

CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO PARA MONITORAMENTO DA DRC: USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA

Maria Eduarda Lima de Paula ¹
Evani Marques Pereira ²

RESUMO

O trabalho teve por objetivo produzir conhecimento para avaliar os fatores que acarretam a Doença Renal Crônica (DRC), buscando métodos de prevenção, promoção e proteção à saúde com a construção do instrumento para avaliar os fatores e riscos que acarretam em lesão renal. A pesquisa é metodológica de abordagem quantitativa. Para estruturação e construção do instrumento foram obedecidas as seguintes fases: revisão da literatura; construção dos itens e escala de resposta; estruturação do instrumento; validação de conteúdo e aparência por experts (opinião de médicos e enfermeiros). O Validade de Conteúdo (IVC) foi de 1 na avaliação dos juízes enfermeiros, além disso, todos os itens atingiram um IVC superior a 0,78, ou seja, pode se considerar que o material e seu conteúdo foram bem avaliados e atingiram as metas de validação proposta.

Palavras-chave: doença renal crônica, rim, hipertensão arterial, diabetes mellitus, enfermagem.

INTRODUÇÃO

Os rins são órgãos fundamentais para a manutenção de diferentes mecanismos do corpo humano, funcionam como filtros no organismo com a importante função de eliminar pela urina as substâncias provenientes do metabolismo, que já não têm utilidade para as atividades orgânicas e, ao mesmo tempo manter outras substâncias importantes que não devem ser descartadas (BASTOS, *et al*, 2010). Regulam as condições do fluido eletrolítico e equilíbrio ácido-base por meio da filtração do sangue, realizam função como órgão endócrino, secretam eritropoietina, envolvida na hematopoiese, renina, que interage no controle da secreção de aldosterona pelo córtex adrenal e metabólitos ativos da vitamina D e é também regulador secundário da pressão arterial.

¹ Graduanda do Curso de **Enfermagem** da Universidade Estadual do centro Oeste, maria.limadpaula11@gmail.com;

² Doutora docente do Curso de **Enfermagem** da Universidade Estadual do centro Oeste, evanimarquesp@gmail.com;

Segundo a Sociedade Brasileira de hipertensão (2016) hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. A alta elevação da pressão afeta vasos sanguíneos renais tornando-os mais espessos e rígidos, lesando e prejudicando a irrigação sanguínea consequentemente tornam-se inaptos de eliminar substâncias nocivas ao corpo. Os rins exercem um papel fundamental diretamente ligado ao controle da pressão arterial. “Exibem um comportamento ambivalente, podendo ao mesmo tempo ser a causa da hipertensão ou sofrer seus efeitos lesivos” (CARVALHO, pg 1, 2012).

Além da hipertensão outras condições podem causar danos irreversíveis aos rins Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010), o DM é a principal causa de falência renal no mundo. Outro vilão contra o sistema renal é a obesidade, entende-se que o quadro de obesidade traz diversas complicações a pessoa portadora, principalmente pela inflamação causada, “a obesidade influencia o desenvolvimento da DRC (Doença Renal Crônica), entre outros fatores, por predispor à nefropatia diabética, nefrosclerose hipertensiva e glomeruloesclerose segmentar e focal.” (SILVA, *et al*, 2017). Dados retirados a partir da biblioteca virtual em saúde apontam que a obesidade afeta pessoas de todas as idades e de todos os grupos sociais nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, alcançando 650 milhões de pessoas em todo o mundo, no Brasil segundo a ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica) aumentou 67,8% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 19,8% em 2018 (ABESO,2019).

O uso de medicamentos considerados nefrotóxicos tem grande influência sobre casos de insuficiência renal “as principais drogas nefrotóxicas são antibióticos, AINEs (Anti-inflamatórios Não Esteroides) e contraste radiológico.” (PINTO, *et al*, 2009). Isto não necessariamente torna os medicamentos inutilizáveis, o que comumente acontece é o uso indevido e prolongado dos mesmos, como por exemplo o uso de AINH por ser facilmente adquirido em drogarias populares.

O ministério da saúde em 2014 publicou em diretrizes clínicas sobre doença renal crônica, a classificação de risco para DRC, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1. Classificação de risco para DRC.

Pessoas com diabetes (quer seja do tipo 1 ou do tipo 2)
Pessoa hipertensa
Idosos
Portadores de obesidade (IMC > 30 Kg/m ²);
Histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca)
Histórico de DRC na família;
Tabagismo
Uso de agentes nefrotóxicos

Fonte: BRASIL (2014)

A maior parte das doenças crônicas não resulta em morte súbita, elas ocasionam em condições que progressivamente o portador se torna enfermo e debilitado, especialmente se as suas doenças não tiverem o tratamento adequado (BRASIL, 2005).

A unidade funcional do rim é o néfron, que é constituído de glomérulos.

“O glomérulo consiste em uma rede de capilares que retém os componentes celulares e as proteínas de peso molecular médio a elevado, enquanto expelle um fluido quase idêntico ao plasma em sua composição hídrica e eletrolítica. Esse fluido é o filtrado glomerular. A maior parte do filtrado formado no glomérulo deve ser reabsorvida pelos túbulos renais. O túbulo proximal reabsorve pelo menos 60% das substâncias filtradas.” (GUYTON, HALL, et al, 2006).

Devido a tal mecanismo uma das medidas utilizada padrão ouro na avaliação da função renal é a taxa de filtração glomerular (TFG). Como demonstrado na tabela 2.

Tabela 2. Estágios funcionais relacionados ao grau de função renal (TFG).

FASES	TFG
Função renal normal sem lesão	<i>Acima de 90ml/min/1,73m².</i>
Insuficiência renal funcional ou leve	<i>Entre 50 e 89ml/min/1,73m².</i>
Insuficiência renal laboratorial ou moderada	<i>Entre 30 e 59ml/min/1,73m².</i>
Insuficiência renal clínica ou severa	<i>Entre 15 a 29ml/min/1,73m².</i>
Insuficiência renal crônica	<i>Inferior a 15ml/min/1,73m².</i>

Fonte: a autora

A TGF segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia “é o resultado de um cálculo obtido a partir da dosagem da creatinina sérica, da idade do paciente, de seu gênero (sexo) e da sua etnia (raça)” (SBN, 2015). Dessa forma, é portador de DRC qualquer indivíduo que, independentemente da causa, apresente por pelo menos três meses consecutivos uma TFG <60ml/min/1,73m². Nos casos de pacientes com TFG ≥ 60ml/min/1,73m², considerar DRC se associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem (BRASIL, 2014).

“São considerados marcadores de dano renal parenquimatoso:

1. Albuminúria > 30 mg/24 horas ou Relação Albuminúria Creatinínúria (RAC) > 30 mg/g; detectado através do exame sumário de urina (EAS) ou da pesquisa de albuminúria (presença de albumina na urina), deve ser feito para todos os pacientes sob o risco de DRC.
2. Hematúria de origem glomerular, definida pela presença de cilindros hemáticos ou dismorfismo eritrocitário no exame de urina (EAS); deve-se considerar a hematúria de origem glomerular. Análise através de biópsia renal (histologia) ou alterações eletrolíticas características de lesões tubulares renais.
3. Alterações eletrolíticas ou outras anormalidades tubulares resultam de alterações da reabsorção e secreção dos túbulos renais, geralmente secundárias a síndromes incomuns. Essas doenças costumam ser identificadas em pacientes portadores de acidose metabólica de origem

tubular (acidose tubular renal), alterações persistentes dos níveis séricos de potássio, alterações na dosagem de eletrólitos urinários.

4. Avaliação de imagem: deve ser feita para indivíduos com história de DRC familiar, infecção urinária de repetição e doenças urológicas. “ (BRASIL, pg. 21, 2014)

Quando a função renal vem sendo acometida a excreção de metabólitos não acontece e acabam acumulam no sangue, ou seja, a taxa de filtração glomerular é diminuída, ocorre:

“Hiperpotassemia devido à excreção diminuída, acidose metabólica, catabolismo e aporte excessivo (dieta, medicamentos, líquidos). Pericardite, derrame pericárdio e tamponamento pericárdico, devido à retenção dos produtos de degradação urêmicos e diálise inadequada. Hipertensão em consequência da retenção de sódio e água e da disfunção do sistema de renina-angiotensina-aldosterona. Anemia, devido à produção diminuída de eritropoietina, redução de sobrevida dos eritrócitos, sangramento do trato GI devido toxinas irritantes e formação de úlceras e perda de sangue durante a hemodiálise. Doença óssea e calcificação metastáticas e vasculares devido à retenção de fósforo, níveis séricos baixos de cálcio, metabolismo anormal de vitamina D e níveis elevados de alumínio”. (SMELTZER, pg. 328, 1996).

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) informa que são estimadas entre 20 e 25 pessoas com algum grau da doença renal. “A DRC acomete com frequência pessoas com mais idade em função da maior ocorrência de DC. Atualmente, 31% dos pacientes têm mais de 65 anos e 58% são homens” (SBN, 2019). Envelhecer não necessariamente resulta em enfermidades, o processo de envelhecimento é algo natural, incoercível sendo possível tal que o processo adequado atribua a uma melhor qualidade de vida.

Considerando, o censo brasileiro de diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2018 aponta que mais 133.000 pacientes realizam Terapia Renal Substitutiva - TRS, o que significa dizer que se passou de 48 mil pacientes em diálise em 2002 para mais de 133.000 pacientes em 2018. Mais de 90% destes pacientes encontram-se em hemodiálise (SBN, 2019).

O diagnóstico precoce do acometimento renal, tratamento adequado reduz as chances de progressão da doença, baixa qualidade de vida dos portadores, e gastos para a saúde pública, os profissionais da atenção básica deve estar devidamente capacitados e vigilante pois a evolução é progressiva e assintomática, entender processos patológicos, hábitos de vida é vital e indispensável no entendimento para o desenvolvimentos de DRC's para um diagnóstico precoce ampliando as condições de saúde e melhora na qualidade de vida a fim de avaliar medidas de prevenção.

A utilização de instrumentos que auxiliem para avaliar e entender os parâmetros e biomarcadores da função renal se faz relevante no sentido de ajudar na detecção e investigação, como a creatinina que por muito tempo vem sido citada como importante biomarcador. Sabe-se que o diagnóstico da DRC, pela proposta do NKF/KDOQI que se baseia em alterações da taxa de filtração glomerular (TFG) e em marcadores de lesão da estrutura renal é um meio seguro para detectar e classificar a lesão, “o racional de se estagiar as doenças renais de acordo com a TFG baseia-se na observação de que a ela diminui mesmo antes do início dos sintomas da DRC e se correlaciona com a gravidade das doenças renais” (BASTOS, pg 09, 2011).

Existem diversos marcadores padrão ouro para detecção da lesão renal, porém, na prática clínica, a avaliação da TFG é realizada através de substâncias que são eliminadas pelos rins como a uréia, embora seu uso na prática ainda seja amplo. “A uréia é parcialmente reabsorvida após o processo de filtração e, conseqüentemente, o cálculo da sua depuração subestima a TFG” (BASTOS, pg 10, 2011).

A creatinina sérica que é derivada principalmente do metabolismo da creatina muscular, sendo assim, varia de acordo com a raça, etnia, sexo, idade, estado nutricional tendo uma ampla variação que vai de 0,6 a 1,3mg/dL.

A cistina C “as proteínas de baixo peso molecular, tais como a β 2-microglobulina, a α 1-microglobulina e a cistatina C, têm sido consideradas como potenciais marcadores endógenos da TFG” (BASTOS, pg. 10, 2011). Sendo assim é correto afirmar que:

“Muitos outros fatores além de taxa de filtração glomerular interferem com a elevação dos biomarcadores: heterogeneidade das apresentações clínicas; comorbidades e características clínicas dos pacientes, gravidade da doença de

base e fatores associados à diminuição da função renal. Dessa forma, é mais provável que um painel de biomarcadores venha a proporcionar uma melhor compreensão da natureza e da gravidade de Conclusão um insulto renal do que a avaliação pontual de um único biomarcador” (MACEDO, pg 27, 2011).

A inflamação e seus biomarcadores, a inflamação é discutida atualmente como coadjuvante de diversas comorbidades e condições da atualidade como a obesidade por exemplo, se sabe que a obesidade é fator de risco para diversas patologias incluindo diabetes mellitus. A própria DRC se associa a inflamação:

“através de múltiplos mecanismos e em associação com o estresse oxidativo, promove múltiplas consequências patológicas como a disfunção endotelial, aceleração da aterosclerose, indução de calcificação vascular, alterações do estado nutricional, anemia e a disfunção imune” (CLARO; STINGHEN; et al, pg 82, 2011).

Sendo assim a importância da implantação de estratégias voltadas à otimização e uso apropriado de tais instrumentos que contenham todo o suporte necessário faz se relevante, podendo se relacionar com outras estratégias como programas educativos, desenvolvimento e implantação de protocolos clínicos e propedêuticos.

O objetivo geral dessa pesquisa foi de produzir conhecimento para avaliar os fatores que acarretam a DRC buscando métodos de prevenção, promoção e proteção à saúde, já os objetivos específicos foram de descrever o processo de construção de um instrumento para avaliar os fatores que podem auxiliar no desenvolvimento da DRC e construir um instrumento para avaliar os fatores que acarretam a DRC buscando métodos de prevenção, promoção e proteção à saúde. Ao realizar esse trabalho de contribuir com a detecção do diagnóstico precoce, principalmente com a especificidade do cuidado de ações preventivas e de promoção à saúde, com resultados científicos para melhoria das ações dos profissionais da saúde executada com essa parcela da população. As UBS foram exploradas e identificadas como as bases para o cuidado de todos, deveria ser muito mais explorada e aproveitada, tanto por usuários quanto pela população.

METODOLOGIA

A pesquisa é metodológica de abordagem quantitativa, de intensas leituras e estudos com embasamento científico voltado para atribuir ao instrumento a melhor

construção possível, para isso, é necessário ir além de parâmetros já conhecidos e atribuir novas pesquisas comprovadas, entende-se a necessidade de ser um instrumento completo com todos os processos, valores de referências e explicações pela sua importância para o desenvolvimento de políticas de saúde pública que levem à modificação do quadro atual e a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Segundo Polit D, Beck C., 2004 “a pesquisa quantitativa, que tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. Por outro lado, a pesquisa qualitativa tende a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, para apreender a totalidade no contexto daqueles que estão vivenciando o fenômeno”.

Para o desenvolvimento do estudo foram obedecidas as seguintes fases: revisão da literatura (estabelecimento conceitual); construção do material apoiado no levantamento bibliográfico e experiência clínica autoral (construção dos itens e escala de resposta); estruturação do instrumento; validação de conteúdo e aparência por experts (opinião de médicos e enfermeiros). Para estruturação e construção do instrumento foi ser utilizados dados que permitam pesquisar e classificar o risco a partir de fatores relacionados à DRC: idade; gênero; fatores de risco para as DRC; obesidade; índice de massa corporal; distúrbios do sono; nutrição; constipação intestinal; tabagismo, uso de álcool; uso de fármacos e comorbidades.

A revisão de literatura embasou a construção do instrumento com os dados já existentes e as lacunas científicas para os riscos classificados para DRC. Toda a pesquisa foi feita a partir de artigos, livros, protocolos, matérias em geral atuais e de fontes confiáveis e atuais para que o projeto proposto seja de qualidade.

Foram aplicadas várias técnicas de coleta de dados, como: pesquisa de dados secundários; pesquisa documental (prontuários e fichas de atendimento); questionário elaborado. Um instrumento contendo as variáveis sociodemográficas, o estado de saúde autorreferido, hábitos de vida, uso de medicamentos e avaliação de sinais vitais entre outros. Todos os biomarcadores, exames e cálculo da TFG de acordo com NKF/KDOQI, classificação da TFG e condutas. Os dados documentais e fichas ideava a estruturação da consulta para conhecer o atendimento aos portadores de DRC e identificar e classificar pessoas com riscos à DRC.

Com base na revisão de literatura e pesquisa de dados secundários foi elaborado um instrumento para atender pessoas com classificadas com riscos à DRC. Os pesquisadores submeteram a primeira versão do instrumento elaborado, com os riscos classificadas à DRC encontrados e construído com base no acervo da revisão de literatura para análise e avaliação de professores consultores do curso de enfermagem, com expertise em profissionais da área da saúde (médicos e enfermeiros) que analisassem e apontassem os itens necessários que devem ser mantidos, adaptados, retirados e/ou incluídos. Nesta coleta somente enfermeiros em atuação em unidade básica e professores consultores do curso de enfermagem aceitaram participar, houve uma resistência dos profissionais médicos justificada pela falta de tempo.

Após as devidas correções na primeira versão, os pesquisadores receberam uma cópia para o processo de validação e determinar a confiabilidade do mesmo, para tanto os juízes receberam uma cópia do instrumento e um questionário em escala Likert. Na validação de conteúdo e aparência por experts (opinião dos participantes) foi apresentado o material para que os mesmos avaliassem e determinassem a partir da escala a validação do instrumento. As UBS Boqueirão, Vila Carli, Vila Bela, Campo Velho, Tancredo Neves, Santana, Feroz, Planalto, Santa Cruz, foram utilizadas para a coleta de dados secundários e validação do instrumento por parte dos profissionais de saúde. Também houve a participação de 3 docentes do curso de Enfermagem da Unicentro.

Para análise dos dados foi feita a correção da escala conforme a sugestão e avaliação dos participantes da pesquisa.

A pesquisa teve início somente após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste UNICENTRO, de acordo com a resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, que regulamenta pesquisas com seres humanos, e após autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Guarapuava – Paraná. Nestes termos, foram acatadas todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução n.º 466/2012 - CNS/MS, referentes às informações obtidas com Projeto. Parecer n.º 4.796.739, data da relatoria:22/07/2021.

Todas as informações fornecidas ou que sejam conseguidas por exames laboratoriais, exame físico e entrevista foram utilizadas somente para esta pesquisa. As

respostas, dados pessoais, dados de exames laboratoriais, de imagem e avaliações físicas ficaram em segredo e o nome do participante não apareceu em lugar nenhum dos questionários, fitas gravadas e fichas de avaliação nem quando os resultados forem apresentados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O instrumento continha diversos pontos a serem avaliados e debatidos, a intenção do instrumento era a avaliação completa do paciente, o instrumento também era completado com tabelas que visavam auxiliar o profissional na prática, essas tabelas era como lembretes das condutas possíveis a serem tomadas de acordo com a necessidade apresentada, seja ela, a partir de exames, relato ou da percepção do profissional.

Para cada participante foi apresentado e explicado o instrumento, para que realização de avaliação criteriosa do instrumento. Após a leitura os mesmos preenchem a escala de likert que continha 6 questões referentes a utilização, praticidade, e veracidade do instrumento, de acordo com cada percepção o participante tinha opção de avaliar o item com D (discordo), DP (discordo parcialmente), CP (concordo parcialmente), C (concordo). Para compreensão e validação de cada resposta foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) compreende um método muito utilizado na área de saúde para mensurar a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos de um instrumento e de seus itens. Este método permite uma análise individual de cada aspecto do material analisado, montando um panorama fidedigno do instrumento como um todo.

A avaliação realizada pelos juízes constitui a validação do conteúdo do material didático elaborado. Dos 14 especialistas do campo de Enfermagem que avaliaram o material, 2 eram doutores e 1 mestres, e atuavam como professores em educação superior em Enfermagem. A Tabela 1 mostra a distribuição das avaliações sobre as afirmações presentes no questionário, relacionadas com a adequação da proposta, didática, qualidade, capacidade de fornecer ajuda de forma não cansativa, adequação do conteúdo e atratividade do material didático. A tabela segue uma ordem e cada letra significa um peso (D) discordo, 2 = (DP) discordo parcialmente, 3 =(CP) concordo parcialmente 4 = (C) concordo.

Variável	D	DP	CP	C	IVC
A utilização do instrumento pode facilitar a assistência ao usuário	0	0	3	11	0,9
Promove mudanças positivas e otimiza o processo	0	0	0	14	1,0
O instrumento pode ser usado para ajudar no diagnóstico precoce de doenças renais	0	0	2	12	1,0
Pode ser utilizado em Unidades Básicas de Saúde como suporte à assistência da equipe multidisciplinar	0	1	6	7	0,9
O conteúdo do material corresponde ao conteúdo presente em literaturas confiáveis com embasamento científico.	0	0	0	14	1,0
O material é objetivo e abrange de forma geral todos os pontos necessários para classificação de risco para doença renal	0	0	4	10	0,9

Fonte: a autora

Apesar do instrumento de avaliação não contemplar uma avaliação os avaliadores fizeram sugestões através dos seguintes comentários:

“Seria interessante uma capacitação com a equipe”

“Incluir no fast medic para melhor utilização”

“Instrumento muito bem redigido”

No item 4 ao que se refere a: pode ser utilizado em Unidades Básicas de Saúde como suporte à assistência da equipe multidisciplinar, houve uma variação maior de resposta, isso pode ser explicado pela sobrecarga de trabalho que o profissional tem. Segundo SORATTO *et al* (2017) a literatura descreve os estudos de fatores causadores de insatisfação no trabalho em saúde bem como no âmbito da Atenção Primária de Saúde (APS): “a sobrecarga de trabalho e a violência; os conflitos nas relações de trabalho e problemas na estrutura organizacional dos serviços; condições salariais insuficientes, excesso de carga horária e inexistência de plano de carreira; situações que limitam a autonomia do profissional”. (SORATTO, *et al*, pg 2, 2017).

O IVC global foi de 1 na avaliação dos juízes enfermeiros, além disso, todos os itens atingiram um IVC superior a 0,78, ou seja, podemos considerar que o material e

seu conteúdo foram bem avaliados e atingiram as metas de validação propostas nos trabalhos de Alexandre e Coluci (2011) e Pereira *et al.* (2019). Os itens que atingiram a melhor pontuação foram: Promove mudanças positivas e otimiza o processo; O instrumento pode ser usado para ajudar no diagnóstico precoce de doenças renais; e, O conteúdo do material corresponde ao conteúdo presente em literaturas confiáveis com embasamento científico, com IVC = 1 cada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção desse instrumento visou otimizar a prática no atendimento voltado ao a avaliação renal podendo ser utilizada tanto no auxílio ao diagnóstico precoce quanto para o acompanhamento do paciente já diagnosticado. O instrumento conta com uma avaliação completa do paciente entendendo principalmente suas condições sociodemográficas e culturais, deixando o enfoque apenas a visão biológica do acompanhamento, busca entender os fatores e para que se possa agir diretamente em cada um. Esse processo foi de intensas leituras e revisões para auxiliar o profissional.

As UBS são as bases para o cuidado de todos, portanto há a necessidade que os profissionais de saúde atentem para a captação desses usuários que já apresentam fatores de risco para lesão renal (como hipertensos, diabéticos e etc). O instrumento vem como um auxílio na prática por se tratar de uma condição silenciosa e geralmente de diagnóstico tardio, pode-se então considerar a partir dos resultados obtidos que o material e seu conteúdo foram bem avaliados e atingiram as metas de validação propostas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientado por todo o suporte e pela oportunidade e a fundação araucária por sempre investir em pesquisa e conhecimento científico.

REFERÊNCIAS

1. ABESO. Mapa da obesidade - **Abeso**.2018. Disponível em: <<https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/#:~:text=Em%202025%2C%20a%20estimativa%20%C3%A9,19%2C8%25%20em%202018.>>. Acesso em: 10 Jul. 2021.
2. ALEXANDRE, N.; COLUCI, M. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
3. BASTOS, M. G.; BREGMAN, R; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2010, vol.56, n.2, pp.248-253.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. Sistema de Informação de Mortalidade 2010. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>> acesso em: 02/12/2020
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. Sistema de Informação de Mortalidade 2017. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>> acesso em: 02/12/2020
6. BRASIL **Portaria nº 2.528**, de 19 de out. de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. Diário Oficial da União, Brasília DF, 20 de out. 2006. Disponível:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html> acesso em: 01/05/2021
7. BRASIL. **DIRETRIZES CLÍNICAS PARA O CUIDADO AO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA – DRC NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. 2014. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/24/diretriz-cl-nica-drc-versao-final.pdf>. Acesso em: 08/06/2021
8. CARVALHO, JGR; ALMEIDA, RV. O papel do rim na hipertensão essencial- Correlações e abordagem terapêutica. **Revista brasileira Hipertensão** vol 8(3): 2001. Acesso em: 10/05/2021.

9. HENNIG H.S.; et al. ANÁLISE DE CONTEÚDO: EXEMPLO DE APLICAÇÃO DA TÉCNICA PARA ANÁLISE DE DADOS QUALITATIVOS. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 16, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>>. Acesso em: 10 Jul. 2021.
10. ROMÃO JUNIOR, João Egidio. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **Braz. J. Nephrol.**, v. 26, n. 3 suppl. 1, p. 1-3, Sep. 2004. https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v26n3s1a02.pdf acesso em: 08/03/2021
11. REGULASUS. Doença Renal Crônica. 2014. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/nefrologia_resumo_doenca_renal_cr%C3%B4nica_TSRS.pdf. Acesso em: 02/06/2021
12. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol** 2016; 107(3Supl.3):1-83. http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. acesso: 06/07/2021
13. PINTO, P. S.; et al. Insuficiência renal aguda nefrotóxica: prevalência, evolução clínica e desfecho. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 31, n. 3, p. 183–189, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbn/a/g8rsdzVXW8BRKKSZ7bKTHxzt/?lang=pt>>. Acesso em: 10/07/2021
14. POLIT D, BECK C. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: **Artmed**; 2011.
15. PRETTO, L.M. et al. PERFIL RENAL DE INDIVÍDUOS DIABÉTICOS TIPO 2 CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE IJUÍ/RS1. 2011. **Rev. Contexto & Saúde**, Ijuí • v. 10 • n. 20 • Jan./Jun. 2011 Disponível: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1557-Texto%20do%20artigo-6444-1-1020130626.pdf>>. acesso: 06/06/2021
16. SORATTO, J. et al. INSATISFAÇÃO NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3, 21 set. 2017. Acesso em: 10/09/2021

