

## **Abordagem em cada estágio da doença renal crônica e os níveis de atenção à saúde**

### **Approach in each stage of chronic kidney disease and the levels of health care**

### **Enfoque en cada etapa de la enfermedad renal crónica y los niveles de atención en salud**

Layane Cristina Araújo<sup>1</sup>  
Eduardo Nogueira Cortez<sup>2</sup>  
Alba Otoni<sup>3</sup>

**Resumo:** A Doença Renal Crônica abrange as alterações das funções renais por mais de três meses, sendo um problema de saúde pública e necessitando de intervenções preventivas. Objetivo: identificar se pacientes com Doença Renal Crônica tiveram ou não abordagem sobre saúde renal conforme o estágio da doença e nível de atenção à saúde. Metodologia: estudo observacional realizado na Nefrologia de um hospital em Minas Gerais. Resultados: Participaram 188 pacientes que estavam em hemodiálise entre 2018 e 2022. 64,9% tiveram abordagem sobre saúde renal. Conclusão: os serviços de saúde são importantes na prevenção da doença, proporcionando autonomia e corresponsabilização.

**Palavras-chave:** Doença Renal Crônica. Acessibilidade aos Serviços de Saúde. Níveis de cuidados de saúde.

**Abstract:** Chronic Kidney Disease covers changes in kidney functions for more than three months, which is a public health problem and requires preventive measures. Objective: to identify whether or not patients with Chronic Kidney Disease were approached about kidney health according to the stage of the disease and level of health care. Methodology: observational study carried out in Nephrology at a hospital in Minas Gerais. Results: The participants were 188 patients who were on hemodialysis between 2018 and 2022. 64.9% were approached about kidney health. Conclusion: health services are important in disease prevention, providing autonomy and co-responsibility.

**Keywords:** Chronic Kidney Disease. Health Services Accessibility. Health Care Levels.

---

<sup>1</sup>Discente de Enfermagem. Universidade Federal de São João del Rei – Campus Centro Oeste Dona Lindu. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1105-3234>. E-mail: layane.div@outlook.com

<sup>2</sup>Doutorado. Universidade Federal de São João del Rei – Campus Centro Oeste Dona Lindu. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4974-1451>. E-mail: eduardonogueiracortez@gmail.com

<sup>3</sup>Pós-Doutorado. Universidade Federal de São João del Rei – Campus Centro Oeste Dona Lindu. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8126-3026>. E-mail: albaotoni@ufsj.edu.br.

**Resumen:** La Enfermedad Renal Crónica abarca alteraciones en las funciones renales durante más de tres meses, siendo un problema de salud pública y requiriendo medidas preventivas. **Objetivo:** identificar si los pacientes con Enfermedad Renal Crónica fueron abordados o no sobre la salud renal según el estadio de la enfermedad y el nivel de atención en salud. **Metodología:** estudio observacional realizado en el servicio de Nefrología de un hospital de Minas Gerais. **Resultados:** Participaron 188 pacientes que estuvieron en hemodiálisis entre 2018 y 2022. El 64,9% fueron abordados sobre salud renal. **Conclusión:** los servicios de salud son importantes en la prevención de enfermedades, brindando autonomía y corresponsabilidad.

**Palabras-clave:** Enfermedad Renal Crónica. Accesibilidad a los Servicios de Salud. Niveles de Atención de Salud.

Submetido 06/07/2023

Aceito 07/12/2023

Publicado 03/01/2024

## Introdução

A Doença Renal Crônica (DRC) pode ser definida como alterações que afetam a estrutura e as funções renais mantidas por mais de três meses e que comprometem o quadro de saúde do indivíduo. É uma doença de curso prolongado, insidiosa, que na maioria das vezes é diagnosticada tardiamente, quando pouco se pode fazer para a preservação da função renal (Brasil, 2020).

As estatísticas epidemiológicas demonstram uma tendência de aumento exponencial das taxas de incidência e prevalência de DRC, certamente associada ao aumento da expectativa de vida, concomitante ao aumento das taxas de condições crônicas tornando, portanto, a prevenção ao agravo renal uma prioridade na saúde pública (Jager et al., 2019; Saran et al., 2020). O registro do número crescente de diagnósticos diabetes *mellitus* e pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS), principais doenças de base que levam a DRC, potencializa o quantitativo de diagnóstico de comprometimento renal traduzindo em cerca de 843,6 milhões de indivíduos com comprometimento da saúde renal em todo o mundo no ano de 2017 (Silva et al., 2020, Saran et al., 2020).

Embora haja o consenso de que a doença renal é um problema de saúde pública a ser trabalhado de forma precoce, os estudos publicados referentes a ações preventivas para preservação da saúde renal ainda demonstram resultados incipientes, principalmente em grupos de risco e particularmente em países de baixa renda (Saran et al., 2020, GBD et al., 2013).

No Brasil, no que se sabe, não existem dados sobre incidência e prevalência de DRC nos diversos estágios, gerados a partir de relatórios e registros governamentais. Por outro lado, há o censo brasileiro de nefrologia, em que é possível identificar uma estimativa de pessoas com DRC em fase de diálise (Sociedade brasileira de nefrologia, 2022). Em relevante pesquisa nacional, foi estimado que a cada cinco pessoas brasileiras com proteinúria positiva, quatro não tinham conhecimento sobre a alteração da função renal (Lima et al., 2012).

Em um artigo publicado em 2020, cuja fonte de dados foi o inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013, os autores identificaram que entre os mais de 60.000 entrevistados, 1,42% autorreferiram DRC e esta foi mais prevalente em pessoas com idade mais avançada, baixa escolaridade, que possuíam plano de saúde, eram tabagistas, tinham diagnóstico de HAS e hipercolesterolemia e, ainda, que fizeram avaliação regular ou ruim do estado de saúde (Aguiar et al., 2015).

A Portaria GM/MS nº 483/14 recomenda que o diagnóstico, tratamento e acompanhamento da pessoa com DRC sejam feitos de forma precoce e que devem ser realizados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo a atenção primária à saúde (APS) a porta de entrada dessas pessoas, na qual deveriam ser buscadas aquelas em risco de desenvolver a DRC para realização do diagnóstico o mais precoce possível (Brasil, 2014).

Fato é que, embora no Brasil estejam definidos todos os protocolos, bem como as formas de diagnóstico, encaminhamento e as abordagens adequadas de acompanhamento para permitir o acesso da pessoa com DRC aos serviços de saúde, essas pessoas não são efetivamente captadas precocemente pela RAS e somente comparecem aos serviços de saúde quando já estão na fase terminal da doença renal e precisam ser encaminhadas com urgência para a terapia renal substitutiva (TRS) (Silva et al., 2020).

Essa realidade de precariedade na abordagem precoce da lesão renal reforça a necessidade iminente de estudos que possibilitem diagnosticar as condições de acompanhamento em todos os níveis de atenção para que seja viabilizada a captação ativa das pessoas em risco, a realização do diagnóstico e a implementação de medidas renoprotetoras.

Assim sendo, compreendendo o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) no processo da promoção, proteção e recuperação da saúde, em especial, na APS e a busca pelo conhecimento do cenário de acompanhamento da saúde renal, o objetivo deste estudo foi identificar se as pessoas com DRC tiveram ou não abordagem sobre saúde renal conforme o estágio da DRC e nível de atenção à saúde.

## Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, analítico e retrospectivo conduzido a partir das recomendações do *Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology Statement (STROBE)*, utilizado para relatar estudos observacionais de forma mais adequada, sem fazer com que tais recomendações sejam percebidas como prescrições para elaborar a condução do estudo (Elm et al., 2007).

O estudo quantitativo pretende e permite a determinação de indicadores e tendências presentes na realidade, ou seja, dados representativos e objetivos. Nessa abordagem, o interesse é no coletivo e naquilo que pode ser predominante como característica do grupo (Mussi et al., 2019).

Para a realização do estudo, foram incluídas nele todas as pessoas adultas ou idosas, de ambos os sexos, com DRC em fase hemodialítica pelo SUS nos últimos cinco anos (2018-2022) no centro de TRS em Divinópolis, que abrange os seguintes municípios da microrregião: Araújos, Carmo do Cajuru, Cláudio, Itapeçerica, Perdígão, São Gonçalo do Pará, São Sebastião do Oeste, com estado cognitivo preservado. Por se tratar de um estudo censitário em que há o levantamento que obtém informações de todas as pessoas de um grupo, não houve cálculo amostral.

O período considerado em TRS foi definido para que seja possível identificar todo o percurso do paciente, sem que haja possíveis vieses de memória que possam afetar os achados do estudo. O estado cognitivo preservado foi avaliado pelo exame mini mental (Folstein et al., 1975).

Este exame de avaliação cognitiva divide-se em duas etapas. A primeira procura avaliar a orientação, memória e atenção. Soma, no total, 21 pontos. A segunda analisa habilidades específicas como nomeação e compreensão, em que quanto maior a pontuação de uma pessoa, melhor seu desempenho cognitivo. A partir do critério de pesquisa, foram excluídas aquelas pessoas que fizeram acompanhamento na rede suplementar, bem como pacientes que estavam internados, em isolamento por COVID-19, transferidos ou que vieram a óbito durante o período de coleta de dados.

Os dados foram coletados no centro de TRS em Divinópolis, por meio de uma entrevista semiestruturada guiada por um instrumento adaptado de pesquisa realizada em 2019 (Aquino et al., 2019) baseado na Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica (Brasil, 2014; 2018).

Os dados coletados abrangeram: informações socioeconômicas, história clínica, tempo de diagnóstico de DRC, comorbidades, consultas aos pontos de atenção da RAS, frequência de consultas com nefrologista e equipe multidisciplinar no último ano (clínico geral, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista e farmacêutico), orientações de saúde recebidas após diagnóstico de DRC, medicamentos em uso, hábitos de vida, como tabagismo, etilismo e sedentarismo, bem como exames laboratoriais realizados.

Além disso, uma segunda fonte de coleta de dados foi utilizada, sendo a consulta em prontuários para complementar as informações. O acesso aos prontuários aconteceu no próprio

setor de nefrologia, em que foram seguidas as normas e exigências preconizadas na instituição para acesso aos prontuários.

Para construção da variável desfecho “Teve ou não abordagem sobre saúde renal conforme o estágio da DRC e nível de atenção à saúde”, foram utilizados três constructos: 1) vínculo com a Atenção Básica (AB); 2) acesso à atenção especializada e 3) cuidado especializado para doença renal. Esses constructos geraram os critérios avaliativos que viabilizaram a classificação da abordagem preventiva como presente ou ausente, conforme explicado a seguir.

Com base nas diretrizes para o cuidado da pessoa com DRC (Brasil, 2014), as informações utilizadas para auxiliar a elaboração dos constructos foram a indicação da frequência dos cuidados de acordo com o estágio de DRC e o nível de atenção na RAS. De acordo com esses critérios, foi avaliado se os pacientes tiveram ou não abordagem preventiva das lesões renais nos serviços de saúde conforme recomendado pelo MS (Brasil, 2014). Foi adotado também o mínimo necessário de pelo menos uma consulta por ano na AB, pelo menos uma consulta com nefrologista anterior a hemodiálise e se tem pelo menos uma consulta de acompanhamento por mês com a equipe multidisciplinar no centro TRS.

A adaptação do instrumento de Aquino e colaboradores (Aquino et al., 2019) propriamente dita para este estudo foi feita de forma a agregar as perguntas do instrumento de coleta de acordo o constructo que se desejava elaborar.

Constructo 1- Vínculo com a Atenção Básica:

- Antes de iniciar a hemodiálise na nefrologia, os profissionais do posto de saúde (ESF/UBS/AB) solicitaram exame para descobrir se tinha DRC?

Se respondeu “Não” ou “Não tive contato” ou “Não sabe informar”, foi atribuído zero pontos.

Se respondeu “Sim”, foi atribuído um ponto.

- Com que frequência o(a) senhor(a) costuma ir a UBS/ESF para consultar por motivos que não seja a Doença Renal Crônica?

Se “Não” respondeu ou respondeu “Não saber”, foi atribuído zero pontos e se respondeu que foi “Pelo menos uma vez por ano” foi atribuído um ponto e se respondeu “Uma vez a cada três ou seis meses” foi atribuído dois pontos.

O julgamento deste constructo ficou da seguinte forma:

Se neste constructo conseguiu três pontos ou mais, foi considerado vínculo adequado, se conseguiu dois pontos foi considerado vínculo intermediário e se ganhou um ou zero pontos foi considerado inadequado.

Constructo 2 – Consulta aos serviços de atenção especializada:

- O senhor utilizou o serviço de nefrologia da Policlínica antes de começar a diálise?

Se respondeu “Não”, foi atribuído zero pontos, e se respondeu “Sim”, foi atribuído um ponto.

- Com que frequência o(a) senhor(a) costumava se consultar com o nefrologista, antes de começar a fazer diálise?

Se respondeu “Não” saber ou “Não ter consultado com nefrologista”, foi atribuído zero pontos.

Se respondeu “Pelo menos uma vez ao ano”, foi atribuído um ponto. Entretanto, se respondeu que consultou “Uma vez por mês”, “Uma vez a cada seis ou uma vez a cada três meses”, foram atribuídos dois pontos.

Como você chegou ao serviço de diálise?

Se respondeu que foi “Encaminhado pela Unidade de Pronto Atendimento ou hospital”, foi atribuído zero pontos e se respondeu ter sido “Encaminhado pela UBS ou serviço de nefrologia do SUS”. foi atribuído 1 ponto.

O julgamento deste constructo ficou da seguinte forma:

Se neste constructo conseguiu três pontos ou mais, foi considerado que a pessoa frequentou o serviço de atenção secundária de forma adequada, se conseguiu dois pontos, foi considerado acesso intermediário e, se ganhou um ou zero pontos, foi considerado inadequado.

Constructo 3- Cuidado Especializado

- Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem DRC ou doença no rim?

Se “Não respondeu” ou respondeu “Não saber”, foi atribuído zero pontos e se respondeu “Sim”, foi atribuído 1 ponto.

- Antes de iniciar a hemodiálise na nefrologia, algum profissional de saúde explicou sobre a DRC?

Se “Não respondeu” ou respondeu “Não saber”, foi atribuído zero pontos e se respondeu “Sim”, foi atribuído um ponto.

- Quantas vezes o(a) senhor(a) consultou com um enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, farmacêutico?

Se “Não respondeu” ou respondeu “Não saber”, foi atribuído zero pontos e se respondeu “Pelo menos uma vez ao ano”, foi atribuído um ponto, se respondeu que consulta “Uma vez a cada três ou seis meses”, foi atribuído dois pontos e, se respondeu que consulta uma vez por mês, foram atribuídos três pontos.

O julgamento deste constructo ficou da seguinte forma:

Se neste construto conseguiu quatro pontos ou mais, foi considerado cuidado adequado, se conseguiu entre dois e três pontos, foi considerado cuidado intermediário e, se ganhou um ou zero pontos, foi considerado inadequado.

Para avaliação do evento/desfecho principal do estudo “Teve ou não abordagem sobre saúde renal conforme o estágio da DRC e nível de atenção à saúde”, foram somadas as pontuações de todos os constructos, com o total de 11 pontos. E para elencar o mínimo necessário, foi estipulado que a pontuação deveria ser no mínimo um ponto a mais do que a metade do total de pontos, ou seja, maior que 6 pontos, para que a abordagem à saúde renal estivesse presente. Portanto, quando o resultado foi  $> 6$  pontos, a abordagem sobre saúde renal foi realizada, entretanto, se o a soma total foi  $\leq 6$  pontos, significaram ausência de abordagem sobre saúde renal na RAS.

Para a caracterização da população, realizou-se análise descritiva das variáveis investigadas e, por serem todas categóricas, foram apresentadas por meio de tabelas de distribuição de frequências (número absoluto e porcentagem) e *odds ratio*.

Na sequência para a análise univariada, foi realizada regressão logística binária. Todas as variáveis que apresentaram um  $p < 0,20$  foram enviadas para a análise multivariada de regressão logística. No modelo final ajustado pelo *backward* permaneceram as variáveis estatisticamente significativas com  $p < 0,05$ . Todas as análises foram concluídas, utilizando-se o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.0.

Por fim, obteve-se a aprovação do estudo por meio do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São João del Rei - Campus Centro Oeste, sob o CAAE de número 44411121.5.3001.5130 e parecer nº 5.130.769.

## Resultados

Participaram do estudo 188 pacientes que estavam em TRS na modalidade HD pelo SUS nos últimos cinco anos no centro de TRS de um hospital de grande porte em um município do



Centro-Oeste Mineiro. A análise descritiva da população total da pesquisa de acordo com as variáveis sociodemográficas, vínculo com a atenção básica, acesso a atenção especializada e cuidado especializado à pessoa com doença renal crônica encontra-se na tabela 1.

Conforme os dados apresentados na tabela 1, houve predominância de participantes do sexo masculino (58,5%), com idade inferior a 60 anos (59,6%) com renda familiar maior que um salário-mínimo (35,6%) e autodeclarados não brancos (60,1%).

Tabela 1 – Distribuição de pacientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva quanto às variáveis sociodemográficas do setor de Nefrologia de um hospital de grande porte. (N=188)

Variáveis	N	%
<i>Sexo</i>		
Feminino	78	41,5
Masculino	110	58,5
<i>Possui plano privado de saúde</i>		
Não	84	44,7
Sim	103	54,8
<i>Escolaridade</i>		
Maior ou igual a 8 anos	65	34,6
Menor que 8 anos	120	63,8
<i>Idade</i>		
Menor que 60 anos	112	59,6
60 anos e mais	76	40,4
<i>Renda familiar</i>		
Maior que um salário-mínimo	67	35,6
Menor ou igual a um salário-mínimo	21	11,2
Não sabe/Não respondeu	100	53,2
<i>Estado Civil</i>		
Com companheiro	94	50
Sem companheiro	94	50
<i>Cor</i>		
Branco	72	38,3
Não branco	113	60,1

Fonte: Dados da pesquisa/própria autoria (2023)

A estratificação dos constructos “Vínculo com a Atenção Básica, Acesso a atenção especializada e Cuidado Especializado” estão apresentados na tabela 2. E 66,4% dos participantes consideraram o vínculo com a ABS inadequado e uma minoria (17,6%) consideraram o acesso à atenção especializada como adequado.

No que tange ao acesso adequado ou não a RAS, prioritariamente (154/81,9%) prevaleceu o acesso inadequado em detrimento do acesso adequado (34/18,1%).

Tabela 2 – Distribuição dos constructos Vínculo com Atenção Básica, Acesso a atenção especializada e Cuidado Especializado. (N=188)

Constructos	N	%
<i>Vínculo com Atenção Básica</i>		
Adequado	20	10,6
Intermediário	43	22,9
Inadequado	125	66,4
<i>Acesso a atenção especializada</i>		
Adequado	33	17,6
Intermediário	85	37,2
Inadequado	70	45,2
<i>Cuidado Especializado</i>		
Adequado	151	80,3
Intermediário	32	17,0
Inadequado	5	2,7
<i>Acesso a RAS</i>		
Adequado	34	18,1
Inadequado	154	81,9

Fonte: Dados da pesquisa/própria autoria (2023)

Abaixo, encontra-se a descrição das comorbidades e do histórico familiar para DRC da população do estudo na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes conforme presença de comorbidades e histórico familiar para Doença Renal Crônica. (N=188).

Variáveis	N	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	136	72,3
Diabetes Mellitus	75	39,9
Dislipidemia	29	15,4
Doenças Cardiovasculares	44	23,4
Outros problemas de saúde	21	11,2
Histórico Familiar de DRC	73	38,8

Fonte: Dados da pesquisa/própria autoria (2023)

Quanto ao resultado da análise univariada, as associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com o desfecho acesso adequado ou não às RAS estão descritas na tabela 4.

Tabela 4 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas do Doente Renal Crônico e o acesso a RAS. (N=188).

Variáveis sociodemográficas e clínicas	Acesso adequado na RAS		Valor <i>p</i>	OR[IC95%]
	Inadequado N (66)	Adequado N (122)		
<i>Idade</i>				
60 anos ou mais	34(18,18%)	42(22,3%)	0,024	2,02 [1,09; 3,72]
Menor que 60 anos	32(17,02%)	80(42,5%)		
<i>Sexo</i>				
Feminino	23 (12,2%)	55 (29,2%)	0,175	1,53 [0,82; 2,85]
Masculino	43 (22,9%)	67 (35,7%)		
<i>Cor de pele</i>				
Não branco	39(20,8%)	74(39,3%)	0,282	1,01 [0,98; 1,03]
Branco	25(13,2%)	47(25,0%)		
<i>Estado Civil</i>				
Com companheiro	35(18,7%)	59(31,3%)	0,541	0,82 [0,45; 1,51]
Sem companheiro	31(16,5%)	63(33,5%)		
<i>Escolaridade</i>				
Maior que 8 anos	18(9,6%)	47(25%)	0,097	0,57 [0,29; 1,10]
Menor que 8 anos	48(25,5%)	72(38,2%)		
<i>Renda Familiar</i>				
Maior que 1 salário-mínimo	24(12,8%)	43(22,9%)	0,736	0,99 [0,99; 1,00]
Menor que um salário-mínimo	8(4,3%)	13(6,9%)		
<i>Plano de saúde</i>				
Não	34(18,1%)	50(26,6%)	0,181	0,66 [0,36; 1,21]
Sim	32(17,0%)	71(37,8%)		
<i>Uso de tabaco</i>				
Não	60(31,9%)	113(60,1%)	0,679	0,79 [0,27; 2,34]
Sim	6(3,2%)	9(4,8%)		
<i>Uso de álcool etílico</i>				
Não	14(7,4%)	28(14,9%)	0,297	1,50 [0,70; 3,21]
Sim	39(20,7%)	62(33,0%)		
<i>Histórico Familiar para DRC</i>				
Sim	24(12,8%)	49(26,1%)	0,195	0,73 [0,46; 1,16]
Não	42(22,3%)	70(37,2%)		
<i>Relato de colesterol alto</i>				
Sim	13(6,9%)	16(8,5%)	0,239	1,00 [0,99; 1,01]
Não	46(24,5%)	99(52,7%)		

\*Regressão Logística

Fonte: Dados da pesquisa/própria autoria (2023)

A tabela 5 retrata a associação entre comorbidades e acesso adequado ou inadequado na RAS. Nesse sentido, foi observado que 70,9% dos participantes que tinham HAS não tiveram acesso adequado às RAS.

Tabela 5 – Distribuição conforme a presença de comorbidades e abordagem sobre saúde renal na RAS. (N=188).

Comorbidades	Acesso na RAS		Valor <i>p</i>	OR[IC95%]
	inadequado N (66)	Adequado N (122)		
<i>Hipertensão Arterial Sistêmica</i>				
Sim	53(70,9%)	83(29,1%)		
Não	13(77,1%)	39(22,9%)	0,075	0,52 [0,25; 1,06]
<i>Diabetes Mellitus</i>				
Sim	27(14,4%)	48(25,5%)		
Não	38(20,2%)	73(38,9%)	0,671	1,00 [0,97; 1,03]
<i>Doença Cardiovascular</i>				
Sim	16(8,5%)	28 (14,9%)		
Não	48(25,5%)	94 (50,0%)	0,505	1,05 [0,89; 1,25]

Fonte: Dados da pesquisa/própria autoria (2023)

Após a análise univariada, todas as variáveis com  $p < 0,20$  foram enviadas para a análise multivariada, quais sejam: idade, sexo, escolaridade, possuir ou não plano privado de saúde, histórico familiar de DRC e diagnóstico de HAS. No modelo final permaneceu somente a variável idade, indicando que pessoas menores de 60 anos tinham 1,60 mais chances de ter acesso inadequado conforme apresentado pela tabela 6.

Tabela 6 – Modelo final da regressão logística entre as variáveis sociodemográficas e clínicas do Doente Renal Crônico e o acesso a RAS. (N=188)

Variáveis sociodemográficas e clínicas	Valor <i>p</i>	OR[IC95%]
<i>Idade</i>		
≥ 60 anos		
< 60 anos	0,024	1,60 [1,09; 3,72]

Fonte: Dados da pesquisa/própria autoria (2023)

## Discussão

O estudo aponta que pacientes com menos de 60 anos de idade tiveram mais chances de terem acesso inadequado à RAS. Ao contrário, os resultados de um estudo realizado em 2021 com dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio vão de encontro aos nossos achados. Isto é dito por que na pesquisa Cesário e colaboradores (2021) foi evidenciada a redução da procura de atendimentos na ABS pelos idosos tornando o acesso à RAS inadequado

para essa faixa etária. Sugere-se que essa discordância entre os estudos pode apresentar diferentes justificativas. No caso do atual estudo, salienta-se que foi desenvolvido em uma cidade universitária com predomínio de pessoas na faixa etária entre 25 e 59 anos, adultas, com maior possibilidade de inserção no mercado de trabalho e menor probabilidade da presença de fatores de risco para comorbidades e, talvez por isso, a limitação na busca precoce pelos serviços de saúde no processo de promoção da saúde e prevenção de agravos. No que se refere a pesquisa nacional por amostras de domicílio, os autores explicaram a redução pela procura do serviço de saúde pelos idosos por não conseguirem vaga/senha de atendimento e ainda pela ausência do profissional médico nas unidades de saúde (Cesário et al., 2021; IBGE., 2022).

Uma justificativa complementar que pode agregar esses contrapontos entre os dois estudos é a mentalidade do modelo assistencial em saúde biomédico, praticados por profissionais de linha de frente da ABS, onde ainda persistem ações curativistas em detrimento de ações de promoção e proteção à saúde, em especial aquelas voltadas para a saúde renal.

Nesse sentido, seria oportuna uma revisão da efetividade do conjunto de práticas adotadas pela ABS no que tange ao cuidado e atendimento às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, tal como a DRC, haja vista que entre os serviços oferecidos pela ABS estão, especialmente, a promoção da saúde e prevenção de agravos.

Outro achado preocupante foi o acesso inadequado a atenção especializada identificado em 45,2% dos participantes. Essa inadequação pode apontar para uma evolução indesejável quanto à preservação das funções renais. Entende-se que pessoas diagnosticadas precocemente e acompanhadas adequadamente pela atenção especializada estão mais propícias a melhores prognósticos.

O conjunto desses resultados sugere uma lacuna na eficiência e eficácia no processo de referência e contrarreferência da RAS. Essa restrição não só de contato próximo com a equipe de saúde da ABS, como também com os profissionais da atenção especializada potencializa um atraso na identificação precoce da lesão renal e na implementação de medidas de preservação das funções renais.

Corroborando as falhas do acesso a RAS em níveis específicos, este estudo demonstrou ainda que após a análise dos três constructos, o escore final para o acesso inadequado à RAS foi prevalente de 81,9%. Parece haver um completo distanciamento entre as pessoas em risco de desenvolver DRC ou mesmo com a DRC diagnosticada e os serviços de saúde que poderiam

executar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde destas pessoas nessas condições. Delatorre (2018) demonstra em seu estudo a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde da linha de frente da AB acerca da importância de se atuar efetivamente na preservação das funções renais. Além disso, é comum em todas as regiões brasileiras terem menos profissionais nefrologistas do que a demanda de consultas na atenção secundária, consequentemente ocasionando um diagnóstico e assistência tardia a essas pessoas nestas condições (Obregón e Anjos, 2018).

Ainda é importante destacar que houve um predomínio de menor procura dos serviços de saúde pelos participantes do sexo masculino, assim como no estudo realizado em 2020 em que mais de 60% dos entrevistados para o estudo eram homens que não buscavam o serviço de saúde.

Historicamente é reconhecido que a população masculina possui menor frequência de idas às Unidades Básicas de Saúde quando comparada à população feminina. Tal fato apresenta diversas causas já relatadas na literatura, entre elas a demora no atendimento, a dificuldade para marcação de consultas, bem como a existência de poucas ações de saúde voltadas ao público masculino. Além disso, não se pode contestar que a baixa procura dos homens pelos serviços de saúde pode estar associada ao déficit organizacional, referente ao planejamento da busca programada dessa população específica (Silva Júnior et al., 2022).

Dessa forma, torna-se relevante a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que apresenta como objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina, ampliar o acesso dessa população nos serviços de saúde e garantir o acolhimento e detecção das doenças de forma mais precoce (Brasil, 2008).

Em relação às comorbidades, houve predominância da presença de HAS e DM. Sob tal ótica, a literatura já descreve que essas são as doenças consideradas como principais fatores de risco para o desenvolvimento de DRC (Brasil, 2020; Zúñiga et al., 2019).

Embora se reconheça a importância de trabalhos regionais que revelam a assistência à saúde em regiões específicas do Brasil, se reconhece simultaneamente que há uma limitação relativa à robustez estatística. Isto é dito principalmente quando se refere à validade externa do estudo, já que foi desenvolvido em uma microrregião. Mesmo assim, os resultados deste estudo como em estudos com maior número de pessoas e até mesmo internacionais, confirmam a fragilidade da assistência ao paciente com DRC nos vários níveis de atenção à saúde e, com

isso, evidencia-se a necessidade de se investir na capacitação dos profissionais de saúde na RAS, com o intuito de qualificar a assistência e permitir a busca ativa, bem como o diagnóstico precoce com ênfase na DRC, antes do encaminhamento para a TRS.

### Considerações finais

Nesse estudo, predominou o acesso inadequado a RAS para pessoas mais jovens. Esse foi um achado preocupante, uma vez que nessa faixa etária há maior chance de se trabalhar com a promoção e prevenção à saúde, que são focos da assistência na ABS. E, no entanto, a população desta faixa etária não é sequer abordada pelas equipes de saúde. Percebe-se uma limitação da ABS no que diz respeito a assistência no geral a pessoas com comprometimento da saúde renal, sem a identificação de vínculo sólido estabelecido entre profissionais da saúde com a população que pudesse sustentar a implementação de ações de prevenção de doenças e de agravos, bem como a promoção da saúde renal.

### Referências

AQUINO, J. A. et al. Patients with chronic kidney disease and diabetes mellitus: How is health care? **Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews**, v. 13, n. 3, p. 2292–2298, 2019. DOI: 10.1016/j.dsx.2019.05.022.

BECKER, R.M.; HEIDEMANN, I.T.S.; MEIRELLES, B.H.S; et al. Prática de cuidado dos enfermeiros a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0799>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que são as Doenças Renais Crônicas?** 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doencas-renais-cronicas-drc>. Acesso em: 04 abr. 2023.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Censo de diálise 2022**. Disponível em: <https://www.sbn.org.br/noticias/single/news/o-censo-de-dialise-da-sociedade-brasileira-de-nefrologia-de-2022-ja-esta-disponivel/>. Acesso em: 23 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 389/2014. **Redefinição da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Renais**. 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389\\_13\\_03\\_2014\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014_rep.html). Acesso em: 03 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1675/2018. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica no Sistema Único de Saúde**. 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_clinicas\\_cuidado\\_paciente\\_renal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf). Acesso em: 03 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. 2008. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf). Acesso em: 23 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf). Acesso em: 05 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus**. Brasília – DF. 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf). Acesso em: 05 jul. 2023.

CESÁRIO, V.A.C.; SANTOS, M.M.; MENDES, T.C.O.; JÚNIOR, P.R.B.S.; LIMA, K.C. Tendências de acesso e utilização dos serviços de saúde na APS entre idosos no Brasil nos anos de 2008, 2013 e 2019. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.08962021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução 358/2009 - Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem**. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/194/o/Resolu%C3%A7%C3%A3o\\_n%C2%BA358-2009.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/194/o/Resolu%C3%A7%C3%A3o_n%C2%BA358-2009.pdf). Acesso em 24 abr. 2023.

DE AGUIAR, L.K.; PRADO, R.R.; GAZZINELLI A.; et al. Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200044.

DRAEGER, VM, ANDRADE, S.R.; MEIRELLES, B.H.S.; PEITER, C.C. Práticas do enfermeiro no monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. **Revista Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.

ELM, E.V.; ALTAMN, D.G.; EGGER, M.; POCOOCK, S.J.; et al. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Journal of clinical epidemiology**, v. 61, n. 4, p. 344-349, 2007. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2007.11.008.

FOLSTEIN, M.F.; MCHUGH, P.R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of psychiatric research**, v. 12, n. 3, p. 189-98, 1975. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.

GBD Mortality Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Revista Lancet**, n. 385, p. 117-171, 2015.



HUNGRIA, T.C.S.; AZEVEDO, G.S.; CAMPOS, A.R.A.; DUARTE, A.C.S. Avaliação da incapacidade e saúde de pacientes com doença renal crônica submetidos a hemodiálise. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 3, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v3i1i1-3p31-37>.

JAGER, K.J.; KOVESDY, C.; LANGHAM, R.; ROSENBERG, M.; et al. A single number for advocacy and communication—worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. **Kidney International**, v. 96, n. 5, p. 1048-1050, 2019. DOI: [10.1016/j.kint.2019.07.012](https://doi.org/10.1016/j.kint.2019.07.012).

JÚNIOR, C.D.S.; SOUZA, J.R.; SILVA, N.S.; ALMEIDA, S.P.; TORRES, L.M. Saúde do Homem na Atenção Básica: fatores que influenciam a busca pelo atendimento. **Revista Ciência Plural**, v. 8, n. 2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n2ID26410>.

LIMA, A.O.; KESROUANI, S.; GOMES, R.A.; CRUZ, J.; et al. Population screening for chronic kidney disease: A survey involving 38,721 Brazilians. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 27, n. 3, 2012. DOI: [10.1093/ndt/gfs063](https://doi.org/10.1093/ndt/gfs063).

LIMA, M.F.G.; VASCONCELOS, E.M.R.; BORBA, A.K.O.T.; CARVALHO, J.C.; SANTOS, C.R. Letramento funcional em saúde e conhecimento do idoso sobre a doença renal crônica. **Enfermagem em foco**, v. 12, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4374>.

MUSSI, R. F. F.; MUSSI, L.M.P.T.; ASSUNÇÃO, E.T.C.; NUNES, C.P. Pesquisa quantitativa e/ou qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Sustinere**, v. 7, n. 2, p. 414-430, 2019.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, 1995.

SARAN, R.; ROBINSON, B.; ABBOTT, K.C.; YIN, M.; et al. US Renal Data System 2019 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. **American Journal of Kidney Disease**, v. 75, n. 1, 2020. DOI: [10.1053/j.ajkd.2019.09.003](https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.09.003).

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Superintendência de Atenção Primária. **Guia de Referência Rápida: Hipertensão- Manejo Clínico da Hipertensão em adultos** (versão profissional) adaptado de NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, NHS- Reino Unido) / Rio de Janeiro: SMSDC, 2013. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111924/GuiaHA.pdf>. Acesso em: 05 jul 2023.

SILVA, P.A.B.; SILVA, L.B.; SANTOS, J.F.G.; SOARES, S.M. Política pública brasileira na prevenção de doença renal crônica: desafios e perspectivas. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 86, 2020.

ZÚÑIGA, J.B.; INGA, J.G.; ONOFRE, P.C.; GÓMEZ, R.C.; MONTEVERDE, P.C. Detecção precoce de doença renal crônica: trabalho coordenado entre atenção primária e especializada em uma rede peruana de atenção renal ambulatorial. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 41, n. 2, 2019.