

Coordenação de cuidados primários para o paciente com doença renal crônica em diálise: revisitando papéis

Coordination of primary care for patients with chronic kidney disease on dialysis: revisiting roles

Pablo Rodrigues Costa-Alves¹, Cristianne da Silva Alexandre², Lucas Costa Macedo³, Francisco Rasiah Ladchumananandasivam⁴, Eleonora Ramos Oliveira⁵, Eduardo Sérgio Soares Sousa⁶

RESUMO

O número de pessoas em diálise tem aumentado de maneira significativa nos últimos anos. Essas pessoas são, em geral, portadoras de condições crônicas múltiplas e complexas, e a coordenação do seu cuidado torna-se um desafio. O presente artigo objetiva sintetizar os resultados da literatura a respeito da coordenação do cuidado e dos cuidados primários ofertados ao paciente em diálise. Trata-se de uma revisão integrativa que teve como fontes de dados publicações disponíveis nas bases: LILACS, SciELO e PubMed. Foram identificados 16 artigos publicados entre 1992 e 2020. A partir da análise temática, evidenciaram-se cinco áreas: vínculo das pessoas em diálise com a Atenção Primária à Saúde (APS) e com o médico da família e comunidade (MFC); percepção dos profissionais quanto a seus papéis e habilidades; percepção das pessoas a respeito dos papéis e habilidades dos profissionais; cuidados primários (CP) prestados por nefrologistas e MFC; e impacto da APS na mortalidade, hospitalização e qualidade de vida. Os resultados sugerem que o nefrologista tem assumido o papel de coordenador do cuidado e de principal provedor de CP à pessoa em diálise. Todavia, isso não significa que os cuidados oferecidos sejam adequados às necessidades do paciente, devendo o MFC estar cada vez mais envolvido com esse cuidado, o que tem sido gradualmente observado nos últimos anos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Medicina de Família e Comunidade. Nefrologistas. Insuficiência renal crônica. Regulação e Fiscalização em Saúde.

ABSTRACT

The number of patients on dialysis has increased significantly in recent years. These patients are, in general, carriers of multiple and complex chronic conditions, and the coordination of their care becomes a challenge. This article aims to summarize the results of the literature regarding the coordination of care for dialysis patients. This is an integrative review based on data published and available in the databases: LILACS, SciELO, and PubMed. 16 articles published between 1992 and 2020 were identified. Based on the thematic analysis, five areas were highlighted: linkage of patients with primary health care (PHC) and with the family and community physician (FCF); professionals' perception of their roles and skills; patients' perception of the professionals' roles and skills; primary care delivered by nephrologists and FCF; and the impact of PHC on mortality, hospitalization, and quality of life. The results suggest that nephrologists have assumed the role of care coordinators and main providers of primary care for dialysis patients. However, this does not mean that the care offered is adequate for the patient's needs, and the FCF should be increasingly involved with this care, which indeed began to gradually occur in recent years.

KEYWORDS: Primary Health Care. Family Practice. Nephrologist. Kidney Failure, Chronic. Health Care Coordination and Monitoring.

ARTIGO DE REVISÃO – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: outubro de 2021

¹ Universidade Federal da Paraíba (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9790-0667>. E-mail: pablortalves@gmail.com

² Hospital Universitário Lauro Wanderley (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7373-4521>

³ Universidade Federal da Paraíba (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9279-2732>

⁴ Universidade Federal da Paraíba (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4718-4674>

⁵ Universidade Federal da Paraíba (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3301-464X>

⁶ Universidade Federal da Paraíba (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0893-5305>

INTRODUÇÃO

O número de pacientes com doença renal crônica (DRC) em terapia renal substitutiva (TRS) tem aumentado. Nos últimos 18 anos, o número de pacientes em diálise triplicou, consumindo grande parte dos recursos de saúde do país. Na última década, esses gastos aumentaram de R\$ 600 milhões para R\$ 1,7 bilhão¹. O Brasil se consolidou entre os três maiores programas de diálise² no mundo, com 133.464 pacientes em terapia renal substitutiva³, utilizando 5% do recurso total destinado a atendimentos de média e alta complexidade⁴. Para se ter ideia da dimensão dos gastos, em 2015 foram pagos R\$ 13,8 bilhões com internações, desse montante, R\$ 2 bilhões foram gastos com pessoas com DRC. Os gastos com infarto agudo do miocárdio e outras doenças cardiovasculares representaram metade dos gastos com TRS⁴.

Entretanto, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), o número de nefrologistas tem se reduzido significativamente. Em 2018 havia cerca de 3.500 nefrologistas. Destes, 36% tinham menos de dez anos de formação e 12%, menos de cinco. Apenas 42% desses profissionais tinham o trabalho em clínicas de diálise como sua principal atividade. Também segundo a SBN, existe uma distribuição irregular dos nefrologistas no país, com maior concentração no Sudeste e em grandes centros, tornando a proporção nefrologista/população e o alcance da assistência desiguais⁵. O aumento do número de pacientes em diálise, a redução do número de nefrologistas, a dispersão desses profissionais em outras atividades atreladas à especialidade e a distribuição desigual de especialistas geram um questionamento importante: quem irá prestar os cuidados primários (CP) e coordenar o cuidado dessa população?

Considerando cuidados primários como cuidados essenciais, a prestação desses cuidados deve ser baseada em métodos e tecnologias apropriados, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis. No Brasil, esses cuidados são prioritariamente fornecidos à população através da Estratégia Saúde da Família (ESF), como modelo para a atenção básica do SUS, buscando-se um olhar mais abrangente com ações articuladas aos demais níveis^{6,7}.

A portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018, que dispõe sobre os critérios para a organização, o funcionamento e o financiamento do cuidado da pessoa com DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde, modificou a proporção de nefrologistas/pacientes de 1/35 para 1/50 pacientes em sessão de hemodiálise simultaneamente⁸. Nessa proporção, considerando a duração de quatro horas de uma sessão de hemodiálise, o nefrologista tem cinco minutos de tempo disponível para avaliar cada paciente, desde que, durante esse período, não ocorram intercorrências, admissões, ou procedimentos invasivos. Essa mudança prejudica a assistência ambulatorial dos pacientes com doença renal crônica em diálise (DRCd) porque, por tratar-se de um procedimento com circulação extracorpórea de alta complexidade e com

intercorrências comuns, o número elevado de pacientes em diálise simultaneamente limita a atuação do médico apenas à assistência de intercorrências, ou seja, sobra pouco ou nenhum tempo para a realização de avaliações ambulatoriais e a condução de patologias associadas.

As demandas da pessoa com DRCd vão muito além da TRS. A centralização do cuidado no especialista, embora cômoda e familiar para o paciente, não fornece integralidade de cuidados nesse contexto de falta de especialistas, sobrecarga de trabalho e redução do tempo disponível para avaliação ambulatorial do paciente. O indivíduo deixa de ser visto como um ser biopsicossocioambiental e passa a ter seu cuidado segmentado e focado apenas na disfunção renal.

A coordenação do cuidado é um desafio para pacientes com condições crônicas múltiplas e complexas, como é o caso da DRC. Grande parte dos esforços e intervenções centraram-se na atenção primária à saúde (APS) e na assistência colaborativa do médico nefrologista nos estágios iniciais da DRC, com ênfase na intervenção do médico de família e comunidade (MFC) para prevenir, detectar, tratar e retardar a progressão da doença renal. O protagonismo do MFC, entretanto, extrapola a DRC em estágio conservador. A mesma Portaria, anteriormente referida, outorga à APS a coordenação do cuidado da pessoa com DRC, inclusive em diálise⁸. Todavia, pouco se sabe sobre o papel do MFC e a cogestão do nefrologista para pessoas em diálise. Nesse sentido, o presente artigo objetiva sintetizar os resultados da literatura a respeito da coordenação do cuidado a pessoa com DRCd, revisando os papéis de seus atores com ênfase na seguinte pergunta: “quem coordena o cuidado da pessoa com DRC em diálise?”

DESENVOLVIMENTO

Este é um estudo de revisão integrativa, com o objetivo de sintetizar os resultados de estudos sobre o tema⁹. A elaboração desse tipo de estudo envolve várias etapas¹⁰. Inicialmente definiu-se a pergunta norteadora: “Quem coordena ou oferta CP a pessoa com DRCd?” Em seguida, foi definida a estratégia de busca nas bases de dados, realizada a seleção dos estudos e, por fim, a análise de dados.

Estratégia de busca nas bases de dados

Para a busca de publicações, três bases de dados foram selecionadas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Publisher Medline (PubMed). Uma chave de busca foi, então, projetada combinando o operador booleano “AND” com os *Medical Subject Headings (MeSH terms)*: “*Primary Health Care OR Primary Care OR Primary Care Physician OR General Medicine OR General Physician OR Generalist OR Family Physician OR Family Practitioner OR*

Family Medicine OR Internist OR Nephrologist OR Nephrology Clinic AND Kidney Failure, Chronic OR End-Stage Kidney Disease OR ESRD OR Chronic Renal Failure OR Hemodialysis OR Renal Dialyses OR Peritoneal Dialysis AND Preventive Health Services OR Prevention OR Preventive Medicine OR Primary Prevention OR Secondary Prevention OR Health Maintenance OR Vaccination OR Early Detection Of Cancer OR Cancer Screening OR Health Promotion OR Care Coordination OR Care Management OR Woman Health OR Education". Optou-se pela busca pelos termos em todo o artigo e não apenas em palavras-chave, títulos e resumos. A escolha de uma estratégia de busca tão ampla deu-se pela inconsistência nos termos adotados sobre o assunto e a escassez de dados encontrados em pesquisas prévias.

Seleção dos estudos

Os critérios de inclusão foram: artigos que preenchessem os critérios dos descritores elencados acima; artigos em inglês, espanhol ou português; e indivíduos maiores de 13 anos de idade. Os critérios de exclusão foram: publicações com indivíduos menores de 13 anos e publicações dos tipos revisão da literatura, meta-análise, editoriais, cartas, comentários, notícias, entrevistas, relatos de caso, *guidelines*, conferências, material de educação para pacientes, teses, documentos governamentais e guias de prática clínica.

Após a aplicação dos filtros, os títulos e resumos dos trabalhos restantes foram avaliados, sendo excluídos estudos que não abordavam a questão norteadora e aqueles considerados não relevantes para pacientes em TSR e/ou não relevantes para APS.

Análise dos dados

Criou-se um instrumento para orientar a coleta de dados, possibilitando a organização do conteúdo e o agrupamento em categorias. As categorias coletadas e analisadas foram: autor, ano, título da publicação, periódico, país, idioma da publicação, período e abordagem do estudo, pergunta de pesquisa, objetivo, metodologia do estudo, análise de dados e resultados, conclusões, e pontos fracos e fortes da publicação.

Após o registro, os dados foram sistematicamente revisados e, em seguida, interpretados e discutidos por meio da análise temática¹¹. Tal processo contemplou três passos: a pré-análise, referente ao primeiro contato com o material; a exploração do material, por meio de recortes das partes representativas dos artigos incluídos na revisão; e o tratamento dos resultados obtidos e interpretações.

Sobre a coordenação e oferta de CP a pessoas com DRCd, as categorias coletadas e analisadas

foram: vínculo das pessoas com DRCd com a APS e com o MFC; percepção dos profissionais quanto a seus papéis e habilidades; percepção dos pacientes a respeito dos papéis e habilidades de nefrologistas e MFCs; CP ofertados, por nefrologistas e MFCs, para pessoas DRCd; e impacto da APS na mortalidade, hospitalização e qualidade de vida relacionada à saúde. O tópico “coordenação do cuidado do paciente DRCd” será apresentado como discussão.

A busca em bases de periódicos de 1981 até agosto de 2020 resultou em 14.115 referências. Foram excluídas 11.413 com uso de filtros ou por estarem duplicadas e 2.649 através do título e resumo. As publicações lidas na íntegra foram 52, das quais se excluíram 41 de acordo com os critérios já descritos. Posteriormente, incluíram-se manualmente cinco publicações com base nas listas de referências. Foram analisadas ao todo 16 publicações (Quadro 1).

Quadro 1 – Filtros e estratégia de busca empregada na seleção dos artigos incluídos

Estratégia de busca	MEDLINE	LILACS	SCIELO	Total
Sem filtro	13,983	99	33	
Apenas Inglês, espanhol e português	13,462	99	33	
Apenas com humanos	11,463	89	-	
Idade > 13 anos	7,120	89	-	
Filtrados pelo tipo de estudo [#]	2,650	31	21	
Filtrados pelo título e resumo [*]	52	1	0	
Inclusão manual ^{**}	5			
Total de publicações incluídas para síntese da literatura após leitura completa	10	1	0	16

[#] Excluídos: revisão da literatura, meta-análise, editoriais, cartas, comentários, notícias, entrevistas, relatos de caso, *guidelines*, conferências, material de educação para pacientes, teses, documentos governamentais, guias de prática clínica

^{*} Excluídos: não relevantes para pacientes em TSR; não relevantes para APS; *guidelines*, revisões da literatura

^{**} Artigos históricos, que se adequavam aos temas, não foram obtidos na estratégia de busca, mas foram citados por, praticamente, todos os trabalhos selecionados

Fonte: elaborada pelos autores

O periódico selecionado na pesquisa com maiores *Journal Citation Report (JCR)* e *Journal Impact Factor (JIF)*, isto é, com maior relevância na área, foi o *Kidney International*, com 43,892 e 8.945, respectivamente. Por sua vez, o periódico com menores JCR e JIF foi o *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, com 1,446 e 1.193. Ainda em relação aos periódicos, o *American Journal of Kidney Disease* e o *Journal of General Internal Medicine* tiveram o maior número de publicações.

Quanto aos autores, na década de 90, Holley e colaboradores se destacam com três publicações. A partir de 2017, Thorsteinsdottir e colaboradores lideram o número de publicações. Os países com maior número de publicações foram os Estados Unidos e o Canadá — 13 e 2, respectivamente. O Brasil teve apenas uma publicação no período analisado. Nessa estratégia de busca, não foi possível identificar artigos com essa temática entre 1998 e 2002, entre 2005 e 2010 e entre 2012 e 2017. A partir de 2017, a publicação tornou-se anual. Esse achado pode sugerir que a temática capitaneada por Holley no início da década de 90 finalmente vem ganhando relevância e interesse de investigação.

Análise descritiva

Vínculo das pessoas com DRCd com a APS e com o MFC

No estudo de Nespor e Holley¹² (1992), apenas 20% dos pacientes declararam algum vínculo com um MFC. Destes, mais de 50% haviam sido avaliados pelo MFC nos últimos seis meses¹². Dados semelhantes foram apresentados por Holley e Nespor¹³ (1993): 71% dos pacientes não tinham vínculo com nenhum MFC. Dos 29% que mantinham vínculo com o MFC, 75% em hemodiálise (HD) e 47% em diálise peritoneal (DP) relataram ter sido consultados pelo MFC nos últimos seis meses. Pacientes em DP eram mais propensos a manter assistência com MFC quando comparados aos pacientes em HD (43% vs. 20%, $p = 0,025$). Todavia, após três anos em TRS, apenas 10% dos pacientes em DP relataram atendimento com MFC, em comparação com 60% daqueles em HD ($p = 0,003$)^{12,13}.

Com resultados semelhantes aos dos estudos de Holley e Nespor¹³ (1993) e Nespor e Holley¹² (1992), o estudo de Shah et al.¹⁹ (2005) observou que apenas 35% dos pacientes eram atendidos por MFC. Esse estudo acrescenta a discussão sobre o vínculo das pessoas em diálise com a APS e com o MFC ao relatar a existência de uma relação entre o tempo em diálise e a vinculação dos CP ao nefrologista: apenas 32% dos pacientes com menos de um ano de diálise recebiam CP do nefrologista, enquanto 71% dos pacientes com mais de um ano de diálise recebiam os CP do nefrologista ($p = 0,0002$)¹⁹.

Zimmerman et al.¹⁸ (2003), por sua vez, avaliaram a opinião de nefrologistas, MFCs e pacientes DRCd sobre a prestação de CP para essa população. Nesse estudo canadense, diferentemente dos achados americanos^{12,13,19}, 87% relataram estar vinculados a um MFC e 65% desses pacientes foram avaliados duas ou mais vezes por ano. Além disso, 83% dos pacientes procuravam seu MFC quando apresentavam um novo problema e 51% quando necessitavam de uma nova receita^{12,13,18}.

Os resultados do estudo de Chukwudozie et al.²⁴ (2018), por sua vez, sugerem que os pacientes aproveitam a oportunidade de ter um médico de atenção primária (MAP) quando essa oportunidade de

acesso é fornecida sem custo econômico²⁴.

Percepção dos profissionais quanto a seus papéis e habilidades

No estudo de Bender e Holley¹⁴ (1996), nefrologistas mais velhos e experientes eram mais propensos a entregar CP para os pacientes (93% dos médicos com mais de 40 anos *versus* 73% dos médicos com menos de 40 anos, $p = 0,001$). Adicionalmente, 92% dos nefrologistas que atuavam há mais de 10 anos entregavam CP, *versus* 82% dos nefrologistas que atuavam há menos de 10 anos ($p < 0,05$). A maior parte dos nefrologistas (92%) afirmaram se sentir confiantes em entregar CP para pessoas com DRCd e dedicar aproximadamente 38% do tempo de trabalho para prestar CP em saúde¹⁴.

No estudo de Zimmerman et al.¹⁸ (2003), de forma semelhante aos achados de Bender e Holley¹⁴ (1996), nefrologistas afirmaram dispensar 31% do seu tempo para CP e se sentiam confiantes no papel de provedor de CP para essa população. Embora confiantes, os nefrologistas relataram frequentar poucos eventos de atualização em medicina interna ou de CP e também não listaram revistas médicas voltadas para APS entre as mais frequentemente lidas por eles^{14,18}. A maior parte dos nefrologistas (80%) disseram acreditar que não deveriam ser os únicos responsáveis por entregar CP. De maneira similar, a maioria dos MFCs (85%) concordaram com essa afirmativa. Os cuidados divididos igualmente por MFCs e nefrologistas foram relatados como o ideal por 40% dos nefrologistas e 34% dos MFCs. Um total de 41,9% dos nefrologistas e 40% dos MFCs afirmaram que o MFC deveria ter mais responsabilidade do que o nefrologista, enquanto apenas 18% dos nefrologistas e 17% dos MFCs consideraram que o nefrologista deveria ter mais responsabilidades do que o MFC¹⁸.

A despeito disso, nesse mesmo estudo, nefrologistas e MFCs relataram preocupações com o conhecimento e treinamento do MFC para prover CP para pacientes portadores de DRCd. Em uma escala de seis pontos, onde 1 significava não estar totalmente confiante e 6 significava estar extremamente confiante, 45,8% dos nefrologistas responderam que não estavam muito confiantes no conhecimento e treinamento dos MFCs. Além disso, 51,1% dos nefrologistas afirmaram que não estavam muito confiantes de que os MFCs teriam o tempo necessário para prestar um bom atendimento primário às pessoas em diálise. Esses percentuais estão próximos dos 40 e 62% dos MFCs quando questionados com relação ao conhecimento técnico e à disponibilidade de tempo para atenderem essa população¹⁸.

No estudo de Chukwudozie et al.²⁴ (2018), além do MAP, foram inseridos na assistência a pessoas com DRCd, dois agentes comunitários de saúde (ACS). Durante o período de 14 meses, os ACSs realizaram 1.508 visitas com 166 pacientes, 66% das quais foram visitas de acompanhamento clínico, destacando-se entre os temas mais discutidos: agendamento de consultas (38%), suporte social (19%), APS (18%) e

suporte emocional (17%). Nesse estudo, o ACS foi um fator importante para a captação do paciente para recebimento de CP, não só incentivando o agendamento de avaliações com o MAP, como sinalizando para o MAP que o paciente estava disposto a ser avaliado por ele durante a diálise. Nesse sentido, uma reflexão deve ser feita sobre o papel do ACS no Brasil como ferramenta para conectar a unidade de saúde da família ao centro de diálise e/ou captar pessoas com DRCd para a APS²⁴.

Percepção dos pacientes a respeito dos papéis e habilidades de nefrologistas e MFCs

No estudo de Nespor e Holley¹² (1992), 64% dos pacientes acompanhados por MFC não atribuíam a estes a responsabilidade do manejo de problemas de saúde agudos, não graves e não relacionados à DRC. Por outro lado, no estudo de Zimmerman et al.¹⁸ (2003), a despeito das preocupações dos MFCs e dos nefrologistas sobre o treinamento e o tempo que os MFCs dispunham, os pacientes não compartilhavam dessas preocupações. Para 68,5% dos pacientes que consultavam o MFC regularmente, o MFC tinha treinamento e tempo para lidar com seus problemas de saúde não relacionados à diálise, ao passo que apenas 46,5% e 36,6% acreditavam que seus nefrologistas tinham treinamento e tempo, respectivamente, para lidar com esses mesmos problemas¹⁸.

CP prestados por nefrologistas e MFCs para pacientes portadores de DRCd

O quadro 2 resume alguns dos CP prestados a pessoas em diálise por MFCs e nefrologistas relatados na literatura revisada.

Quadro 2 – Cuidados primários entregues por MFCs e Nefrologistas

Cuidados primários	MFC	Nefrologista
Exame físico anual	----- Zimmerman ¹⁸ , 2003 [#] : 50%	Nespor e Holley ¹² , 1992 [#] : 80% Zimmerman ¹⁸ , 2003 [#] : 21%
Problemas agudos não graves	----- ----- Alexander e Sehgal ¹⁵ , 1998 [#] : 15% Zimmerman ¹⁸ , 2003 [#] : 91%	Nespor e Holley ¹² , 1992 [#] : 91% Bender e Holley ¹⁴ , 1996 [§] : 85% Alexander e Sehgal ¹⁵ , 1998 [#] : 50% Zimmerman ¹⁸ , 2003 [§] : 72%
Aconselhamento	----- Zimmerman ¹⁸ , 2003 [#] : 77%	Bender e Holley ¹⁴ , 1996 [§] : 79% Zimmerman ¹⁸ , 2003 [§] : 53%

(Continuação)

Cuidados primários	MFC	Nefrologista
Imunização	----- Zimmerman ¹⁸ , 2003 ^{&} : 88%	Bender e Holley ¹⁴ , 1996 ⁵ : 65% Zimmerman ¹⁸ , 2003 ⁵ : 74%
Sintomas físicos	Claxton ²⁰ , 2010 [#] : 13-70%	Claxton ²⁰ , 2010 [#] : 20-63%
Diabetes Mellitus	----- ----- ----- Alexander e Sehgal ¹⁵ , 1998 [#] : 25% Zimmerman ¹⁸ , 2003 ^{&} : 81% -----	Nespor e Holley ¹² , 1992 [#] : 63% Holley e Nespor ¹³ , 1993 [#] : 73% Bender e Holley ¹⁴ , 1996 ⁵ : 90% Alexander e Sehgal ¹⁵ , 1998 [#] : 50% Zimmerman ¹⁸ , 2003 ⁵ : 71% Fortes ²¹ , 2010 [#] : 94%
Problemas gastrintestinais	----- ----- ----- Zimmerman ¹⁸ , 2003 ^{&} : 85%	Nespor e Holley ¹² , 1992 [#] : 88% Holley e Nespor ¹³ , 1993 [#] : 86% Bender e Holley ¹⁴ , 1996 ⁵ : 69% Zimmerman ¹⁸ , 2003 ⁵ : 59%
Problemas cardiológicos	----- ----- ----- Zimmerman ¹⁸ , 2003 ^{&} : 82%	Nespor e Holley ¹² , 1992 [#] : 53% Holley e Nespor ¹³ , 1993 [#] : 64% Bender e Holley ¹⁴ , 1996 ⁵ : 75% Zimmerman ¹⁸ , 2003 ⁵ : 74%
Dislipidemia	----- Zimmerman ¹⁸ , 2003 ^{&} : 78%	Bender e Holley ¹⁴ , 1996 ⁵ : 70% Zimmerman ¹⁸ , 2003 ⁵ : 82%
Saúde mental	Claxton ²⁰ , 2010 [#] : 50-100%	Claxton ²⁰ , 2010 [#] : 0%
Exame físico da mama	Zimmerman ¹⁸ , 2003 ^{&} : 78%	Zimmerman ¹⁸ , 2003 ⁵ : 10%
Mamografia / Rastreio de câncer de mama	Nespor e Holley ¹² , 1992 [#] : 23% Holley e Nespor ¹³ , 1993 [#] : 27% Zimmerman ¹⁸ , 2003 ^{&} : 73% Thorsteinsdottir ²⁵ , 2018: 38%	Nespor e Holley ¹² , 1992 [#] : 49% Holley e Nespor ¹³ , 1993 [#] : 40% Zimmerman ¹⁸ , 2003 ⁵ : 30% Thorsteinsdottir ²⁵ , 2018: 19%
Citopatológico / Rastreio de câncer do colo do útero	Holley e Nespor ¹³ , 1993 [#] : 72% ----- Zimmerman ¹⁸ , 2003 ^{&} : 67% Thorsteinsdottir ²⁵ , 2018: 18%	----- Bender e Holley ¹⁴ , 1996 ⁵ : 70% Zimmerman ¹⁸ , 2003 ⁵ : 28% Thorsteinsdottir ²⁵ , 2018: 10%

(Conclusão)

Cuidados primários	MFC	Nefrologista
Rastreamento de câncer de próstata	Thorsteinsdottir ²⁵ , 2018: 13%	Thorsteinsdottir ²⁵ , 2018: 8%
Rastreamento de câncer de cólon	Thorsteinsdottir ²⁵ , 2018: 18%	Thorsteinsdottir ²⁵ , 2018: 9%

Relato de paciente

§ Relato do nefrologista

& Relato do MFC

Fonte: elaborada pelos autores

No estudo de Nespor e Holley¹² (1992), 80% dos pacientes dependiam do nefrologista para a realização do exame físico anual. Os 20% restantes dependiam do MFC ou de outros subespecialistas que os assistiam regularmente. Dentre os pacientes, 91% recebiam assistência dos nefrologistas do centro de diálise para diagnóstico e tratamento de problemas de saúde agudos, não graves e não relacionados à DRC, como infecções de via aérea superior. Problemas de saúde não relacionados à DRC também foram assistidos pelo nefrologista, até mesmo no grupo de pacientes acompanhados pelo MFC. Cuidado ou gestão contínua de doenças gastrintestinais, doenças cardiovasculares e diabetes foram realizados, em sua maioria, pelo nefrologista: 87%, 52% e 63%, respectivamente. No que diz respeito à saúde da mulher, mais da metade das pacientes haviam realizado rastreamento de câncer de colo de útero nos últimos três anos e, em todos os casos, os testes e exames ginecológicos haviam sido realizados fora do centro de diálise. Em relação às mulheres, 72% haviam realizado mamografia de rotina, das quais 68% haviam sido solicitadas pela equipe assistente da clínica de diálise¹².

No estudo de Holley e Nespor¹³ (1993), 80% dos pacientes em HD e 84% dos pacientes em DP dependiam do médico nefrologista para exame físico de rotina. Todavia pacientes em HD confiavam o manejo de seus problemas agudos, não graves e não renais, ao nefrologista em maior magnitude que aqueles em DP (91% vs. 64%, $p < 0.005$). Cerca de 60% dos pacientes dependiam do nefrologista para o manejo de seus problemas crônicos de saúde não renais, não havendo diferença entre pacientes em HD e DP. Nesse estudo, 72% das mulheres haviam realizado rastreamento para câncer de colo de útero e 68%, mamografia. Destas, 59% haviam sido solicitadas pela equipe do centro de diálise¹³.

No estudo de Bender e Holley¹⁴ (1996), dentre os CP entregues por nefrologistas para esse grupo de pacientes, 79% dos nefrologistas relataram prover aconselhamento, 70% tratar dislipidemia, 65% encaminhar para vacinação, 70% encaminhar para coleta de preventivo de câncer de colo de útero, 69% solicitar mamografia e 52% realizar exame físico da mama. Cerca de 85% dos nefrologistas informaram tratar problemas agudos, não graves, não relacionados à DRC e, também manejar comorbidades associadas, como diabetes (90%), doença cardíaca (75%) e gastrintestinal (69%)¹⁴.

Nesse estudo, os nefrologistas foram mais propensos a encaminhar pacientes para avaliação de problemas cardíacos (76%) e gastrintestinais (74%) do que para tratamento do diabetes (25%). Isso pode ser explicado pela necessidade de propedêutica específica, com exames como cateterismo cardíaco ou endoscopia digestiva, como relatado por Nespor e Holley¹² (1992)¹⁴. Apesar dos cuidados contínuos do nefrologista, 55% dos pacientes relataram que foram encaminhados para, pelo menos, um subespecialista no ano anterior: 57 para especialidades cirúrgicas e 30 para especialidades clínicas, destacando-se gastroenterologia, dermatologia e cardiologia^{3,9}.

Alexander e Sehgal¹⁵ (1998) entrevistaram 148 pacientes em diálise tentando compreender o recebimento de diversos CP, por tipo de provedor, e a satisfação geral do paciente com o atendimento recebido. Nesse estudo, generalistas, nefrologistas e outros especialistas forneceram cuidados para 14%, 48% e 38% das condições relatadas pelos pacientes. Nefrologistas foram responsáveis por entregar a maior parte do cuidado de quatro das cinco categorias elencadas: condições relacionadas a diálise, hipertensão, diabetes e problemas agudos. Comorbidades, tais como doença cardíaca, pulmonar ou gastrintestinal, foram assistidas, em sua maioria, por outros especialistas. Nesse caso, nefrologistas e generalistas responderam por parcela semelhante da assistência, muito aquém da assumida por outras especialidades¹⁵.

No estudo de Zimmerman et al.¹⁸ (2003), apesar de a maioria dos pacientes receberem um exame físico anual (50% pelo MFC, 21% pelo nefrologista), apenas 49% das mulheres fizeram rastreio para câncer de colo de útero e 55% das mulheres com mais de 50 anos fizeram uma mamografia nos últimos dois anos. Embora MFCs relatem inseguranças no atendimento de pacientes DRCD, nesse estudo, MFCs foram mais propensos a ofertar CP em todas as categorias pesquisadas, com exceção da avaliação do perfil lipídico¹⁸. Destacam-se, pela grande discrepância entre CP prestados por nefrologistas e MFCs, respectivamente: rastreio de câncer de colo de útero (28% vs. 67%), solicitação de mamografia (30% vs. 73%), exame físico da mama (10% vs. 78%), avaliação de problemas agudos, não graves (72% vs. 91%), imunização (74% vs. 88%) e aconselhamento (53% vs. 77%)¹⁸.

Nesse mesmo estudo, 66% dos MFCs afirmaram não possuir pacientes em diálise em sua prática atual. Outros 29% tinham apenas um ou dois pacientes em diálise em sua prática atual e apenas 5% tinham entre três e cinco pacientes em diálise. Apesar disso, os MFCs eram mais propensos a ofertar CP a esses pacientes que os nefrologistas¹⁸.

Winkelmayer et al.¹⁶ (2002) realizaram uma coorte retrospectiva que incluiu 1184 pacientes com o objetivo de avaliar a experiência na obtenção de CP entre pacientes em diálise através dos seguintes parâmetros: rastreio de câncer de mama, de colo de útero e de próstata, rastreio de retinopatia diabética e controle da hemoglobina glicosilada em indivíduos diagnosticados com diabetes. Com exceção de

exames oftalmológicos para diabéticos, menos de 40% dos pacientes dosaram hemoglobina glicosilada ou realizaram estudos de rastreamento de câncer de mama, de colo de útero ou de próstata¹⁶.

Thorsteinsdottir et al.²⁵ (2018) avaliaram, através de uma coorte retrospectiva, se consultas com um MAP resultariam no aumento do rastreamento de câncer de mama, colón, próstata e colo do útero. Nesse estudo, as taxas de rastreamento de câncer foram maiores entre pacientes que mantinham acompanhamento na APS: 38% vs. 19% ($p = 0,0002$) para câncer de mama; 18% vs. 10% ($p = 0,047$) para câncer de colo de útero; 13% vs. 8% ($p = 0,024$) para câncer de próstata e 18% vs. 9% ($p = 0,0002$) para câncer de cólon. Após ajustes para idade, sexo e comorbidades, pacientes assistidos em conjunto com um MAP tinham maior probabilidade de receber rastreamento para neoplasias comuns. Ainda assim, as taxas de rastreio foram mais baixas que as da população geral dos Estados Unidos²⁵.

Claxton et al.²⁰ (2010) entrevistaram 62 pacientes portadores de DRC em diálise com o objetivo de avaliar a gestão dos sintomas do paciente em diálise. Nesse estudo, a maioria dos pacientes relatou não receber tratamento para seus sintomas. Contudo, MFCs foram mais propensos a prescrever medicações para todos os sintomas apresentados pelo paciente, com a exceção de náusea ou dormência/formigamento nos pés, que os nefrologistas²⁰. Esses achados e de outros autores, como Davison²⁸ (2003), demonstram que apenas 50% dos pacientes com dor crônica em HD recebem tratamento e que 75% desses pacientes relatam manejo insuficiente e questionam a competência do nefrologista em entregar CP para eles²⁸.

Green et al.²² (2012) avaliaram as percepções dos provedores de saúde (nefrologistas, médicos assistentes e enfermeiras) e padrões de prática de gestão e tratamento de sintomas como dor, disfunção sexual e depressão em pacientes DRC em HD. Nesse estudo, 78% dos nefrologistas acreditavam que o gerenciamento de sintomas era "muito" importante e 85% relataram gastar um tempo "moderado" a "grande" no gerenciamento dos sintomas; menos que 50% relataram tratar a dor, e menos que 20% relataram tratar os sintomas de disfunção sexual ou depressão "na maior parte" ou "em todo" o tempo. Os nefrologistas, em sua maioria, acreditavam que era responsabilidade dos médicos não nefrologistas tratar esses sintomas²².

No estudo de Fortes et al.²¹ (2010), 94% dos pacientes em diálise consideraram o nefrologista o médico responsável por zelar pelo seu controle glicêmico. Todavia 57% dos pacientes tinham HbA1c acima do valor considerado adequado à época. Pacientes em DP apresentavam valores de HbA1c significativamente maiores quando comparados aos de pacientes em HD ($9,37 \pm 0,5$) vs ($7,37 \pm 0,49$), $p < 0,01$ ²¹.

Impacto da APS na mortalidade, hospitalização e qualidade de vida relacionada a saúde

Thorsteinsdottir et al.²³ (2017) avaliaram se a intensidade de utilização da APS associava-se com morte, transplante renal e uso do sistema de saúde, incluindo idas à emergência e internação hospitalar. Nesse trabalho, os autores evidenciaram que os MAPs permanecem envolvidos no cuidado de uma grande parcela dos pacientes americanos em diálise, com apenas 14% dos pacientes avaliados não realizando consultas na APS durante o seguimento. O número médio de visitas à APS foi de 4,5 por ano, variando de 0,6 no grupo com baixa procura da APS a cerca de 7,0 no grupo de alta procura. Os pacientes com alta procura da APS eram, geralmente, mais idosos, tinham mais comorbidades, visitavam mais os departamentos de emergência, hospitalizavam-se mais e apresentavam pior sobrevida e maiores taxas de transplante. Todavia, após o ajuste para fatores de confusão, não houve diferença nos resultados entre os grupos. Dessa forma, a sobrevida foi semelhante, independentemente se o paciente recebia CP exclusivamente no centro de diálise ou com colaboração da equipe de APS²³.

Silver et al.²⁷ (2020) avaliaram se a continuidade dos cuidados por médicos da APS estaria associada a menor risco de mortalidade por todas as causas ou hospitalização. Nesse estudo, não houve uma redução significativa na mortalidade em pacientes com alta continuidade de assistência por MAP (14,5 mortes por 100 pessoas-ano versus 15,2 mortes por 100 pessoas-ano) nem uma redução significativa na taxa de hospitalizações. As análises de sensibilidade projetadas para refletir os níveis variáveis de envolvimento do MAP continuaram sem demonstrar diferença nos resultados, exceto por uma pequena, mas significativa, redução na taxa de hospitalização quando a definição de continuidade da assistência primária incluiu visitas do MAP por pelo menos um ano após o início da diálise. Entre as hospitalizações por doenças específicas, os autores encontraram uma redução nas hospitalizações relacionadas ao diabetes de 8,0 eventos por 100 pessoas-ano no grupo de baixa continuidade de assistência por MAP para 7,0 eventos por 100 pessoas-ano no grupo de alta continuidade de assistência por MAP²⁷.

Hynes et al.²⁶ (2019) avaliaram se a integração de CP, com introdução de MAP, ACS, farmacêutico e enfermeira coordenadora de cuidados na equipe de diálise, melhoraria a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes DRCd. Nesse sentido, a adição de um MAP, a integração dos CP e a melhoria da coordenação de cuidados pareceu atender a uma necessidade anteriormente não observada nesse grupo de pacientes e associou-se com melhora da QVRS. Na análise de regressão, ajustada para visitas individuais com os prestadores de serviços médicos domiciliares e outros fatores, houve melhora significativa em quatro dos cinco domínios do Kidney Disease Quality of Life: em 12 e 18 meses, a pontuação do componente mental melhorou desde o início (média ajustada 49,0) em 2,64 ($p = 0,01$) e

2,96 ($p = 0,007$) pontos, respectivamente. Aos 6 e 12 meses, o domínio “sintomas” melhorou desde o início (média ajustada = 77,0) em 2,61 ($p = 0,02$) e 2,35 pontos ($p = 0,05$), respectivamente. O domínio “efeitos da doença renal” melhorou desde o início (média ajustada = 72,7), aos 6, 12 e 18 meses em 4,36 ($p = 0,003$), 6,95 ($p < 0,0001$) e 4,14 ($p = 0,02$) pontos, respectivamente²⁶.

Discutindo a coordenação do cuidado da pessoa com DRC em diálise

Embora a portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018, aponte o MFC como coordenador do cuidado ao paciente com DRC em estágio conservador e em TSR⁸, a literatura é conflitante ao apontar quem deve coordenar o cuidado e em identificar quem, geralmente, assume essa função na prática. Dessa forma, pouco se sabe sobre o papel do MFC e a cogestão do nefrologista na prestação desse serviço.

O estudo de Alexander e Sehgal¹⁵ (1998) relatou que os nefrologistas são os maiores provedores de CP a pessoas com DRCd, corroborando os resultados de diversos estudos que avaliaram a percepção de nefrologistas e/ou de pacientes a respeito da prestação e coordenação dos CP^{12-14,19,29}. Essa vinculação dos pacientes com o nefrologista para entrega de CP parece ter uma relação com o tempo de tratamento, como pôde ser observado nos resultados de Shah et al.¹⁹ (2005), em que apenas 32% dos pacientes com menos de um ano de diálise recebiam CP do nefrologista, enquanto 71% dos pacientes com mais de um ano de diálise recebiam os CP do nefrologista. Nesse sentido, estabelecer ou reforçar o vínculo do paciente iniciante em diálise com a APS parece interessante para manter a cogestão.

Embora o nefrologista fosse apresentado como o grande provedor de CP, no estudo de Alexander e Sehgal¹⁵ (1998), não houve diferença no grau de satisfação dos pacientes entre médicos generalistas, nefrologistas e outros especialistas. Os pacientes encontravam-se igualmente satisfeitos¹⁵. Dentre os inúmeros fatores que podem contribuir para que o nefrologista assuma esse papel, pode-se destacar o fácil acesso a cuidados de saúde nos centros de diálise, considerando que o paciente o frequenta, ao menos, três vezes por semana.

Esses dados suportam a hipótese do estudo de Radecki et al.²⁹ (1989) de que nefrologistas provedores de CP a pessoas em diálise tendem a assumir a responsabilidade por todas as necessidades de saúde dessa população^{12,13,29}. Bender et al.¹⁴ (1996) destacam, todavia, que, embora assumam o ônus, os nefrologistas muitas vezes não seguem as sugestões de triagem, de cuidados preventivos, de gestão de comorbidades crônicas e agendas de aconselhamento de saúde, como pôde ser evidenciado no estudo brasileiro de Fortes et al.²¹ (2010), em que mais da metade dos pacientes diabéticos encontravam-se com hemoglobina glicosilada acima do alvo.

Outros estudos corroboram a afirmação de Bender et al.¹⁴ (1996) de que os CP entregues estão

aquém do esperado. Por exemplo, apesar do risco aumentado de câncer na população em diálise³⁰, as taxas de rastreamento de câncer de mama ou de colo do útero apresentadas por Winkelmayr et al.¹⁶ (2002) foram de apenas 27% e 17%, respectivamente, quando, nessa mesma região, as taxas de rastreio na população geral eram de 61% e 64%, respectivamente. Além disso, após iniciarem diálise, as já baixas taxas de rastreamento não melhoraram, mesmo considerando o contato semanal dos pacientes com a equipe de saúde. Pior, os autores informam que as taxas de triagem de PSA, exames oftalmológicos para diabéticos e teste de hemoglobina glicosilada diminuíram significativamente após o início da diálise¹⁶.

No estudo de Green et al.²² (2012), muitos nefrologistas afirmaram que o manejo da dor, disfunção sexual e depressão eram de responsabilidade dos provedores da APS. Essa percepção pareceu influenciar a frequência com que nefrologistas relataram tratar esses sintomas. Todavia quase metade dos pacientes relataram que consideravam seu nefrologista o provedor de CP, o que sugere, em concordância com outros autores,^{12-14,19,29} que uma proporção substancial de pacientes em HD pode não ter outro prestador além de seu nefrologista para manejar esses sintomas²². A discordância entre os pontos de vista de nefrologistas – que relataram que o manejo dos sintomas é de responsabilidade dos médicos da APS – e de pacientes em HD – que, muitas vezes, disseram considerar seu nefrologista como provedor de CP – pode ajudar a explicar o subtratamento de sintomas como dor, disfunção sexual e depressão nesse grupo de pacientes.

Além disso, Gilbertson et al.¹⁷ (2003) realizaram uma coorte retrospectiva que incluiu 125.500 pessoas com o objetivo de avaliar a eficácia da vacinação para influenza em pacientes DRC em diálise. Nesse estudo, menos da metade dos pacientes receberam vacinação contra influenza. O número de pacientes em HD vacinados foi superior ao de pacientes em DP, o que pode ser explicado pela menor frequência destes últimos no centro de diálise. A vacinação foi associada a menor probabilidade de morte e hospitalização nesses pacientes, sobretudo naqueles em HD. Esses autores postularam que um dos fatores que podem contribuir com as baixas taxas de vacinação para influenza nesse grupo, além do custo, seria a falta de esclarecimento ou de recomendação profissional sobre os benefícios associados¹⁷.

Claxton et al.²⁰ (2010), por sua vez, evidenciaram alta prevalência de sintomas potencialmente tratáveis – como insônia, náusea, parestesia, dor, disfunção sexual e alterações do humor – e pouca intervenção clínica. MFCs foram mais propensos a prover tratamento para esses sintomas do que nefrologistas²⁰. Dessa forma, embora o nefrologista se identifique como o prestador/coordenador de CP para pacientes DRC, alguns estudos destacam que esses cuidados não são prestados ao paciente.

Fica claro, então, que os nefrologistas, apesar da sua confiança em suas habilidades como prestadores de CP^{14,18}, não parecem mais cumprir esse papel em sua totalidade, como foi apresentado nos parágrafos acima^{16,17,20-22}. Nesse sentido, o estudo de Zimmerman et al.¹⁸ (2003) realça que a maior

parte dos nefrologistas e dos MFCs concordaram que os nefrologistas não deveriam ser os únicos responsáveis pela prestação de CP para pacientes dialíticos. Parece haver um consenso entre os provedores de que os MFCs deveriam estar envolvidos no cuidado das pessoas com DRCd.

Embora as evidências não apontem nem para uma melhoria das taxas de mortalidade ou de internação por todas as causas nem para uma redução de custos ou de uso da atenção secundária e terciária^{23,27}, a assistência pelo MAP relacionou-se com o incremento da qualidade de vida, do tratamento de sintomas prevalentes, da avaliação e tratamento de doenças mentais e da implementação de medidas preventivas^{18,22,26}.

Como afirmado previamente, parece existir um consenso de que MFCs deveriam estar envolvidos no processo de cuidado das pessoas com DRCd e que a assistência deveria ser compartilhada¹⁸. Para evitar a fragmentação do cuidado, comunicar-se é essencial. Todavia Zimmerman et al.¹⁸ (2003) afirmam que 34,2% dos nefrologistas referiram nunca enviar laudo por escrito ao MFC do paciente, enquanto outros 27% o faziam apenas uma vez por ano. Os MFCs, por sua vez, concordaram com a baixa taxa de comunicação entre eles e os nefrologistas. Essa dificuldade de comunicação entre os profissionais, segundo os autores, parece ser um dos fatores que prejudicam a coordenação do cuidado e a assistência a esse grupo de pacientes¹⁸. Ainda nesse estudo, embora 85% dos nefrologistas tenham sugerido incentivar seus pacientes a manter um relacionamento com os MFCs, a maioria dos MFCs não tinha certeza se isso acontecia¹⁸.

Além das questões relacionadas a falhas (ou inexistência) de comunicação entre os profissionais, os nefrologistas parecem estar preocupados com o conhecimento e o tempo de que os MFCs dispõem para prestar CP para pacientes DRCd¹⁸. Embora os MFCs e nefrologistas acreditem que o MFC não é capacitado para manejar os problemas de saúde desse grupo complexo de pacientes, a literatura informa que os MFCs são mais propensos a tentar resolvê-los que os nefrologistas^{18,20}.

A oferta de cuidados de saúde de qualidade na ESF depende de processos organizacionais e das práticas profissionais. A ESF já ultrapassou a marca de 40 mil equipes distribuídas em todo o território nacional. No entanto, são frequentes e persistentes, nas unidades de saúde, os problemas de estrutura para condições mínimas de trabalho, disponibilidade de insumos essenciais e de tecnologias de informação e comunicação. Restrições orçamentárias ao SUS, entre outros fatores, têm agravado intensamente essa situação³¹.

A centralização do cuidado no especialista, embora cômoda e familiar para o paciente, não fornece integralidade. O indivíduo deixa de ser visto como um ser biopsicossocioambiental e passa a ter seu cuidado segmentado e focado apenas na disfunção renal, sendo outras dimensões tão importantes negligenciadas.

CONCLUSÃO

A literatura internacional parece concordar que, apesar de o nefrologista assumir o papel de coordenador do cuidado e ser, em várias ocasiões, o principal responsável pela oferta de CP à pessoa com DRCd, isso não significa que os CP prestados se adequam às necessidades do paciente, tampouco que são suficientes. Ademais, estudos mais recentes têm destacado o papel crescente do MFC no gerenciamento desse grupo de pacientes e, sobretudo, a tendência desses profissionais a ofertar mais CP e a valorizar as queixas e necessidades dos pacientes. Nesse sentido, vale destacar que essa inclinação dos MFCs parece assertiva, uma vez que os pacientes parecem desejar mais ter seus problemas e sintomas do dia a dia manejados e sua qualidade de vida restauradas do que apenas atingir os alvos terapêuticos estabelecidos pelo *Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO)*.

Neste momento, contudo, a presente revisão nos permite inferir que descrever de forma clara os papéis e responsabilidades de nefrologistas e MFCs no cuidado de pessoas com DRCd deve ser uma prioridade. O objetivo seria instituir um modelo de prestação de cuidados centrado no paciente. Nesse sentido, promover uma maior integração entre os diferentes integrantes das equipes multiprofissionais, tanto da unidade de saúde de família como do centro de diálise, poderia permitir uma assistência integral. A elaboração de fluxos e manuais, além de melhorar a comunicação entre os profissionais, pode contribuir para que os MFCs se sintam mais à vontade para manejar esses pacientes na APS. Também deve-se considerar a inclusão de temáticas da APS na formação do nefrologista.

Por fim, esta revisão evidencia uma imensa lacuna científica no que diz respeito à coordenação do cuidado e à prestação de CP para a pessoa com DRC em diálise no Brasil: Quem coordena? Quem deve coordenar? Quem oferta CP? Quem deve ofertar CP? Os CP ofertados estão adequados? Existe diálogo entre a APS e o centro de diálise? O MFC sente-se apto para assistir esse perfil de paciente? Para essas perguntas, no Brasil, ainda não temos respostas. Assim, novos estudos voltados para a população DRCd são necessários para a compreensão da situação brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Schmidt MI, Duncan BB, e Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 Jun [acesso em 2021 fev. 15];377(9781):1949–61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
2. Oliveira Junior HM de, Formiga FFC, Alexandre C da S. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa-PB. *Brazilian J Nephrol*. 2014 [acesso em 2021 fev. 15];36(3):367–74.

<https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140052>

3. Lugon JR, Gordan PA, Thomé FS, Lopes AA, Watanabe YJA, Tzanno C, et al. A Web-Based Platform to Collect Data from ESRD Patients Undergoing Dialysis: Methods and Preliminary Results from the Brazilian Dialysis Registry. *Int J Nephrol* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 fev. 15]; 2018:1–8. <https://doi.org/10.1155/2018/9894754>
4. Alcalde PR, Kirsztajn GM. Expenses of the Brazilian Public Healthcare System with chronic kidney disease. *Brazilian J Nephrol* [Internet]. 2018 Jun 4 [acesso em 2021 fev. 15];40(2):122–9. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-3918>
5. Sociedade Brasileira de Nefrologia. SBN Informa: Um novo biênio, uma nova diretoria à frente da SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2018;34.
6. Pisco, L, Pinto, LF. De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2020 [acesso em 2021 fev. 15]; 25 (4): 1197-1204. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>
7. Giovanella, L; Mendonça, MHM. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012 [acesso em 2021 fev. 15]. 502-6. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_PRIMARIA_A_SAUDE_ESF_Giovanella_L_Mendonca_MH.pdf
8. Brasil. Portaria nº 1.675, de 7 de Junho De 2018. DOU Nº 109 seção 01; 2018.
9. Ercole FF, Melo LS de, Alcoforado CLGC. Integrative review versus systematic review. *Reme Rev Min Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 2021 fev. 15];18(1). <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>
10. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem . Vol. 17, Texto & Contexto - Enfermagem . scielo ; 2008 [acesso em 2021 fev. 15]. p. 758–64. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
11. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. 2014. 416 p.
12. Nespor SL, Holley JL. Patients on hemodialysis rely on nephrologists and dialysis units for maintenance health care. *ASAIO J*. 1992 [acesso em 2021 fev. 15];38(3). <https://doi.org/10.1097/00002480-199207000-00037>
13. Holley JL, Nespor SL. Nephrologist-Directed Primary Health Care in Chronic Dialysis Patients. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 1993 Jun [acesso em 2021 fev. 15];21(6):628–31. [https://doi.org/10.1016/S0272-6386\(12\)80035-7](https://doi.org/10.1016/S0272-6386(12)80035-7)
14. Bender FH, Holley JL. Most nephrologists are primary care providers for chronic dialysis patients: results of a national survey. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 1996 Jul [acesso em 2021 fev. 15];28(1):67–71. [https://doi.org/10.1016/S0272-6386\(96\)90132-8](https://doi.org/10.1016/S0272-6386(96)90132-8)
15. Alexander GC, Sehgal AR. Dialysis patient ratings of the quality of medical care. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 1998 Aug 1 [acesso em 2021 fev. 15];32(2):284–9. <https://doi.org/10.1053/ajkd.1998.v32.pm9708614>
16. Winkelmayr WC, Owen W, Glynn RJ, Levin R, Avorn J. Preventive health care measures before and after start of renal replacement therapy. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2002 Aug [acesso em 2021 fev. 15];17(8):588–95. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.11021.x>
17. Gilbertson DT, Unruh M, McBean AM, Kausz AT, Snyder JJ, Collins AJ. Influenza vaccine delivery and effectiveness in end-stage renal disease. *Kidney Int*. 2003 Feb [acesso em 2021 fev. 15];63(2):738–43. <https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2003.00787.x>
18. Zimmerman DL. Attitudes of Canadian nephrologists, family physicians and patients with kidney failure toward primary care delivery for chronic dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* [Internet]. 2003 Feb 1 [acesso em 2021 fev. 15];18(2):305–9. <https://doi.org/10.1093/ndt/18.2.305>
19. Shah N, Dahl N V., Kapoian T, Sherman RA, Walker JA. The Nephrologist as a Primary Care Provider for the Hemodialysis Patient. *Int Urol Nephrol* [Internet]. 2005 Mar [acesso em 2021 fev. 15];37(1):113–7. <https://doi.org/10.1007/s11255-004-0875-4>
20. Claxton RN, Blackhall L, Weisbord SD, Holley JL. Undertreatment of Symptoms in Patients on Maintenance

- Hemodialysis. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2010 Feb [acesso em 2021 fev. 15];39(2):211–8. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.07.003>
21. Fortes PC, Mendes JG, Sesiuk K, Marcondes LB, Aita CAM, Riella MC, et al. Glycemic and lipidic profile in diabetic patients undergoing dialysis. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2010;54(9):793–800.
 22. Green JA, Mor MK, Shields AM, Sevik MA, Palevsky PM, Fine MJ, et al. Renal Provider Perceptions and Practice Patterns Regarding the Management of Pain, Sexual Dysfunction, and Depression in Hemodialysis Patients. *J Palliat Med* [Internet]. 2012 Feb [acesso em 2021 fev. 15];15(2):163–7. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0284>
 23. Thorsteinsdottir B, Ramar P, Hickson LJ, Reinalda MS, Albright RC, Tilburt JC, et al. Care of the dialysis patient: Primary provider involvement and resource utilization patterns - a cohort study. *BMC Nephrol* [Internet]. 2017 [acesso em 2021 fev. 15];18(1):322. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0728-x>
 24. Chukwudozie IB, Fitzgibbon ML, Schiffer L, Berbaum M, Gilmartin C, David P, et al. Facilitating primary care provider use in a patient-centered medical home intervention study for chronic hemodialysis patients. *Transl Behav Med*. 2018 Oct 16 [acesso em 2021 fev. 15];8:341+. <https://doi.org/10.1093/tbm/iby021>
 25. Thorsteinsdottir B, Hickson LJ, Ramar P, Reinalda M, Krueger NW, Crowson CS, et al. High rates of cancer screening among dialysis patients seen in primary care a cohort study. *Prev Med Reports* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 fev. 15];10:176–83. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.03.006>
 26. Hynes DM, Fischer M, Fitzgibbon M, Porter AC, Berbaum M, Schiffer L, et al. Integrating a Medical Home in an Outpatient Dialysis Setting: Effects on Health-Related Quality of Life. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 fev. 15];34(10):2130–40. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05154-9>
 27. Silver SA, Bota SE, McArthur E, Clemens KK, Harel Z, Naylor KL, et al. Association of Primary Care Involvement with Death or Hospitalizations for Patients Starting Dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* [Internet]. 2020 Apr 7 [acesso em 2021 fev. 15];15(4):521 LP – 529. <https://doi.org/10.2215/CJN.10890919>
 28. Davison SN. Pain in hemodialysis patients: prevalence, cause, severity, and management. *Am J kidney Dis Off J Natl Kidney Found*. 2003 Dec [acesso em 2021 fev. 15];42(6):1239–47. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2003.08.025>
 29. Radecki SE, Blagg CR, Nissenson AR, Freeman RB, Feinstein EI, Gentile DE, et al. End-stage renal disease and the practice of nephrology. *Am J Kidney Dis*. 1989;14(5):402–7.
 30. Inamoto H, Ozaki R, Matsuzaki T, Wakui M, Saruta T, Osawa A. Incidence and Mortality Pattern of Malignancy and Factors Affecting the Risk of Malignancy in Dialysis Patients. *Nephron* [Internet]. 1991 [acesso em 2021 fev. 15];59(4):611–7. <https://doi.org/10.1159/000186652>
 31. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate* [internet]. 2018 [acesso em 2021 fev. 15]; 42 (spe1): 208-23. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>