

Potencialidades da atenção primária à saúde no cuidado à doença renal crônica¹

Elaine Amaral de Paula²
Mônica Barros Costa³
Fernando Antonio Basile Colugnati⁴
Rita Maria Rodrigues Bastos⁵
Chislene Pereira Vanelli⁶
Christiane Chaves Augusto Leite⁷
Márcio Santos Caminhas⁸
Rogério Baumgratz de Paula³

Objetivo: avaliar estrutura, processo e resultado do “Programa de Atenção a Doentes Renais Crônicos” em um município brasileiro. **Método:** estudo epidemiológico, transversal, realizado em 14 unidades de atenção primária e um centro de atenção secundária, no período de 2010-2013. Utilizou-se o referencial metodológico de Donabedian. Para avaliação de estrutura e processo, foram entrevistados 14 médicos, 13 supervisores e 11 agentes comunitários de saúde da atenção primária. Para avaliação de resultado, foram utilizados 1.534 prontuários de saúde na atenção primária e 282 na atenção secundária. **Resultados:** na maioria das unidades faltam consultórios para atendimento médico e de enfermagem, as equipes estavam incompletas e a maioria dos profissionais não participou de capacitação para atenção à doença renal crônica. Médicos das unidades primárias, classificadas como capacitadas, encaminharam usuários à atenção secundária em estágios mais precoces da doença renal crônica (estágio 3B) quando comparados aos médicos das unidades não capacitadas (58% vs 36%) ($p=0,049$). As unidades de atenção primária, classificadas como capacitadas, apresentaram melhores taxas de estabilização da filtração glomerular (51%) quando comparadas às unidades parcialmente capacitadas (36%) e não capacitadas (44%) ($p=0,046$). **Conclusão:** usuários atendidos nas unidades de atenção primária com pontuação mais elevada em critérios de estrutura e processo apresentaram melhores resultados clínicos.

Descritores: Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde); Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde); Assistência à Saúde; Doença Renal Crônica.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado “Avaliação da atenção à doença renal crônica no centro hiperdia Juiz de Fora”, apresentada à Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

² MSc, Enfermeira, Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

³ PhD, Professor Titular, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

⁴ PhD, Professor Adjunto, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

⁵ PhD, Médico, Secretaria Municipal de Saúde, Juiz de Fora, MG, Brasil.

⁶ Doutoranda, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

⁷ MSc, Médica.

⁸ Médico.

Como citar este artigo

Paula EA, Costa MB, Colugnati FAB, Bastos RMR, Vanelli CP, Leite CCA, et al. Strengths of primary healthcare regarding care provided for chronic kidney disease. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2801. [Access $\frac{\text{mês}}{\text{dia}}$ $\frac{\text{ano}}$]; Available in: $\frac{\text{URL}}$. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1234.2801>.

Introdução

O sistema de saúde brasileiro vivencia uma situação caracterizada por elevadas taxas de morbimortalidade por condições crônicas dentre as quais se destacam: o diabetes *mellitus* tipo 2, a hipertensão arterial sistêmica, a doença renal crônica (DRC) e as doenças cardiovasculares⁽¹⁾.

Concomitantemente, persiste no país a carga representada pelas doenças infecciosas e o forte crescimento das causas externas configurando uma complexa situação epidemiológica definida como "tripla carga de doenças"⁽²⁾.

As mudanças observadas no perfil epidemiológico da população ocorrem de forma diferenciada quando comparadas à organização dos sistemas de atenção, percebendo-se uma incoerência entre as necessidades da população e o modelo de saúde vigente⁽²⁾. Assim, o enfrentamento das condições crônicas voltou a ser um desafio para gestores, profissionais de todas as áreas e usuários do sistema de saúde.

Em especial, no caso da DRC, persistem problemas de considerável gravidade relacionados à baixa resolubilidade desta condição de saúde na atenção primária em saúde (APS)⁽³⁻⁴⁾. Estudos revelam que esta doença apresenta alta prevalência e acomete, sobretudo, indivíduos idosos, hipertensos e diabéticos, sendo, muitas vezes, subdiagnosticada, não tratada ou abordada tardiamente⁽⁵⁻⁶⁾.

Dados da população mundial estimam que a prevalência de DRC varia entre 8% e 16%⁽⁶⁾. Até o momento, não existem informações definitivas da epidemiologia da DRC no Brasil, contudo, dados oriundos de 24.248 indivíduos adultos em um laboratório de análises clínicas de Juiz de Fora, município de Minas Gerais, quando a DRC foi diagnosticada através da taxa de filtração glomerular estimada (TFG) a partir de duas dosagens de creatinina obtidas em um intervalo mínimo de três meses, evidenciaram que 2,3% dos avaliados apresentavam DRC, estágios 3B, 4 e 5. A extrapolação deste percentual para a população adulta brasileira permite estimar que aproximadamente três milhões de brasileiros apresentam tal doença em estágio avançado⁽⁷⁾. A elevada prevalência desse tipo de doença associada à complexidade de seu tratamento resulta, no Brasil, no consumo de cerca 10% do orçamento anual do Ministério da Saúde, além de gerar prejuízos sociais como perda de produtividade e de qualidade de vida⁽⁸⁾.

Frente à necessidade de elaborar novas propostas que orientem estratégias de prevenção e controle das condições crônicas, o Ministério da Saúde tem desenvolvido políticas de reorganização dos serviços

de saúde com enfoque nas Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS). Em Minas Gerais, essa proposta consolidou-se com a criação do Programa HIPERDIA Minas, caracterizado pela oferta de atenção compartilhada entre as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e os Centros Hiperdia⁽⁹⁾.

Nesse modelo, a atenção primária à saúde (APS) atua como porta de entrada e deve acompanhar todo o percurso do usuário da rede através de ferramentas específicas como: prontuário clínico, adoção de linhas guia, sistema de referência e contrarreferência, além de estratégias de comunicação efetiva entre equipes da atenção primária e especialistas.

Compreendendo a complexidade do cuidado aos usuários com DRC e o papel da atenção primária à saúde na coordenação das Redes Integradas de Serviços de Saúde, este estudo teve como objetivo avaliar estrutura, processo e resultado do Programa de Atenção a Doentes Renais Crônicos em um município brasileiro.

Método

Estudo epidemiológico transversal realizado em 14 unidades de atenção primária e em um centro de atenção secundária inscritos no Programa Hiperdia Minas em Juiz de Fora, município do Estado de Minas Gerais, no período compreendido entre 2010 a 2013.

Utilizou-se o referencial metodológico de Donabedian⁽¹⁰⁾ para construção dos indicadores de estrutura, processo e resultado.

As variáveis relacionadas à estrutura compreenderam a capacitação dos recursos humanos e a disponibilidade de recursos físicos e materiais nas unidades. As variáveis de processo referiram-se às ações de rastreamento dos fatores de risco para DRC, critérios diagnósticos dessa doença e de encaminhamento para o Programa Hiperdia Minas. A dimensão dos resultados foi avaliada com base em indicadores clínicos, tais como: média dos dois últimos valores da pressão arterial, glicemia de jejum e creatinina sérica, registrados nos prontuários dos usuários atendidos nos grupos de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* nas unidades de atenção primária avaliadas.

Para o estudo foram considerados os referenciais técnicos e normativos que instituíram o Programa Hiperdia Minas. De acordo com a Resolução da Secretaria Estadual de Saúde nº 2.606/2010, devem ser encaminhados ao ambulatório de doença renal crônica do Centro Hiperdia Minas de Juiz de Fora (CHDM/JF) usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* que: - apresentarem DRC estágio 3B, 4 ou 5; - perda

anual da filtração glomerular estimada ≥ 5 mL/min/ano (Taxa de Filtração Glomerular inicial – Taxa de Filtração Glomerular final/número de meses de observação $\times 12$); - proteinúria $>1,0$ g/dia ou proteinúria $<1,0$ g/dia acompanhada de hematúria; - aumento abrupto da creatinina sérica ($\geq 30\%$); diminuição de 25% da filtração glomerular estimada ao iniciar alguma medicação que bloqueie o eixo renina-angiotensina-aldosterona. Tais referenciais foram disponibilizados para as unidades de atenção primária à saúde desde a implantação do programa no município.

As unidades de atenção primária foram selecionadas a partir de critérios de regionalização e frequência de encaminhamento à atenção secundária. Assim, em cada uma das sete regiões administrativas da cidade (norte, sul, leste, oeste, nordeste, sudeste e centro) foram selecionadas duas unidades, sendo uma com maior e a outra com menor número de encaminhamentos ao Centro Hiperdia Minas de Juiz de Fora. A seleção dos profissionais entrevistados ocorreu de forma aleatória. As unidades de atenção primária selecionadas para o presente estudo corresponderam a 23% do total de unidades do município, atingindo uma cobertura populacional de aproximadamente 63 mil usuários.

O instrumento utilizado⁽¹¹⁾ foi originalmente destinado à avaliação normativa da atenção ao diabetes *mellitus*. Para o presente estudo este instrumento foi adaptado de forma a permitir a avaliação da atenção à DRC, sendo selecionados indicadores e ações com base na "Linha Guia de Atenção à Doença Renal Crônica"⁽¹²⁾.

Para análise da capacidade das unidades de atenção primária foram atribuídos pontos a cada critério do questionário e estes foram somados dentro dos subcomponentes de estrutura ou processo. Desse modo, foram constituídos dois blocos com o somatório dos subcomponentes de estrutura e processo para cada entrevista realizada. Em sua dimensão unitária, estrutura recebeu peso 4 e processo recebeu peso 6. Para o cálculo do escore que avalia a capacidade da unidade de atenção primária foram somadas as pontuações dos subcomponentes estrutura e processo dos três atores entrevistados de modo a constituir uma pontuação geral da unidade. Esta pontuação foi dividida em tercios de classificação e, com base no total dos pontos, cada unidade de atenção primária foi classificada como "capacitada", "parcialmente capacitada" ou "não capacitada", considerando-se a capacidade das unidades de atenção primária nas ações de prevenção e controle da DRC.

Para avaliação dos resultados foram selecionados 1.534 prontuários de saúde na atenção primária correspondentes a microárea do médico entrevistado e que continham informações clínicas de usuários atendidos nos grupos de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* a partir de 2010. Ainda, foram selecionados 282 prontuários de usuários com DRC encaminhados a partir das UAPS selecionadas para o estudo, ao Centro Hiperdia, no período de implantação do Programa que correspondeu ao período de setembro de 2010 a agosto de 2013.

De acordo com a evolução da taxa de filtração glomerular, ao longo do período de acompanhamento, os pacientes foram classificados em: - não progressores (não houve redução da taxa de filtração glomerular); - progressores lentos (apresentou redução de até 5 mL/min/ano da taxa de filtração glomerular); - progressores acelerados (apresentou redução ≥ 5 mL/min/ano da taxa de filtração glomerular). Considerou-se a pressão arterial como controlada quando os valores da pressão arterial sistólica média foi ≤ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica média foi ≤ 90 mmHg, no caso de indivíduos hipertensos ou pressão arterial sistólica média ≤ 130 mmHg e/ou pressão arterial diastólica média ≤ 80 mmHg, nos usuários com diabetes⁽¹³⁾.

As variáveis selecionadas foram pré-codificadas e armazenadas ao programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 15.0. Os dados foram interpretados por meio de análises descritivas como médias e prevalências. A relação entre as variáveis foi avaliada com o teste "Qui-quadrado". Para todas as estatísticas foram adotados, nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário de Juiz de Fora sob parecer nº 133.399. Os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido ao aceitarem participar da pesquisa.

Resultados

Dentre as 14 UAPS selecionadas, 11 atuavam em modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF), duas eram unidades de saúde tradicionais (UST) e uma funcionava no modelo misto de atenção (Estratégia Saúde da Família e Unidade de Saúde Tradicional). Participaram das entrevistas 14 médicos, 13 supervisores e 11 agentes comunitários de saúde (ACS).

A média de tempo de atuação profissional na unidade de atenção primária foi de 6,0±6,12 anos, 8,3±6,31 anos e 8,6±3,55 anos, para médicos, supervisores e agentes comunitários, respectivamente. Observou-se que 57% dos médicos, 39% dos supervisores e 23% dos agentes comunitários de saúde trabalhavam há menos de cinco anos, na unidade.

Com relação à estrutura física verificou-se que nove (61%) das unidades avaliadas não possuem consultório em número suficiente para atendimento simultâneo de médico e enfermeiro e dez (69%) das unidades não possuem medicamentos básicos em quantidade suficiente para demanda.

Das 14 unidades de atenção primária avaliadas apenas quatro (31%) apresentavam equipe completa. Em relação a capacitação das equipes avaliadas, verificou-se que oito médicos (54%) e 11 enfermeiros (77%) tinham especialização em Saúde da Família e sete (67%) agentes comunitários de saúde fizeram o curso introdutório em Saúde da Família. Além disso, apenas oito (54%) médicos, seis (46%) enfermeiros e um agente comunitário haviam recebido capacitação específica para o acompanhamento da DRC.

Dentre as 14 unidades de atenção primária avaliadas verificou-se que nenhuma possuía linhas guia direcionadas à DRC. A entrevista com os médicos revelou que seis (43%) não conheciam os critérios de encaminhamentos para o Centro Hiperdia Minas e nove (64%) utilizavam a dosagem de creatinina sérica como principal critério de encaminhamento à atenção secundária. Além disso, apenas cinco (36%) dos entrevistados relataram incluir a excreção urinária de proteína como critério de avaliação. Estes percentuais mostraram-se ainda mais reduzidos quando se considerou como critério de encaminhamento, a taxa de filtração glomerular e o rastreamento de microalbuminúria (que permite definir a gravidade da doença renal). Assim, menos de um terço dos médicos relataram utilizar a taxa de filtração glomerular e apenas um citou a microalbuminúria como critério de avaliação.

Dois dos entrevistados relataram utilizar o valor da taxa de filtração glomerular fornecido pelo laboratório de análises clínicas.

Em relação à coordenação do fluxo de usuários na rede, a entrevista com os profissionais das unidades de atenção primária revelou ausência de comissão de regulação de encaminhamento para o especialista no município.

Assim, considerando os aspectos de estrutura e processo das unidades de atenção primária, a

classificação da capacidade para ações de prevenção dos fatores de risco, detecção precoce e controle da DRC na atenção primária, o estudo revelou que cinco (36%) unidades estudadas foram classificadas como capacitadas, cinco (36%) como parcialmente capacitadas e quatro (28%) como não capacitadas.

Ao analisar os 1.534 prontuários dos usuários acompanhados nos grupos de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* nas unidades de atenção primária, foram observadas falhas no registro de exames laboratoriais básicos sendo que, em quatro anos de seguimento, não existia registro de glicemia de jejum em 18% (276) dos prontuários, em 163 (44%) prontuários dos diabéticos não havia registro de hemoglobina glicada, em relação ao rastreamento da DRC nesta população, verificou-se ausência de registro de creatinina sérica em 398 (26%) prontuários analisados e em 261 (17%) dos mesmos havia apenas um registro.

Considerando a taxa de filtração glomerular, a DRC foi diagnosticada em 250 (16%) indivíduos. A Tabela 1 apresenta a descrição das características sociodemográficas e clínicas da amostra.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos usuários renais crônicos atendidos nas unidades de atenção primária a saúde do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2010 a 2013

Variáveis	Total (N=250)
Média de idade, anos (desvio padrão)	67 (10,9)
Homens, n(%)	204 (82)
Comorbidades	
Hipertensão arterial, n(%)	175 (70)
Diabetes <i>mellitus</i> , n(%)	75 (30)
Estadiamento da doença renal crônica	
Estágio 3 A	143 (57)
Estágio 3B	88 (35)
Estágio 4	15 (6)
Estágio 5	4 (2)

A análise dos indicadores clínicos mostrou que 61% dos usuários, acompanhados nas unidades de atenção primária capacitadas, apresentaram pressão arterial média controlada, considerando-se apenas 39% dos usuários das UAPS classificadas como parcialmente capacitadas e não capacitadas estavam com a pressão arterial média controlada ($p=0,92$).

Em relação a evolução da taxa de filtração glomerular, observou-se que 51% dos usuários acompanhados nas

unidades de atenção primária capacitadas apresentaram estabilização da taxa de filtração, enquanto que 56% dos usuários acompanhados nas unidades de atenção primária

não capacitadas tiveram declínio lento ou acelerado da taxa de filtração glomerular ($p=0,046$) (Figura 1).

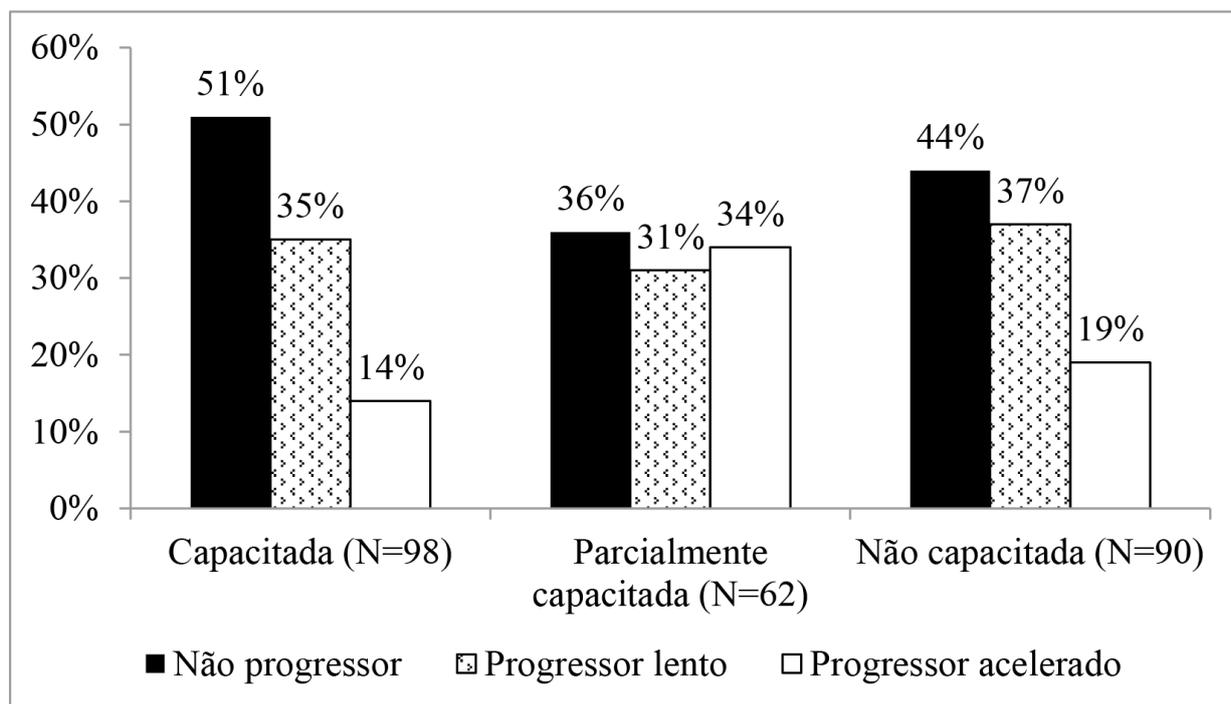


Figura 1 - Evolução da taxa de filtração glomerular dos usuários acompanhados na atenção primária por categoria da unidade de atenção primária. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2010 a 2013 (N=250)

A análise das condições de encaminhamento dos usuários ao ambulatório de DRC do Centro Hiperdia Minas de Juiz de Fora revelou que as unidades de atenção primária à saúde "não capacitadas" apresentaram menor

frequência de encaminhamento quando comparadas àquelas "capacitadas" e "parcialmente capacitadas" ($p<0.001$) (Figura 2).

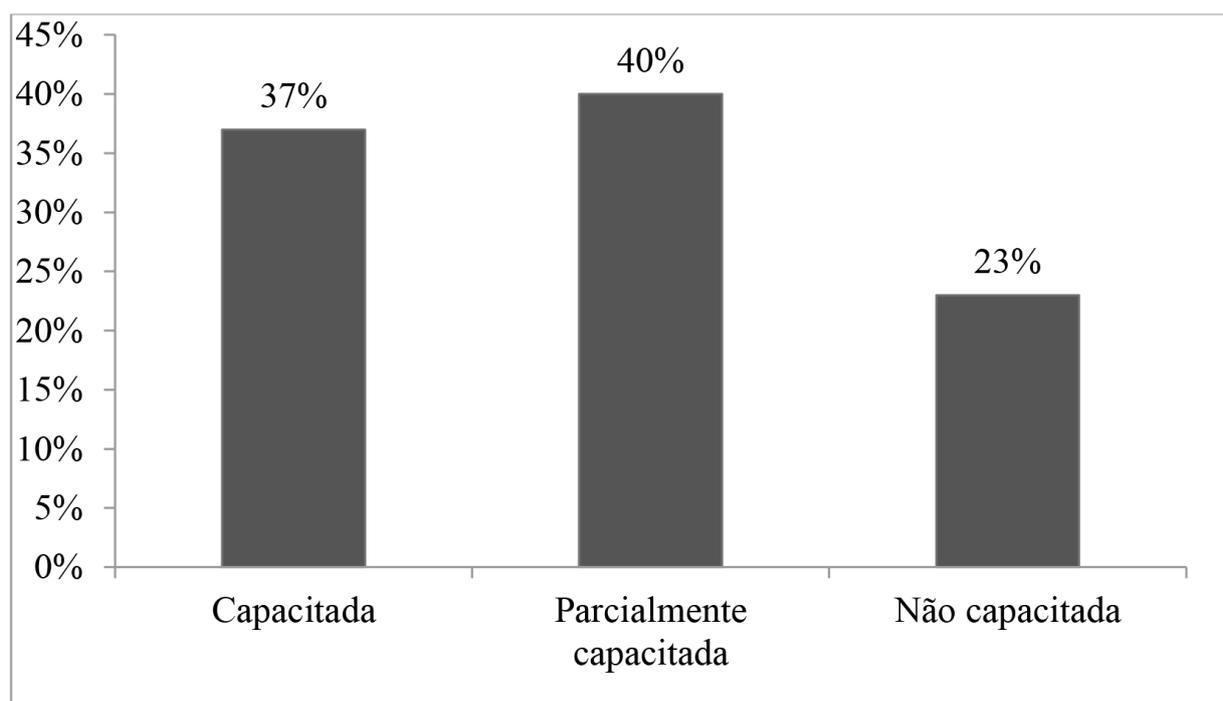


Figura 2 - Frequência de encaminhamentos para o Centro Hiperdia Minas de Juiz de Fora por categoria da unidade de atenção primária. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2010 a 2013 (N=282)

As unidades de atenção primária classificadas como capacitadas apresentaram maior conhecimento dos critérios de encaminhamento para a atenção secundária (80%), quando comparadas às classificadas como parcialmente capacitadas (40%) e às não capacitadas (50%).

Ao avaliar os estágios da DRC por ocasião do encaminhamento, observou-se que 61 (22%) usuários apresentavam DRC estágio 3A, 99 (35%) usuários estágio 3B, 101 usuários (36%) estágio 4 e 21 usuários

(7%), estágio 5. Considerando o estágio 3B como critério para encaminhamento à atenção secundária em saúde, a análise do estágio de encaminhamento, por categoria da unidade de atenção primária, revelou que 58% dos usuários oriundos das unidades classificadas como capacitadas estavam no estágio 3B desta doença. Em contraposição, as unidades classificadas como não capacitadas encaminharam a maioria dos usuários (65%) nos estágios 4 e 5 da DRC ($p=0,049$) (Figura 3).

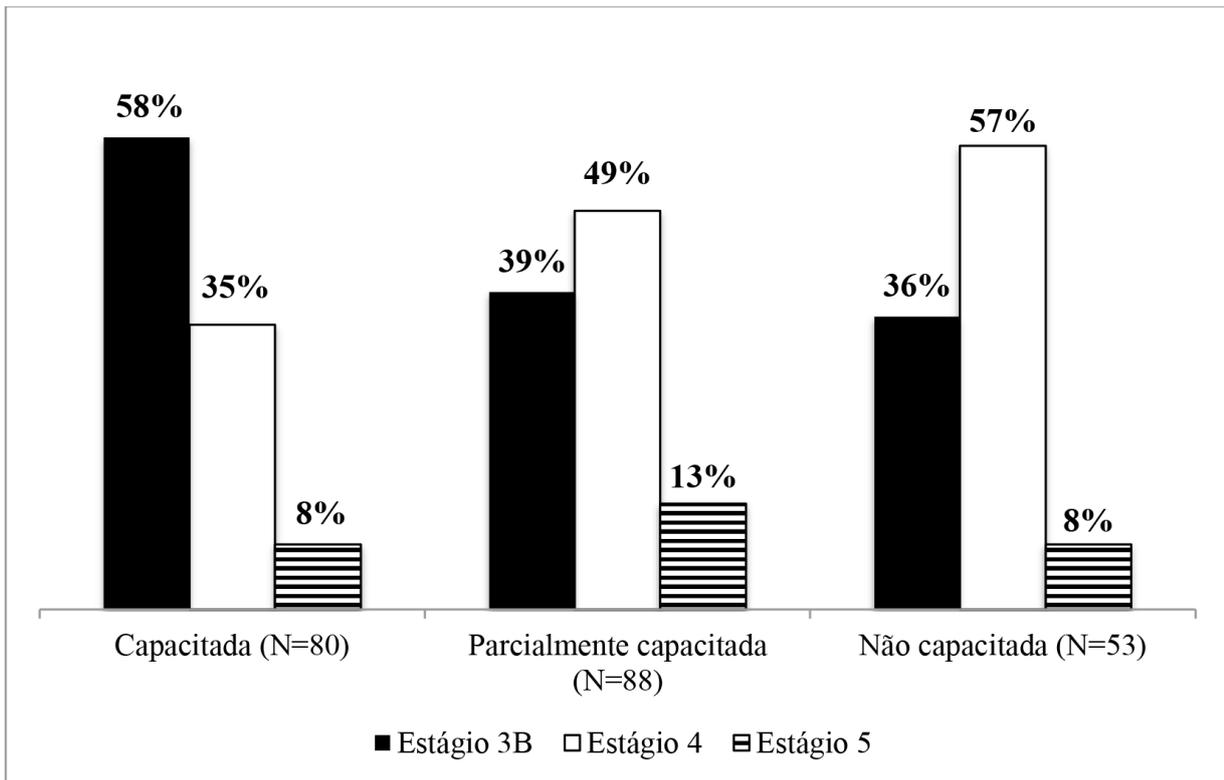


Figura 3 - Estágio da doença renal crônica em usuários encaminhados ao Centro Hiperdia Minas de Juiz de Fora por categoria da UAPS. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2010 a 2013 (N = 221)

Discussão

Os resultados do presente estudo apontaram fragilidades e potencialidades na rede de atenção ao doente renal crônico na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais. Se por um lado a avaliação da capacidade das unidades de atenção primária para o cuidado à DRC apontou para a falta de recursos e de sistematização das ações de prevenção e controle da doença renal, por outro, observaram-se potencialidades como melhores resultados no cuidado aos usuários com condições crônicas nas unidades de atenção primária que possuíam elementos de estrutura e processo mais definidos.

As deficiências na estrutura física e de recursos materiais nas unidades foram caracterizadas,

principalmente, pela falta de consultórios para atendimento concomitante de médico e de enfermeiro e quantidade insuficiente de medicamentos para dispensação o que ocorreu na maioria das unidades avaliadas.

Em paralelo, observou-se que a maior parte dos profissionais não recebeu capacitação específica para o atendimento de usuários com DRC. Nesse sentido, o entrave mais citado pelos gestores da atenção primária refere-se ao baixo percentual de profissionais com perfil e capacidade técnica adequados ao processo de expansão das equipes. Outros fatores como a falta de reconhecimento social, dificuldades em participar de educação permanente, condições precárias de trabalho e dificuldades no gerenciamento das equipes

contribuem para baixa fixação dos profissionais e, conseqüentemente, para a fragmentação da rede⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Além das deficiências estruturais e de recursos humanos, também foram observadas fragilidades relacionadas ao processo. Dessa forma, a ausência de linhas guia em DRC e a falta de conhecimento dos critérios de encaminhamento para atenção secundária nas unidades avaliadas, possivelmente resultaram em retardo no diagnóstico e no encaminhamento. Conforme evidenciado nas entrevistas com os médicos da atenção primária, a creatinina sérica foi o principal parâmetro utilizado para a avaliação da função renal em detrimento da taxa de filtração glomerular. Além disso, a maioria dos médicos entrevistados não citou a microalbuminúria como critério a ser considerado para o encaminhamento dos usuários à atenção especializada. De modo semelhante, a análise dos prontuários de usuários hipertensos e diabéticos, atendidos na atenção primária, revelou que em apenas 57% existia registro de duas medidas de creatinina durante o período do estudo e, ainda mais grave, 43% apresentavam apenas um registro de creatinina ou até mesmo não havia referência a este dado.

Esses resultados tornam-se ainda mais preocupantes se considerarmos que as diretrizes nacionais e internacionais recomendam dosagem anual da creatinina em hipertensos e diabéticos e a utilização da taxa de filtração glomerular para rastreio da DRC^(12-13,16).

Essa prática, reflexo do desconhecimento das diretrizes para o tratamento da DRC, não se limita ao estado de Minas Gerais. Outros autores apontam graves deficiências no manejo da doença renal no âmbito da atenção primária. É o caso de um estudo realizado no sul do país que mostrou que apenas 8% dos diabéticos e 5% dos hipertensos tiveram a taxa de filtração glomerular avaliada por médicos da atenção primária⁽¹⁷⁾. No estado de São Paulo, o registro de microalbuminúria foi encontrado em apenas 1,4% dos prontuários⁽¹⁸⁾.

Outro estudo conduzido nos Estados Unidos mostrou que 64% dos médicos da atenção primária relataram não ter conhecimento dos critérios de referência para a atenção especializada e que 16% não souberam estimar a taxa de filtração glomerular. Nesse mesmo estudo, 53% dos nefrologistas entrevistados consideraram que médicos da atenção primária encaminharam tardiamente seus usuários para avaliação⁽³⁾.

O encaminhamento tardio de usuários com DRC implica no aumento do risco de mortalidade, em pior estado metabólico na diálise, de complicações relacionadas ao uso de acesso vascular temporário, em maior tempo de internação hospitalar, na redução do acesso ao transplante renal preemptivo e,

conseqüentemente, aumento dos custos em serviços de saúde^(5,19).

Em estudo retrospectivo conduzido em um centro de diálise, observou-se que 22% dos pacientes foram encaminhados no estágio 5 da DRC (TFG < 15mL/min/1.73 m²) o que resultou em menor percentual de pacientes com acesso vascular permanente para início da diálise⁽²⁰⁾. Esta prática também foi constatada na Inglaterra onde cerca de um quarto dos pacientes foram encaminhados para o especialista apenas um mês antes da necessidade de início da terapia renal substitutiva. Nesta população, o encaminhamento tardio associou-se a menor prevalência de intervenções preventivas, pior estado clínico no início da terapia renal substitutiva, maior tempo de internação e menor sobrevida⁽²¹⁾.

Paralelamente, o encaminhamento precoce dos usuários com DRC ao nível de atenção secundária, associa-se a um melhor prognóstico. Em pesquisa recente, na qual foram avaliados 3.273 renais crônicos nos estágios 3 a 5, observou-se maior risco de morte anterior ao início da diálise entre os usuários encaminhados ao nefrologista nos estágios mais avançados da doença⁽²²⁾. Além do encaminhamento precoce ao especialista, o tratamento multidisciplinar da doença renal pode apresentar resultados ainda mais satisfatórios. Estudo recente evidenciou que o declínio anual médio na taxa de filtração glomerular foi duas vezes superior entre os usuários acompanhados apenas por nefrologista quando comparado ao tratamento conduzido por equipe multidisciplinar⁽²³⁾. Resultados semelhantes foram obtidos no Centro Hiperdia Minas de Juiz de Fora entre 934 usuários atendidos em um período de dois anos. Nessa amostra, observou-se que a velocidade de perda da taxa de filtração glomerular anual foi reduzida ou estabilizada em 2/3 dos usuários sugerindo a eficácia da equipe multidisciplinar no acompanhamento da DRC⁽²⁴⁾.

Os desfechos favoráveis relacionados à evolução da função renal dos usuários acompanhados nas unidades de atenção primária classificadas como capacitadas, aliados ao maior conhecimento dos critérios de encaminhamento precoce à atenção secundária em saúde apontam para a necessidade de melhorar a estrutura e sistematizar os processos de trabalho naquelas unidades classificadas como não capacitadas ou como parcialmente capacitadas, com o objetivo de articular as ações direcionadas aos usuários com DRC entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

O cenário direcionado a um único município pode ser apontado como uma limitação do presente estudo, entretanto, tais achados fornecem subsídios para a conscientização de gestores sobre o investimento em capacitação dos profissionais e em ferramentas

de gestão da clínica aliado ao cuidado compartilhado entre a atenção primária e a equipe multidisciplinar da atenção secundária em saúde, fatores estes que podem impactar positivamente nos resultados da atenção aos usuários com DRC⁽²⁵⁾.

Acredita-se que a atenção ao usuário com DRC na maioria dos municípios brasileiros possa ser ainda mais precária, considerando a inexistência de um programa estruturado de atenção compartilhada para esta condição de saúde.

Conclusão

No presente estudo observou-se que as unidades de atenção primária à saúde com pontuação mais elevada em relação à estrutura e processo apresentaram melhores resultados clínicos na atenção à DRC, caracterizados por encaminhamentos mais precoces à atenção secundária em saúde e menor declínio da taxa de filtração glomerular.

Estes achados sugerem a melhor eficácia da rede de atenção aos usuários com DRC quando a atenção primária à saúde desenvolve processos adequados de gestão clínica, caracterizados por ações de prevenção, controle e tratamento da doença renal crônica.

Agradecimentos

À Fundação Instituto Mineiro de Estudo Pesquisa em Nefrologia (IMEPEN) e da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais pelo acolhimento e valorização à pesquisa.

Referências

1. Alwan A, Maclean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*. 2010;376(9755):1861-8. doi:10.1016/S0140-6736(10)61853-3
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Coletiva*. 2010;15(5):2297-305. doi: 10.1590/S1413-81232010000500005.
3. Allen AS, Forman PF, Oray EJ, Bates DW, Denker BM, Sequist TD. Primary Care Management of Chronic Kidney Disease. *J Gen Intern Med*. 2011;26(4):386-92. doi: 10.1007/s11606.010.1523.6.
4. Tam TH, Hemmelgarn BR, DJ Campbell, Thomas CM, Frutel K, Quinn RR, et al. Primary care physicians' perceived barriers, facilitators and strategies to Enhance conservative care for older adults with chronic kidney disease: qualitative descriptive study. *Nephrol Dial Transplant*. 2015;17(1):408. doi: 10.1093/ndt/gfv408

5. Baer G, Lameire N, Van BW. Late referral of patients with end-stage renal disease: an in-depth review and suggestions for further actions. *NDT Plus*. 2010;3:17-27. doi: doi: 10.1093/ndtplus/sfp050
6. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki k, Li k, Naicker S, Plather B, et al. Chronic Kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*. 2013;382(9888):260-72. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60687-X.
7. Bastos RMR, Bastos MG, Ribeiro LC, Bastos RV, Teixeira MTB. Prevalência da doença renal crônica nos estágios 3, 4 e 5. *Assoc Med Bras*. 2009; 55(1):40-4. doi: http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20140043
8. Sancho LG, Dain S. Análise de custo efetividade em relação às terapias renais substitutivas: como pensar estudos em relação a essas intervenções no Brasil? *Cad Saúde Pública*. 2008;24(6):1279-90. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600009
9. Secretaria do Estado De Minas Gerais (SES). Institui o Programa Hiperdia Minas e dá outras providências. Resolução No 2606, de 7 de dezembro de 2010. 2010 [Acesso 9 dez 2014]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/resolucoes.
10. Donabedian A. Striving for Quality in Health Care. An Inquiry into Policy and Practice. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1991. ISBN: ISBN-10: 0910701695
11. Pereira PMH. Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família [Internet]. Recife. Dissertação [Saúde Pública]. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz; 2007. [Acesso 6 nov 2014]. Disponível em: http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007pereira.pmh.pdf.
12. Secretaria do Estado de Minas Gerais. Atenção à saúde do adulto: Conteúdo técnico da Linha. Guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. 3ª edição. Belo Horizonte; 2013. [Acesso 16 dez 2014]. Disponível em: www.fhemig.mg.gov.br
13. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBH). Avaliação Clínica e Laboratorial e Estratificação de Risco. *J Bras Nefrol*. 2010;32(Suppl I)(1):14-8. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001
14. André AM, Ciampone TMH, Santelle O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):158-63. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100020
15. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(1):123-30. doi:10.1590/S0104-11692011000100017.

16. Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl.* 2013;3:1-150. Available at: <http://www.kidney-international.org/>
17. Pena RFA, Silva-Junior AG, Oliveira PTR, Moreira GAR, Libário AB. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. *Cien Saude Colet.* 2012;17(11):3135-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100029>
18. Silva ASB, Santos MA, Teixeira CRS, Damasceno MMC, Camilo J, Zanetti ML. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. *Texto contexto enferm.* 2011;20(3):512-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300012>
19. Brenda WG, Hal M, Elizabeth H, Anca T, Natalie S, Tempie S, et al. Nephrology care prior to end-stage renal disease and outcomes among new ESRD patients in the USA. *Clin Kidney J.* 2015;8(6):772-780. doi: 10.1093/ckj/sfv103
20. Navaneethan SD, Nigwekar S, Sengodan M, Anand E, Kadam S, Jeevanantham V, et al. Referral to nephrologists for chronic kidney disease care: Is non-diabetic kidney disease ignored? *Nephron Clin Pract.* 2007;106(1):113-8. doi: 10.1159/000102998
21. Roderick P, Jones C, Drey N, Blakeley S, Webster P, Goddard J, et al. Late referral for end-stage renal disease: a region-wide survey in the south west of England. *Nephrol Dial Transplant.* 2002;17(7):1252-9. doi: 10.1093/ndt/17.7.1252
22. Sud M, Tangri N, Levin A, Pintilie M, Levey AS, Naimark DM. CKD Stage at nephrology referral and factors influencing the risk of ESRD and death. *Am J Kidney Dis.* 2014;63(6):928-36. doi: 10.1053/j.ajkd.2013.12.008.
23. Bayliss EA, Bhardwaja B, Ross C, Beck A, Lanese DM. Multidisciplinary Team Care May Slow the Rate of Decline in Renal Function. *Clin JAmSocNephrol.* 2011;6:704-10. doi: 10.2215/CJN.06610810.
24. Paula EA, Vanelli CP, Caminhas MS, Soares BC, Bassoli FA, Costa DMN, et al. Renal function trajectory in chronic kidney disease patients: results of a real-life study. *Nephrol Dial Transplant.* 2014; 29 (SupplIII):102. doi:10.1093/ndt/gfu145.
25. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. Secondary Health Care: best practices in the health services network. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21:131-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>

Recebido: 10.9.2015

Aceito: 12.4.2016

Correspondência:

Elaine Amaral de Paula
Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Medicina
Rua Carangola, nº 630
Bairro: Democrata
CEP: 36035-220, Juiz de Fora, MG, Brasil
E-mail: elaineamp@hotmail.com

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.