174, 2015. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v20n1/1413-8123-csc-20-01-00165.pdf. Acesso em: 21 agosto 2019.

RODRIGUES, C. S; RONCATO, J. F. Principais biomarcadores laboratoriais da função renal em pacientes cardiopatas. Ver. Saúde integrada, v. 9, n. 17 (2016) – ISSN 2447-7079. <http://local.cneccsan.edu.br/revista/index.php/saude/index>. Acesso em: 17 maio 2019.

ROECKER, S; NUNES, E. F. P. A; MARCON, S. S. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 157-165, Mar. 2013 . Disponível em: ://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso 17 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100019>.

RUDNICKI, T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. Contextos Clínic, São Leopoldo , v. 7, n. 1, p. 105-116, jun. 2014 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198334822014000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2014.71.10>.

SAAR, S. R. C; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 15, n. 1, p. 106-112, Feb. 2007 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000100016>. Acesso em 25 fev 2019.

SCARPARI, D. F.; et al. Biomarcadores da Injúria Renal Aguda. Jornal Brasileiro de Nefrologia. Paraná, v.35, n.3, p.229-236, 2014 Ma. Denise M. Almeida Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo – 2017Elaboração de materiais educativos Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4412041/mod_resource/content/1/ELABORA%C3%87%C3%83O%20MATERIAL%20EDUCATIVO.pdf

SADALA, M. L. A et al. A experiência vivida pelos pacientes em diálise peritoneal domiciliar: uma abordagem fenomenológica. Rev.Latino-Americana de Enfermagem, jan.-fev. 2012. Disponível em: [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em 17 de Dezembro de 2014.

SALGADO, C.L. et al. A família no processo de cuidar do paciente com doença renal crônica. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7479?show=full>. Acesso em: 21 jul. 2018.

SAMPAIO, J et al. Limits and potentialities of the circles of conversation: analysis of an experience with young people in the backcountry of. Pernambuco, Brazil. Interface

(Botucatu). 2014; 18 Supl 2:1299-1312. <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1299.pdf>. Acesso em: 25 jan 2019.

SANTOS, M. F. Direito previdenciário esquematizado, 3º. ed. de acordo com a Lei n. 12.618/2012 – São Paulo: Saraiva, 2013.

SANTOS, J. R.F. M et al. Estratégias da Atenção Básica na Doença Renal Crônica: A Importância do Diagnóstico Precoce. *Rev. Saúde.Com* 2017; 13(2): 863-870. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318252344_. ISSN 1809-0761. Acesso em 05 de junho de 2018.

SANTOS, R. L. G et al. Avaliação do conhecimento do paciente renal crônico em tratamento conservador sobre modalidades dialíticas. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 9(2):651-60, fev., 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10384/11134>. Acesso em : 18 jul 2018.

SARMENTO, L. R et al . Prevalência das causas primárias de doença renal crônica terminal (DRCT) validadas clinicamente em uma capital do Nordeste brasileiro. *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo , v. 40, n. 2, p. 130-135, June 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002018000200130&lng=en&nrm=iso. Acesso 23 July 2019. Epub May 17, 2018. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-3781>.

SESSO, R. C et al.. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. *Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.)* 2017;39(3):261-266. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-03-0261.pdf. Acesso em 18 de maio de 2018.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>. Acesso em 26 de agosto de 2018.

SHI, Y et al. Educational Intervention for Metabolic Bone Disease in Patients With Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Renal Nutrition*, Volume 24, Issue 6, 371 – 384. Disponível em: [https://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276\(14\)00115-0/fulltext](https://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276(14)00115-0/fulltext). Acesso em 10 de junho de 2018. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2014.06.007>. Published online: September 04, 2014.

SIVIERO, Pamila Cristina Lima; MACHADO, Carla Jorge; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Insuficiência renal crônica no Brasil segundo enfoque de causas múltiplas de morte. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, p. 75-85, Mar. 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2014000100075&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 July 2018. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010012>.

SILVA, A. S et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev. bras. enferm.* Brasília, v. 64, n. 5, p. 839-844, Oct. 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 de junho de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500006>.

SILVA, V. L. S. et al. Leadership practices in hospital nursing: a self of manager nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03206. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980220X2016024403206>. Acesso em: 7 jul 2019.

SILVA, A. C et al. A ação do enfermeiro na prevenção de doenças renais crônicas: uma revisão integrativa. *SANARE*, Sobral, V.14, n.02, p.148-155, jul./dez. – 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/840/511>. Acesso em 20 de julho de 2018.

SISTEMA DE REGULAÇÃO SISREG – Protocolo para o Regulador Data atualização: 06/07/2018 Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais. Disponível em: http://www.subpav.org/download/sisreg/SISREG%E2%80%9393Protocolo_Regulador_2018.pdf. Acesso em 10 de ago. 2018.

SOARES, C. B; CAMPOS, C. M. S. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. [S.l: s.n.], 2013. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002331265>. Acesso em: 25 jan 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. Malachias M.V.B. et al (ORG). Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em 25 set 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. XII Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em 16 jun 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Obesidade, 2010 Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/08/2009_DIRETRIZES_BRASILEIRAS_DE_OBESIDADE.pdf. Acesso em: 24 jan 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo, 2018. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Censo/2018/censosbn2018.ppt>. Acesso em 15 de Jul de 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica, 2014. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/diretrizes.htm>. Acesso em 15 de Abril 2018.

SONOBE, H. S; SCATRALHE, L. B; FONTÃO, M. Z. MO conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2011 abr; 45 (2): 342-8. Disponível em: <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/1017775>. Acesso em 25 jan 2019.

SOUSA, L. B et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18(1):55-60. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>. Acesso em 16 de junho de 2018.

SOUZA, A. G; CUNHA, M. C. K. Reflexões sobre a tecnologia educativa ... 82 Revista Horizontes de Linguística Aplicada, v. 8, n. 1, p. 82-99, 2009. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/horizontesla/article/viewFile/2953/2555>. Acesso em 22 Set 2018.

SOUZA, F. S. L et al., Nefrite lúpica: uma pesquisa integrativa sob o olhar da enfermagem ao portador de LES. Vol.20,n.2,pp.153-161 (Set – Nov 2017) Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. BJSCR (ISSN online: 2317-4404) Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>. Acesso em 20 jun 2019.

STEL, V. S et al. International differences in chronic kidney disease prevalence: a key public health and epidemiologic research issue. Nephrology Dialysis Transplantation, Volume 32, Issue suppl_2, 1 April 2017, Pages ii129–ii135, Published: 16 February 2017. Disponível em: <https://eprints.soton.ac.uk/402567>. Acesso em 10 de junho de 2018.

SZYMANSKI, Heloisa E (ORG). A entrevista na educação: a pratica reflexiva. Brasília: Liber Livro Editora. 4 ed. 2011.101p. Serie Pesquisa,4. ISBN85-98843-03-2.

TADDEO, P. S et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2923-2930, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n11/2923-2930/pt>. Acesso em 2 jul 2018.

TEIXEIRA, E. Tecnologias em enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiás, GO, v.12, n.4. 2010; p. 598. ISSN 1518-1944. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/12470>. Acesso em: 20 jul 2019.

TEIXEIRA, L.; MACHADO, A. C. Diabetes Mellitus- Classificação e Diagnóstico. In: VILAR et al.. Endocrinologia Clínica. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p. 511-523.

TERRA, F. S et al. Adesão ao tratamento farmacológico de uso diário de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. Rev Bras Clin Med 2010;8(2):119-24. <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a006.pdf>. Acesso em: 25 set 2019.

TERUEL, J. L et al. Choosing conservative therapy in chronic kidney disease. Revista de Nefrologia 2015;35(3):273–279. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2015.05.005>. Acesso em: 20 jul 2019.

THIOLLENT, M. Metodologia da Pesquisa-Ação. 18º edição. São Paulo: Cortez, 2011.

THOME, F. S et al . Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. J. Bras. Nefrol., São Paulo , v. 41, n. 2, p. 208-214, June 2019 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002019000200208&lng=en&nrm=iso. Acesso em 2 July 2019.

TRISTÃO, V. A . Progressão da doença renal crônica: fatores de risco e medidas preventivas. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Uberaba, 2011. 26f.Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

- TUOT, D. S et al. Avaliação de materiais impressos educacionais para pacientes para doença renal crônica. *Am J Nephrol* . 2013; 38 (3): 184–194. doi: 10.1159 / 000354314. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3804301/>. Acesso set 2019.
- VALCANTI, C. C et al . Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo* , v. 46, n. 4, p. 838-845, Aug. 2012 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400008>. Acesso em: 25 jul 2019.
- VANELLI, C.P et al. Doença renal crônica: suscetibilidade em uma amostra representativa de base populacional. 2018. *Revista De Saúde Pública*, 52 , 68. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052017410>. Acesso em: 24 jan 2019.
- VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface — Comunic., Saúde, Educ.*, v.5, n.8, p.121-6, 2001.
- VERASZTO, E.V et al. Tecnologia: buscando uma definição para o conceito. *Rev Prism Com*. 2010; 7:60-85. Disponível em: <http://revistas.ua.pt/index.php/prismacom/article/view/681/pdf>. Acesso em 25 jan 2019
- VIEIRA, T. G et al. Práticas de Educação em Saúde para Pacientes que Realizam Dialise Peritoneal no Domicílio. *Revista Contexto & Saúde*, v. 11, n. 20, p. 1217-1222, jul. 2011. ISSN 2176-7114. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1777>. Acesso em: 02 jun. 2018. doi: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.1217-1222>.
- VONS, P. C. O; SCOPEL, J. M; SCUR, L. A Importância de Oficinas Pedagógicas no Ensino aprendizagem de Alunos Surdos. *SCIENTIA CUM INDUSTRIA (SCI. CUM IND.)*, V. 3, N. 3, 139 — 141, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18226/23185279.v3iss3p139>. Acesso em 5 de junho de 2018.
- WEBSTER, A. C et al. Chronic Kidney Disease. *The Lancet* Volume 389, Edição 10075 , 25–31 de março de 2017, Páginas 1238- 125225–31 de março de 2017 , páginas 1238-1252. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32064-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32064-5/fulltext). Acesso em 25 jan 2019.
- WONG K. K et al. Associação entre alfabetização em saúde e comportamentos de autocuidado em pacientes com doença renal crônica. *BMC Nephrol* . 2018; 19 (1): 196. Publicado 2018 6 de agosto. Doi: 10.1186 / s12882-018-0988-0. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6091174/>. Acesso em março 2019.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

1 - O Sr (a) está sendo convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa intitulada **AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENTRE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA** sob a responsabilidade da pesquisadora mestranda Marcia Christino Macedo, sob orientação da Prof.^a Dr^a. Vivian Rahmeier Fietz.

2 - Esta pesquisa está de acordo com a Resolução 466/12 do CNS aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos CESH/UEMS, registrada na Plataforma Brasil, com o nº 3.069.638.

3 - O objetivo desta pesquisa será analisar ações educativas realizadas entre os pacientes, renais crônicos, atendidos no Ambulatório de Nefrologia do HU/UFGD.

4 - O Sr (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes, no decorrer e após o término da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá em hipótese alguma.

5 – Caso o Senhor (a) aceite participar da pesquisa, será necessário responder um questionário semiestruturado, coleta das medidas antropométricas e uma entrevista, os quais serão realizados, individualmente, no ambulatório de Nefrologia do HU/UFGD, em um dos consultórios disponíveis durante o período de espera. Também, caso consentir, a coleta poderá ser realizada em domicílio, entre pacientes residentes em Dourados/MS.

6 - As entrevistas ocorrerão a partir das experiências vividas pelos participantes em relação à Doença Renal Crônica (DRC), estas serão gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora, garantindo sempre a privacidade dos participantes quanto às informações prestadas. Fica assegurado o sigilo dos registros, de forma que os nomes e outros dados de identificação não serão utilizados, sempre com o cuidado de não expor fatos que possam identificar os participantes. Tão logo a pesquisa termine, as gravações serão apagadas.

7 - Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa é possível que o participante tenha um certo constrangimento ou timidez em expressar sua vivência em relação a DRC. Neste caso a pesquisadora proporcionará a minimização destes por meio de entrevista e coleta dos dados de forma individualizada em ambiente protegido, podendo ainda ser encaminhado para atendimento especializado. Ainda poderá apresentar risco de queda no momento da coleta dos dados antropométricos e para isso destaca-se que a pesquisadora permanecerá o tempo todo ao lado do paciente durante a coleta destes dados.

8 - Como benefícios esta pesquisa poderá auxiliar na conscientização gerando empoderamento e autonomia ao público alvo em relação as especificidades que circundam a DRC. Podendo assim minimizar os agravos da doença além de reduzir custos relacionados ao avanço nos estágios da doença e possíveis internações hospitalares, proporcionando melhorar a qualidade de vida. A sua participação é muito importante, por meio dela ocorrerá a análise de ações educativas sobre a DRC e a construção de uma tecnologia educativa.

9 - O (A) Senhor (a) pode se recusar a responder ou participar de qualquer etapa que lhe cause constrangimento. Se em algum momento o Senhor (a) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado por lei.

10 - O Sr (a) poderá participar tanto das entrevistas, quanto das oficinas, como melhor preferir. Todos os participantes (pacientes e profissionais) deverão assinar este TCLE, sejam os que responderem as entrevistas e questionário, quanto aos que participarem das oficinas educativas.

11 - A pesquisadora: Marcia Christino Macedo, enfermeira, aluna do curso de Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS), poderá esclarecer eventuais dúvidas a respeito da sua participação, pelo telefone (67) 981340903 e e-mail: marcia_chrix@hotmail.com, bem como do Comitê de Ética com Seres Humanos da UEMS, Cidade Universitária de Dourados - Rodovia Itahum, km 12, s/n – Jardim Aeroporto, Dourados – MS, (67) 39022699 ou e-mail: cesh@uems.br.

12 - Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade. Pela sua participação na pesquisa o Senhor (a) não receberá qualquer valor em dinheiro. Se houver algum dano decorrente da pesquisa, o Senhor (a) será ressarcido por meio de apoio e suporte adequado.

13 - Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados em meios acadêmicos-científicos, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo da pesquisa do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios da pesquisa. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento. Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa. Confirmando que recebi uma cópia deste termo.

Dourados, _____, _____.

Marcia Christino Macedo

RG. 71124290

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Participante da Pesquisa

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E DOS DIREITOS DA ASSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Iniciais do Nome:

1.Sexo:

2.Idade:

3.Cor: () Branco () Pardo () Negro () Amarelo

4.Nível de escolaridade:

() Menor que 01 ano. () Menor que 08 anos

() Ensino médio completo () Superior Incompleto () Superior Completo () Pós graduação

5.Religião:

6.Estado civil:

7.Trabalha com registro:

8.Renda familiar (quantos na casa que trabalham e dependem)

() Até 01 salário mínimo () Até 03 salários mínimo

() Até 06 salários mínimos () Maior que 09 salários mínimo

9.Quantas pessoas moram na casa:

10.Tipo de residência:

() Casa própria () Casa alugada () 1 Casa alvenaria / 2 Madeira / 3 () Mista

() urbana () rural

11.Endereço:

12.Medidas Antropométricas:

Peso: _____ kg; Altura: _____ m; IMC: _____

Cintura: _____; Quadril: _____ RCQ: _____

13.Pressão Arterial:

14.Sinais e Sintomas:

15.Estágio da DRC:

16. Causa da DRC:

17. Fatores de Risco:

18.Comorbidades

19.Medicamentos de uso contínuo:

20.Data do início do acompanhamento pelo nefrologista:

21.Resultado dos últimos exames: Hemoglobina (), Hematócrito(), uréia (), creatinina (), Sódio (), Potássio (), Cálcio(), Fósforo (), PTH (), PCR (), ácido úrico (), Ferritina (), Proteinúria (), CT (), HDL (), LDL (), Triglicérides (). Outros:

22.Internações recentes e quais as causas:

23.Estado Vacinal:

24.Com quais direitos Previdenciários e da Assistência Social abaixo você é beneficiado?

() Aposentadoria por Invalidez () Quitação de imóvel financiado

() Passe Livre pelo SFH

() Benefício de Prestação Continuada () Isenção do Imposto de Renda

() Isenção do IPTU () Tratamento fora do Domicílio

() Medicamentos () Saque do FGTS/PIS/PASEP

() Isenção de IPI e IOF () Auxílio doença

() Acesso ao Tratamento () Gratuidade Cultural

25.Por quais profissionais da saúde você é ou já foi acompanhado?

Fale sobre sua história de vida em relação a DRC.

APÊNDICE C – FICHA DE AVALIAÇÃO DAS OFICINAS E CARTILHA EDUCATIVA

1. Assinale sua opinião sobre a organização da oficina

a) Excelente b) Muito Boa c) Boa d) Regular e) Ruim

Por quê? _____

2. Assinale sua opinião sobre o local da oficina.

a) Excelente b) Muito Bom c) Bom d) Regular e) Ruim

Por quê? _____

3. Os temas abordados atenderam suas necessidades?

Sim ! Não ! Por quê _____

4. A maneira como os temas foram apresentados atenderam suas necessidades?

Sim ! Não ! Por quê _____

5. Cite três palavras que, na sua opinião, definem esta oficina.

6. Assinale sua opinião sobre a sua participação nas discussões durante a oficina.

a) Excelente b) Muito Bom c) Bom d) Regular e) Ruim

Por quê? _____

7. Assinale sua opinião sobre a sua aprendizagem na oficina.

a) Excelente b) Muito Bom c) Bom d) Regular e) Ruim

Por quê? _____

8. Assinale sua opinião sobre a apresentação dos *Banners*, quanto: ilustrações, linguagem e conteúdo.

a) Excelente b) Muito Bom c) Bom d) Regular e) Ruim

Por quê? _____

9. Sugestões para a próxima oficina.

10. Sobre a cartilha educativa, qual sua opinião sobre: formato, ilustrações, linguagem, número de páginas, conteúdo abordado e número da letra.

a) Excelente b) Muito Bom c) Bom d) Regular e) Ruim

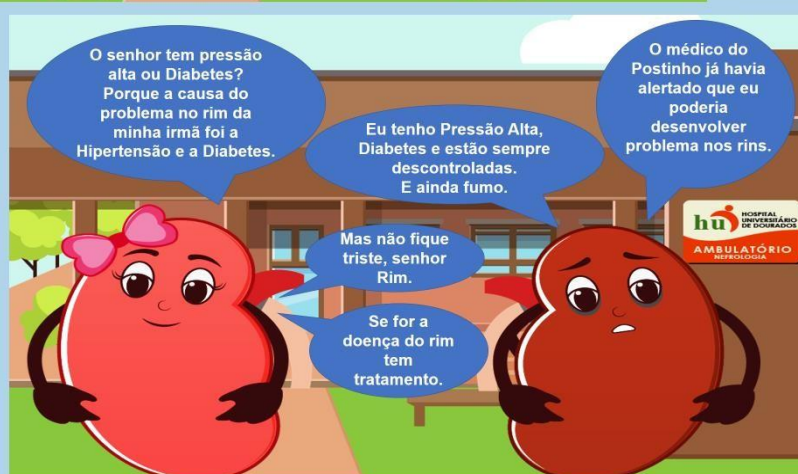
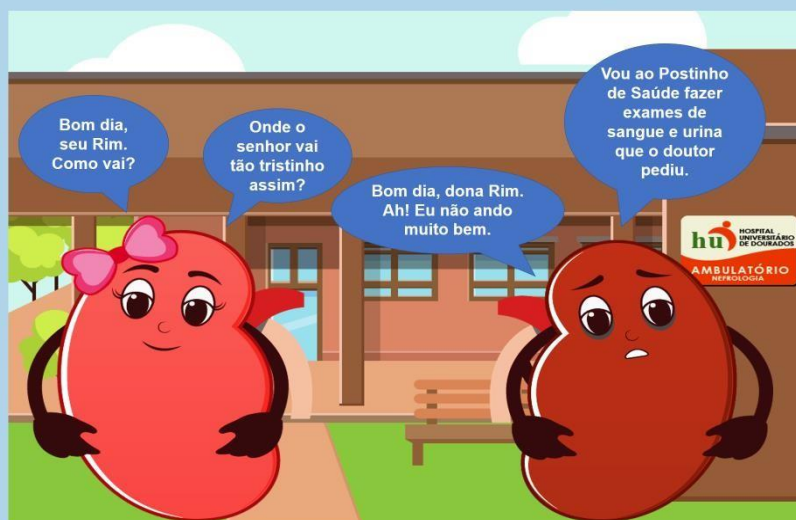
Por quê? _____

APÊNDICE D- REPRESENTAÇÃO ILUSTRATIVA DOS SEIS *BANNERS*: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENTRE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA.

Ações de Educação em Saúde entre Pacientes com Doença Renal Crônica

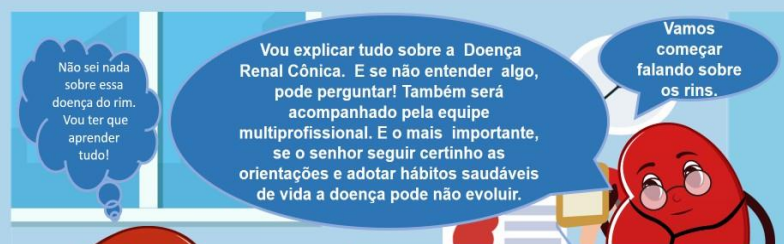
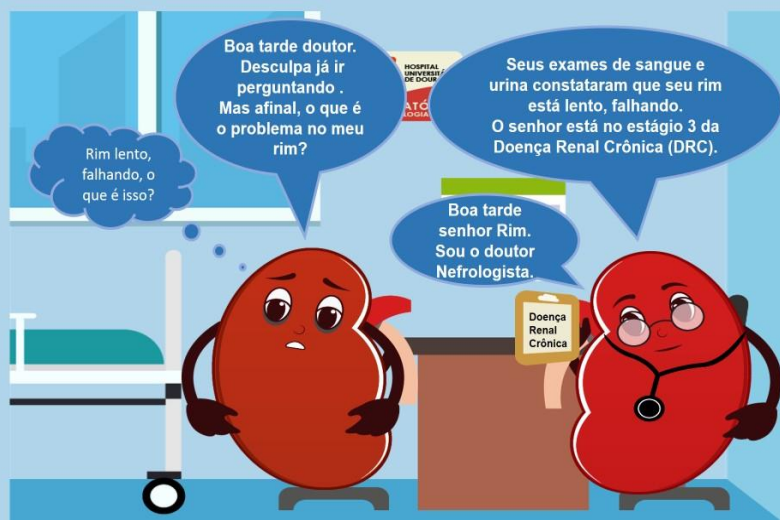
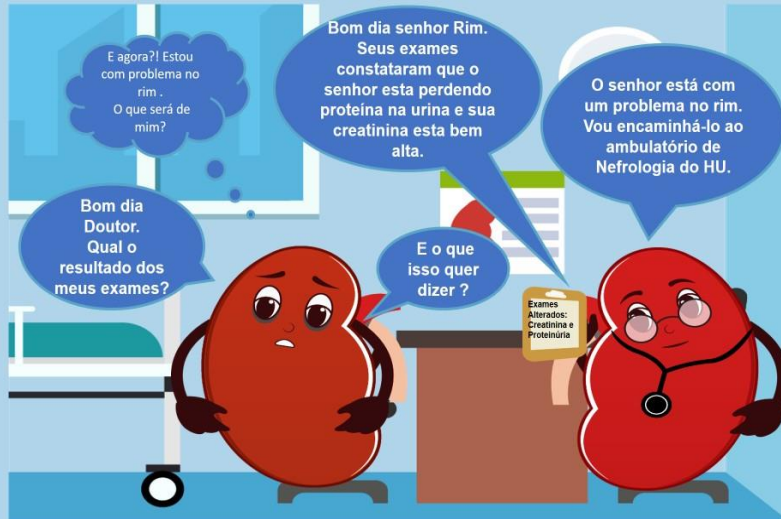
Orientanda: Enfermeira e Mestranda Márcia C. Macedo

Orientadora: Profª Drª Vivian Rahmeier Fietz.



Ações de Educação em Saúde entre Pacientes com Doença Renal Crônica

Orientanda: Enfermeira e Mestranda Márcia C. Macedo
Orientadora: Profª Drª Vivian Rahmeier Fietz.



Normalmente temos dois rins;
Estão localizados na costas, bem abaixo das costelas;
Cada rim tem a forma de um grande grão de feijão;
Pesam cerca de 150 g cada;

Os rins funcionam como filtros no organismo:

- Retiram toxinas como: creatinina, ureia, amônia, ácido úrico, dentre outras;
- Controlam o equilíbrio hidroeletrolítico do corpo: água, sódio, potássio, cálcio, magnésio, fósforo, bicarbonato, entre outros;
- Produzem proteínas que auxiliam na formação do sangue, ossos e no controle da pressão arterial;
- Produzem urina;

Ações de Educação em Saúde entre Pacientes com Doença Renal Crônica

Orientanda: Enfermeira e Mestranda Márcia C. Macedo
Orientadora: Profª Drª Vivian Rahmeier Fietz.



A Doença Renal Crônica (DRC) é um termo geral utilizado para conceituar diversas alterações que afetam os rins.

A DRC atinge pessoas no mundo todo. No Brasil estima-se que entre 3 e 6 milhões de brasileiros possuem algum grau de lesão renal e cerca de 128. 000 mil brasileiros estão em tratamento dialítico.

A DRC possui várias causas e fatores de risco.

É definida como a perda lenta e irreversível da função renal, caracteriza-se pela presença de lesão renal ou pela redução da função renal por um período igual ou superior a três meses, isso independentemente de sua causa.

É uma doença de curso prolongado. Não tem cura. Na maior parte do tempo, a evolução da DRC não apresenta sinais e sintomas, fazendo com que o diagnóstico seja feito tardiamente.

AS PRINCIPAIS CAUSAS: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Envelhecimento, História na Família de Doença Renal Crônica e Glomerulonefrites.

OS FATORES DE RISCO: Pacientes Diabéticos (quer seja do tipo 1 ou do tipo 2); Pacientes Hipertensos; Idosos; Portadores de Obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m²); Histórico de Doença Cardiovascular (Doença Coronariana, Acidente Vascular Encefálico, Doença Vascular Periférica, Insuficiência Cardíaca); Tabagistas; Pessoas que fazem uso de Agentes Nefrotóxicos (contrastes para exames, alguns antibióticos, quimioterápicos, anti-inflamatórios, dentre outros).

AS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES: Anemia, acidose metabólica, desnutrição e alteração do metabolismo de cálcio e fósforo e doenças cardiovasculares como: Infarto e Derrame, que podem agravar ainda mais o quadro do paciente podendo levar até a morte.

SINAIS e SINTOMAS: Nos primeiros estágios a DRC o paciente pode não apresentar sinais e sintomas, mas com o avanço da doença aparecem: dor nos ossos, distúrbios do sono, dormências, câimbras, sede excessiva, inchaço nas mão, face e pernas, pés, fraqueza, urina espumosa, diminuição da produção de urina, embora, ocasionalmente, a urina permaneça normal, dentre outros.

O DIAGNÓSTICO: Pode ser realizado por meio de exames de imagem como Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada; Ultra Som; Biópsia Renal e exames laboratoriais simples e baratos como a dosagem de creatinina no sangue e a detecção de proteína (albumina) no exame de urina (albuminúria). A taxa de filtração glomerular (TFG) ainda é o melhor teste para avaliar o nível de função renal.

É portador de Doença Renal Crônica (DRC) qualquer pessoa que, independente da causa, apresente por pelo menos três meses consecutivos uma TFG < 60ml/min/1,73m².

CONSUMIR POUCA ÁGUA
Faz o sangue ficar grosso, reduzindo a capacidade dos rins de eliminar as toxinas do corpo. A quantidade recomendada de água por dia em média é de 2 a 3 litros/adulto, deve ser consumida ao longo do dia. Mas atenção : Água em excesso pode dificultar a função renal; Consumir somente água de boa qualidade.

INGERIR SAL EM EXCESSO
O uso regular de quantidades elevadas de sal danificam os rins. O sal em excesso faz os rins trabalharem muito mais para eliminá-lo, além de aumentar a pressão arterial.

FUMAR
O cigarro é muito prejudicial a todos os órgãos do corpo, incluindo os rins. Esse mau hábito aumenta a pressão arterial e a frequência cardíaca, reduzindo o fluxo de sangue nos vasos sanguíneos dos rins.

TOMAR FREQUENTEMENTE ANTI-INFLAMATORIOS (AINS)
Esses medicamentos são utilizados para tratar a dor e inflamações. Mas quando usados a longo prazo danificam os rins e outros órgãos do corpo. Os AINS podem reduzir o fluxo de sangue para os rins e obstruir a filtração renal.

NÃO TRATAR INFECÇÕES COMUNS
Se você periodicamente apresenta resfriados, gripe, amigdalite, faringite, dentre outras infecções deve procurar um médico e se tratar. Certas infecções quando não são tratadas podem causar danos nos rins.

SEGURAR A URINA
Segurar a urina por muito tempo acaba acumulando bactérias na bexiga. Essas bactérias nocivas causam infecções no sistema urinário. Além disso, manter a urina na bexiga, causa pressão nos rins e pode levar à insuficiência renal.

ABUSAR DE BEBIDAS ALCOÓLICAS
O álcool leva toxinas para os rins e fígado e em excesso desidrata o corpo causando diminuição do fluxo sanguíneo nos rins prejudicando a função renal.

CONSUMIR MUITA PROTEÍNA
O consumo de quantidades excessivas de alimentos à base de proteínas, como a carne vermelha, aumentam o risco de doença renal. Portanto, você deve limitar a ingestão de proteínas e verificar com a equipe multiprofissional a quantidade adequada.

Ações de Educação em Saúde entre Pacientes com Doença Renal Crônica

Orientanda: Enfermeira e Mestranda Márcia C. Macedo
Orientadora: Profª Drª Vivian Rahmeier Fietz.

A DRC é classificada em 5 estágios definidos pelo volume de sangue que o rim é capaz de filtrar: Taxa de Filtração Glomerular. O senhor está no estágio 3.

- Estágio 1: O rim funciona normalmente filtrando acima de 90 ml de sangue por minuto. Porém, a pessoa neste estágio possui fatores de risco (como perda de proteína ou sangue pela urina, exame alterado de imagem renal, alterações à biópsia renal) que provavelmente irão comprometer o desempenho dos rins a longo prazo se não for tratado.
- Estágio 2: O paciente apresenta uma taxa glomerular de 60 a 89 ml por minuto. Geralmente esse estágio é chamado de fase pré-insuficiência renal, normalmente ainda não apresenta sintomas e nem complicações. É comum em idosos, por uma redução da sua capacidade renal pelo envelhecimento dos rins. Nesse momento deve haver prioridade no controle dos fatores de risco para que a doença não avance.
- Estágio 3: O paciente tem uma taxa glomerular de 30 a 59 ml de sangue filtrado. Nesse momento é encaminhado ao nefrologista para ser acompanhado. É necessário iniciar imediatamente o Tratamento Conservador para retardar ao máximo a progressão da doença.
- Estágio 4: Conhecido como estágio pré-dialítico, a taxa de filtração glomerular é de 15 a 29 ml de sangue por minuto e começa a sofrer as consequências do acúmulo de toxinas no sangue. Alguns sintomas são a desnutrição, anemia, enfraquecimento ósseo, cansaço e edema. O paciente é encaminhado para o centro de referência para iniciar o preparo para a Diálise.
- Estágio 5: A taxa glomerular é menor do que 15 ml por minuto e o rim não consegue desempenhar suas funções básicas. Por isso essa fase é chamada de terminal ou dialítica. É Subdividido em Não Dialítico (quando ainda não é realizado Diálise) e Dialítico quando inicia o Tratamento Renal Substitutivo.

Vou conseguir ficar no estágio que estou!

Vamos iniciar imediatamente o Tratamento Conservador.

Por meio do Tratamento Conservador a doença poderá não evoluir.

Doutor o que é Tratamento Conservador?

O Tratamento Conservador

O TRATAMENTO CONSERVADOR

O tratamento ideal da DRC é baseado em: Diagnóstico precoce da doença, Encaminhamento imediato para tratamento nefrológico e Implementação de medidas para preservar a função renal.

O objetivo é retardar a progressão da DRC imediatamente após seu diagnóstico. Assim, recomenda-se a implementação do Tratamento Conservador (TC) mantido por tempo indeterminado.

O Tratamento Conservador consiste na adoção de todas as medidas clínicas (medicamentos, modificações na alimentação e estilo de vida) que podem ser utilizadas para retardar a piora da função renal, reduzir os sintomas e prevenir complicações ligadas à Doença Renal Crônica.

Com o Tratamento Conservador é possível reduzir a velocidade da progressão e até estabilizar a doença.

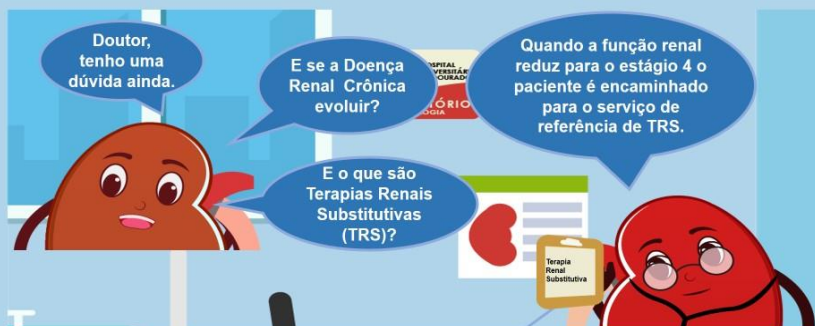
Hábitos Saudáveis que Retardam a Evolução da Doença Renal Crônica

Vou mudar meus hábitos.

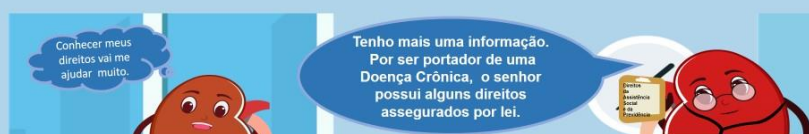
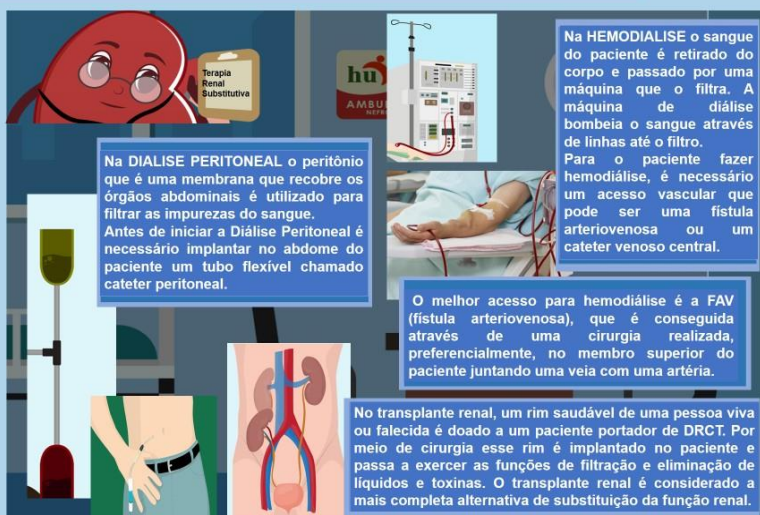
- Controle a pressão arterial. Medida fundamental para reduzir o avanço da doença renal crônica. A pressão arterial deve ser mantida abaixo de 130x80 mmHg.
- Controle o nível de açúcar no sangue (glicemia). Para pacientes diabéticos recomenda-se manter a hemoglobina glicada igual ou abaixo de 7% e a glicemia entre 100 e 140 mg/dl.
- Reduza a ingestão de sal e de alimentos com alto teor de sódio. O ideal é não ultrapassar o limite de consumo de 2 gramas de sódio por dia, o que equivale a 5 gramas de sal.
- Beba água de boa qualidade. 2 a 3 litros ao longo do dia. Não substitua o consumo de água por chá, tererê, sucos e outros líquidos.
- Pratique atividade física. Caminhada diária de 30 minutos 5 vezes na semana conforme liberação médica.
- Faça uso somente de medicamentos prescritos por seu médico. Use medicamentos que reduzam a perda de proteína pelos rins e medicamentos que tratam anemia, distúrbios ósseos e minerais (potássio, cálcio, fósforo e ferro).
- Mantenha sempre uma dieta saudável com frutas e vegetais frescos; Evite consumir mais de uma porção/dia dos carboidratos simples como: massas, batatas, mandioca, arroz, macarrão. Não consuma: refrigerantes, conservas, temperos prontos e alimentos industrializados como os embutidos: salsicha, mortadela, salame, dentre outros; além de frituras e carnes gordurosas. Mantenha sempre seu peso adequado.
- Pare de fumar. Existem várias formas de tratamento para parar de fumar, incluindo tratamento psicológico e medicamentos. Parar de fumar proporciona benefícios para o corpo todo especialmente aos rins e sistema cardiovascular.

Ações de Educação em Saúde entre Pacientes com Doença Renal Crônica

Orientanda: Enfermeira e Mestranda Márcia C. Macedo
Orientadora: Profª Drª Vivian Rahmeier Fietz.



A perda progressiva da capacidade de funcionamento dos rins pode levar o paciente ao estágio 5 dialítico. Pacientes que evoluem para Doença Renal Crônica Terminal (DRCT) necessitam de algum tipo de Terapia Renal Substitutiva (TRS). As modalidades disponíveis: Hemodiálise, Diálise Peritoneal e o Transplante Renal. A Hemodiálise e Diálise Peritoneal não tem função de tratar os rins doentes, mas sim substituir parte das funções dos rins que param de funcionar. Já o Transplante Renal substitui o rim doente por um novo rim.



- Os direitos dos pacientes com DRC estão estabelecidos em legislação Federal, Estadual e Municipal. Cada esfera governamental tem autonomia de determinar qual direito terá prioridade no atendimento.
- O principal fator para o paciente com DRC ter direito ao recebimento dos benefícios será o estágio da doença bem como as comorbidades que o acompanham além da emissão de Laudo Médico, contendo: diagnóstico, tratamento realizado e CID (Código Internacional de Doenças).
- Direitos da Assistência Social e da Previdência:
 - Gratuidade Cultural, Isenção do Imposto de Renda, sobre os proventos da aposentadoria, reforma e pensão, IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores), IPI e IOF (Imposto sobre Produtos Industrializados e Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguros), ICMS (Imposto sobre Circulação e Mercadoria de Serviços), IPTU (Imposto Predial e Territorial Urbano) e saque do FGTS/ PIS/ PASEP (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, Quitação do Financiamento da Casa Própria, Benefício de Prestação Continuada (BPC), Tratamento Fora do Município (TFM), Acesso ao Tratamento Especializado (Informações, Consultas, Exames, dentre outros), Fornecimento Gratuito de Medicamentos, Passe Livre Interestadual, Passe Livre dentro do estado de moradia, Passe Livre dentro do município de moradia, Aposentadoria por invalidez e Auxílio-doença, dentre outros.

Ações de Educação em Saúde entre Pacientes com Doença Renal Crônica

Orientanda: Enfermeira e Mestranda Márcia C. Macedo
Orientadora: Profª Drª Vivian Rahmeier Fietz

Doutor mais uma pergunta.

Quando será minha próxima consulta? E como saberei se meu rim está funcionando bem?

Normalmente suas consultas serão a cada 3 meses. Estarei acompanhando sua função renal por meio dos resultados dos exames. Estes permanecendo dentro da normalidade significa que seus rins estão funcionando adequadamente.

No início do acompanhamento com o nefrologista será realizada sorologia para hepatite B (AgHbs, Anti-HBc IgG e Anti-HBs). Recomenda-se o encaminhamento para atualização do calendário vacinal, conforme o Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde.

Os exames que deverão ser realizados a cada 3 meses: creatinina, ureia, cálcio, fósforo, hematócrito e hemoglobina, ferritina e índice de saturação de transferrina (IST) nos pacientes com anemia e potássio.

Os exames que deverão ser realizados a cada 6 meses: PTH, fosfatase alcalina, gasometria venosa ou reserva alcalina, Proteínas totais e frações e RAC.

Os exames que deverão ser realizados anualmente: Anti-HBs

O senhor também continuará sendo acompanhado pelos profissionais de saúde na sua Unidade Básica de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis a fim de evitar a progressão da DRC.

Olá, senhor Rim. Estou vendo que está alegriinho hoje.

Fui ao nefrologista e ele explicou tudo sobre a Doença Renal Crônica.

Agora vou mudar meu estilo de vida. Vou adotar hábitos saudáveis. E a doença renal crônica poderá não progredir.

Olá Dona Rim. Sim estou mais animado.

Isso mesmo. Minha irmã tem DRC. Modificou alimentação, controla a pressão arterial e glicemia e realiza atividade física. E a doença do Rim permaneceu no estágio 3.

AUTORES:

MACEDO, Marcia Christino, Enfermeira e Mestranda do Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Dourados, MS.
FIETZ, Vivian Rahmeier, Nutricionista, Doutora e Docente da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Dourados, MS.

COLABORADORES:

DEUS, Natália Paula Rezende, Acadêmica do 1º ano do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Dourados, MS.
LOPES, Gustavo Bocon, Acadêmico do 1º ano do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Dourados, MS.
MARTINS NETO, Ubiratan Ribeiro, Enfermeiro e Mestrando do Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Dourados, MS.
PAULA, Carla Eduarda Silva, Acadêmica do 1º ano do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Dourados, MS.
PRESTES, Nádia Takeuchi, Acadêmica do 1º ano do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Dourados, MS.

CRÉDITOS DA ARTE:

CHAGAS, Taynara Rezende, Acadêmica do 2º ano do Curso Jogos Digitais. Instituto Federal de Ciências e Tecnologia do Mato Grosso do Sul, Dourados, MS

REFERÊNCIAS

- 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. ISBN 1. Doença Renal Crônica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf. Acesso em 10 de Agosto de 2017.
- KIRSZTAJN Gianna Mastroianni et al. Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n1/0101-2800-jbn-36-01-0063.pdf>. Acesso em 15 março 2018. DOI: 10.5935/0101-2800.20140012.
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. KDIGO 2012. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Disponível em: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2018.
- MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Vigilância Sanitária. Atenção transdisciplinar ao renal crônico: Manual para abordagem de pacientes em tratamento hemodialítico – 1. ed. Campo Grande ; Secretaria de Estado de Saúde, 2011. Disponível em: http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wpcontent/uploads/sites/105/2016/08/manual_renal-v1a.pdf. Acesso em 15 de Setembro de 2017.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo, 2018. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Censo/2012/censosbn2018.ppt>. Acesso em 15 de Abril de 2018.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica, 2014. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/diretrizes.htm>. Acesso em 15 de Abril 2018

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELO CAPE

**EBSERH**

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO EM PESQUISA E EXTENSÃO (CAPE)

HU-UFGD/EBSERH

Dourados, 26 de outubro de 2018

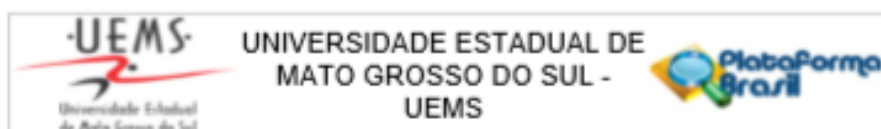
Parecer 83.2018: "Ações de Educação em Saúde entre Pacientes com Doença Renal Crônica"**Instituição:** UFGD**Pesquisador:** MARCIA CHRISTINO MACEDO**Caráter da pesquisa:** PROJETO DE PESQUISA**Conclusão:** APROVADO COM PENDÊNCIAS**Comentários:**

- Melhorar os objetivos gerais.
- Alinhar com a introdução e título.
- Os objetivos específicos estão alinhados com o instrumento de pesquisa.
- Considerar as condições éticas corrigindo o nome da CAPE.
- Riscos e benefícios – tem que detalhar que tem risco de queda nos registros antropométricos, deve prever como prevenir os riscos.
- Melhorar o cronograma - iniciando a pesquisa 90 dias após submissão a Plataforma Brasil.
- Adicionar no TCE como será o ressarcimento.
- Não iniciar a pesquisa antes das devidas aprovações

Observações: A CAPE esclarece que todos os projetos deverão ser encaminhados ao CEP e que o início dessa pesquisa está condicionado à aprovação pelo CEP.

Prof. Dra. Cândida Aparecida Leite Kassuya
Presidente da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO EM PESQUISA E EXTENSÃO (CAPE)

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENTRE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Pesquisador: marcia christino macedo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03317918.6.0000.8030

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.089.638

Apresentação do Projeto:

A proposta de estudo envolve a Doença Renal Crônica (DRC). Justifica a necessidade da pesquisa por ser uma síndrome clínica que causa a perda lenta e irreversível da função renal em curto período de tempo. O tratamento possui a finalidade de retardar a progressão dos estágios e baseia-se no diagnóstico precoce da doença. O estudo objetiva analisar ações educativas realizadas entre os pacientes atendidos no Ambulatório de Nefrologia do HUUFMGD. Como específicos: caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico; compreender o conhecimento e as necessidades em relação à fisiopatologia e direitos sociais enquanto cidadão; estabelecer um espaço de reflexão a partir dos temas destacados durante as entrevistas e construir tecnologia educativa com e para pacientes renais crônicos. O trabalho será realizado no Ambulatório de Nefrologia do HUUFMGD. Trata-se de uma pesquisa ação com abordagem nas Práticas Educativas em Saúde. Para a coleta dos dados será utilizado um questionário semiestruturado que aplicado pelo pesquisador e entrevistas individuais. A partir dos resultados serão desenvolvidas oficinas educativas e construída uma tecnologia educativa sobre a temática.

Objetivo da Pesquisa:

Gerar: Analisar ações educativas realizadas entre os pacientes renais crônicos atendidos no Ambulatório de Nefrologia do HUUFMGD.

Endereço: Rodovia Dourados Itahum - Km 12 - Cx351
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 79.804-970
UF: MS **Município:** DOURADOS
Telefone: (67)3902-2999 **E-mail:** oesh@uems.br

ANEXO C - APROVAÇÃO DO PROJETO DE EXTENSÃO

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO, CULTURA E ASSUNTOS COMUNITÁRIOS
DIVISÃO DE EXTENSÃO / DIVISÃO DE CULTURA E ASSUNTOS
COMUNITÁRIOS**

De: DEX/PROEC/UEMS
Para: **Marcia Christino Macedo**
Assunto: **APROVAÇÃO DE PROJETO DE EXTENSÃO** CI Nº 368/2019

Data: 11/07/2019

Título: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENTRE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA.
Tipo/Área: Projeto/Saúde
Período: 01/08/2019 à 29/01/2020
Unidade de Origem: DPG - Divisão de Pós-Graduação
Unidade Gerat: PROPP - Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Nº SIGProj: 335813.1810.326550.18062019
Nº Processo: Rel. final 30/02/2020

Prezado(a) Senhor(a)

Informamos que o Projeto de Extensão intitulado "AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENTRE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA", após análise, foi aprovado pelo Comitê de Extensão, e está cadastrado com o Nº 45/2019-DEX PROEC/UEMS.

O parecer da avaliação encontra-se disponível em sua área restrita no SIGProj.

O relatório final do projeto deverá ser enviado até dia 30/02/2020.

Conforme a Política da Extensão Universitária, artigo 92. A ação de extensão que não submeter relatório final até a data prevista, será considerada como não concluída, sem direito a certificação.

Att.

Divisão de Extensão- PROEC/UEMS 67-3902-2562

SITUAÇÃO: EM ANDAMENTO - NORMAL

Alessandra Fequetia Freitas
Técnica Administrativa