

Doença renal crônica não dialítica: invisibilidade e negligência na Atenção Primária à Saúde

Non-dialysis chronic kidney disease: invisibility and neglect in Primary Health Care

Alba Otoni, Eugênio Vilaça Mendes, Lara Kethlyn Fernandes Duarte, Lowanny Miriã de Oliveira, Anna Beatriz Ferreira Gomes, Simone Cassiano Ventura, Geraldo Lucas Lamonier, Murilo César do Nascimento

Autoria

Metadados

RESUMO

Objetivo: Avaliar a capacidade institucional da atenção primária à saúde (APS) para o manejo da doença renal crônica não dialítica (DRC-ND) em um município de Minas Gerais/Brasil. **Método:** Estudo transversal descritivo, realizado entre maio e agosto de 2024. A população foi composta por gestores municipais da APS e por médicos e/ou enfermeiros que atuavam na assistência à saúde na Atenção Primária. O instrumento *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC), versão validada em português, foi utilizado para avaliar a capacidade da APS em prestar cuidados às pessoas com DRC-ND a partir da escala *likert*, pontuada de zero a 11 pontos. Foi realizada análise descritiva dos dados para caracterizar a população e interpretar os resultados do ACIC conforme as sete dimensões do instrumento. **Resultados:** O estudo contou com representantes de 100% das unidades de APS do município analisado (43 unidades), num total de 67 participantes: 27 (40,3%) médicos; 37 (55,2%) enfermeiros e os três principais gestores. O ACIC revelou um escore geral baixo de 2,8/11 da capacidade da APS em assistir pessoas com acometimento renal. Especificamente, as pontuações mais baixas foram registradas nas seguintes dimensões: envolvimento da comunidade (2,0/11); sistemas de informação clínica (2,0/11) e integração dos componentes do Modelo de Atenção Cuidados Crônicos (MACC) (2,0/11). **Conclusões:** Este estudo identificou deficiências estruturais e organizacionais na APS para a gestão da DRC-ND, o que evidencia inadequação aos princípios fundamentais do SUS e ressalta a necessidade urgente de investimentos em capacitação profissional e em infraestrutura adequada para garantir o direito à proteção da saúde renal.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Insuficiência Renal Crônica. Falência Renal Crônica. Diagnóstico Precoce.

ABSTRACT

Objective: To assess the institutional capacity of primary health care (PHC) for managing non-dialytic chronic kidney disease (ND-CKD) in a municipality of Minas Gerais, Brazil. **Method:** A descriptive cross-sectional study conducted between May and August 2024. The study population comprised municipal PHC managers as well as physicians and/or nurses providing primary health care services. The validated Portuguese version of the *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC) instrument was used to evaluate PHC capacity in delivering care to individuals with ND-CKD, employing a Likert scale scored from 0 to 11 points. Descriptive data analysis was performed to characterize the study population and interpret the ACIC results according to the instrument's seven dimensions. **Results:** The study included representatives from 100% of the PHC units in the analyzed municipality (43 units), totaling 67 participants: 27 (40.3%) physicians, 37 (55.2%) nurses, and the three principal managers. The ACIC revealed a low overall score of 2.8/11 regarding PHC's capacity to assist individuals with renal impairment. Specifically, the lowest scores were observed in the following dimensions: community involvement (2.0/11), clinical information systems (2.0/11), and integration of components of the Chronic Care Model (CCM) (2.0/11). **Conclusions:** This study identified structural and organizational deficiencies in PHC for managing ND-CKD, highlighting non-compliance with the fundamental principles of Brazil's Unified Health System (UHS) and underscoring the urgent need for investments in professional training and adequate infrastructure to ensure the right to renal health protection.

KEYWORDS: Primary Health Care. Renal Insufficiency Chronic. Kidney Failure Chronic. Early Diagnosis.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC), em fases não dialíticas, representa um dos principais desafios globais de saúde pública do século XXI^{1,2,3}. O Atlas Global de Saúde Renal (AGSR), da Sociedade Internacional de Nefrologia (SIN), tem liderado esforços multinacionais para compreender o estado e a capacidade dos países para prestarem cuidados renais oportunos, especialmente naqueles em desenvolvimento onde os recursos são escassos. Identificou-se que países com poucos recursos têm uma capacidade substancialmente reduzida de prestar cuidados renais. Esses resultados possuem implicações políticas importantes para se promover um acesso equitativo aos cuidados renais⁴.

O boletim epidemiológico da DRC do Brasil (2024) revelou que, mesmo com prováveis subnotificações de dados, entre os anos 2010 e 2023, houve um aumento progressivo no diagnóstico de DRC, que atingiu o auge em 2023⁵. Fatores como o envelhecimento da população, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes mellitus (DM) e as doenças cardiovasculares têm contribuído significativamente para o aumento da prevalência e da incidência dessa condição crônica, o que alimenta, de forma indesejada, a tripla carga de doenças no Brasil⁵.

Na direção contrária aos índices crescentes de acometimento renal, as evidências indicam lacunas importantes no atendimento de pacientes com DRC não dialítica (DRC-ND) na Atenção Primária à Saúde (APS)^{4,6,7}. Bravo-Zúñiga et al (2019), no Peru⁶, Cortez et al (2022),⁷ no Brasil, Bello et al (2024)⁴ ao representarem 166 países, alertaram para um cenário persistente de fragilidade assistencial e registraram que a invisibilidade dessas pessoas, para esse nível de atenção à saúde, pode explicar a conseqüente sobrecarga da atenção especializada (AE). Ainda na atualidade, registram-se ambulatorios de nefrologia abarrotados de pessoas em fase muito avançada da DRC, sem opções de conservação da função renal, sem conhecimento prévio dessa condição de saúde e também sem qualquer abordagem prévia profissional para fins de preservação da saúde renal⁷.

Um estudo recente no Brasil que analisou 8.335.724 beneficiários de planos de saúde privados estimou uma prevalência de DRC de 3,8%, com 10% classificados como de alto ou de muito alto risco de progressão para a insuficiência renal. Os pesquisadores salientaram que, embora cerca de 20% dos participantes tivessem registrado resultados de níveis de creatinina sérica que auxilia na detecção do acometimento renal, menos de 1% realizou testes de proteinúria, que é uma ferramenta crítica de diagnóstico e de monitorização da DRC⁸.

Mediante o exposto, reafirma-se um investimento em nível mundial para expandir a consciência do custo financeiro a se pagar pelo aumento da carga da DRC e de seus fatores de risco, além da mobilização de vários países para o enfrentamento dessa condição crônica e de

suas complicações⁴. No Brasil, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)⁹, adaptado por Mendes¹⁰, desde 2012, busca aprimorar o manejo das doenças crônicas, entre as quais, a DRC. Esse modelo prioriza a interação entre pacientes informados e equipes de saúde bem equipadas, apoiadas por componentes críticos como a organização dos serviços, o suporte à decisão clínica e a integração com os recursos da comunidade¹⁰.

Apesar desses avanços na assistência a pessoas em condições crônicas de saúde, em que se observa a evolução da assistência a pessoas com HAS e DM, por exemplo, a DRC-ND permanece sub-representada nas estratégias brasileiras de APS. Assim, as particularidades/fragilidades regionais precisam ser identificadas, registradas e analisadas a fim de servirem de ponto de partida na busca da assistência de qualidade a pessoas com acometimentos renais ainda não dialíticos, uma vez que muito se pode fazer para preservar as funções renais^{11,12,13,14}. Para abordar essa lacuna, o presente estudo teve como objetivo avaliar a capacidade institucional da atenção primária à saúde (APS) para o manejo da DRC-ND em um município de Minas Gerais/Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de delineamento transversal descritivo que envolveu profissionais da atenção primária à saúde, no período de maio a agosto de 2024, realizado em um município de médio porte da região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil. O estudo seguiu as diretrizes da declaração *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology-STROBE*¹⁵, com vistas a garantir um percurso metodológico abrangente, científico e transparente.

A pesquisa foi realizada em todas as unidades de APS do município estudado, que, segundo o censo de 2022, contava com 231.091 habitantes. Ao todo, são 43 unidades de saúde, sendo 11 tradicionais e 34, da Estratégia Saúde da Família (ESF), distribuídas nas zonas urbana e rural. A escolha desse município foi orientada por sua representatividade em termos de organização dos serviços de APS e pela viabilidade de acesso às unidades de saúde.

A população do estudo foi composta pelos principais gestores municipais: Coordenador da APS, Coordenador da Atenção Especializada e Profissional Referência Técnica para doenças crônicas da APS, além dos profissionais assistenciais de saúde desse mesmo nível de Atenção à Saúde, representados por médicos e enfermeiros que prestavam atendimento ativo nas unidades de saúde do município e participaram de capacitação oferecida pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Os participantes deveriam atender a critérios específicos de inclusão, como ocupar o cargo de chefia há pelo menos seis meses, para gestores, ou prestar assistência direta a pacientes com HAS e/ou DM, que são as principais doenças de base que levam ao acometimento renal crônico ou, ainda, prestar assistência a pacientes com diagnóstico

confirmado de DRC. Foram excluídos os profissionais que estavam em licença prolongada durante o período da coleta de dados.

As variáveis do estudo abrangeram características sociodemográficas como sexo, idade, situação conjugal, renda familiar, segundo os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)¹⁶ além de informações referentes ao cargo profissional exercido, tempo de serviço, experiência prévia em gestão e contato com indivíduos com DRC. Adicionalmente, a capacidade da APS para gerir as condições crônicas, no caso específico, a DRC, na perspectiva dos profissionais de saúde e gestores, foi avaliada com emprego da versão portuguesa validada do instrumento *Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)*. Esse instrumento compreende aspectos essenciais dos cuidados de saúde que são avaliados numa escala de likert de 11 pontos máximos (variando de 0 a 11), subdividido em sete dimensões, quais sejam: Organização da Atenção à Saúde; Articulação com a comunidade; Autocuidado apoiado; Suporte à decisão; Desenho do Sistema de Prestação de Serviços; Sistema de Informação Clínica e Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas¹⁷.

A coleta de dados foi realizada através de ações de colaboração que envolveram a Universidade Federal e a Secretaria de Saúde local. Desse modo, todos os profissionais foram liberados do trabalho, durante uma tarde, para participarem de uma capacitação sobre a linha de cuidados e de matriciamento da DRC e para responderem ao questionário no *Google Forms*. Adotou-se uma abordagem de métodos mistos, combinando convites presenciais feitos durante a capacitação, com a distribuição online de instrumentos de inquérito através do *Google Forms* para maximizar as taxas de resposta. Os participantes receberam um formulário de consentimento informado antes de preencherem as respostas do ACIC. Foram envidados esforços para minimizar potenciais enviesamentos. O viés de seleção foi abordado por meio do envolvimento de todas as unidades de saúde do município a fim de garantir uma ampla representação. O viés de medição foi atenuado pelo ajustamento da aplicação da ferramenta ACIC por todos os participantes.

As análises estatísticas foram efetuadas com a utilização do SPSS, versão 21.0. O banco de dados foi primeiro verificado quanto à sua consistência e efetuada a validação. A seguir, realizaram-se estatísticas descritivas para caracterizar a amostra. Como todos os registros estavam completos, não foi necessário imputar dados em falta. Não foram realizadas análises de subgrupo e de sensibilidade, uma vez que o objetivo principal era fornecer uma visão descritiva da população de gestores e de profissionais da APS acerca da assistência a pessoas com DRC-ND. A normalidade da distribuição das variáveis foi testada através do teste de Shapiro-Wilk, com os resultados expressos como medianas e intervalos interquartis, para distribuições não normais, ou como médias e desvios-padrão, para dados normalmente distribuídos.

Este estudo seguiu os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei – UFSJ (parecer n.º 4.894.642; CAAE n.º 48028221.4.0000.5545).

RESULTADOS

O estudo contou com representantes de 100% das unidades de APS do município analisado, com um total de 67 participantes, sendo: 27 (40,3%) médicos; 37 (55,2%) enfermeiros e 3 (4,5%) gestores de saúde. As características sociodemográficas dos participantes estão detalhadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos profissionais e gestores da APS de um município da região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil, junho de 2024 (N=67)

(Continua)

Caraterísticas	Número Absoluto (%)
Cargo	
Gestores(as)	3 (4.5%)
Médicos(as)	27 (40.3%)
Enfermeiros(as)	37 (55.2%)
Sexo	
Feminino	40 (59.7%)
Masculino	27 (40.3%)
Situação Conjugal	
Com companheiro	40 (59.7%)
Sem companheiro	27 (40.3%)
Renda Familiar	
A1	43 (64.2%)
A2	22 (32.8%)
B2	2 (3.0 %)
Tempo médio de ocupação do cargo (meses)*	
<i>Percentis</i>	
25 th percentil	4.7 meses
50 th percentil	18.5 meses
75 th percentil	60.0 meses
Experiência prévia com cargo de gestão	
Sim	17 (25.4%)
Não	36 (53.7%)

(Conclusão)

Caraterísticas	Número Absoluto (%)
Não respondeu	14 (20.9%)
Assistência/Contato com pessoas com doença renal	
Sim	64 (95.5%)
Não	2 (3.0%)
Não respondeu	1 (1.5%)

Fonte: elaborada pelos autores

A avaliação, realizada via ACIC, encontra-se representada na Tabela 2. Identificou-se uma pontuação média global baixa de 2,8/11, destacando-se os piores desempenhos nas dimensões envolvimento da comunidade (2,0/11), nos sistemas de informação clínica (2,0/11) e na integração dos componentes do MACC (2,0/11).

Tabela 2 – Resultados do ACIC para avaliação da capacidade institucional da APS em Divinópolis, junho de 2024 (N=67)

(Continua)

Componentes	Mediana
Parte 1 – Organização da Atenção à Saúde para atender à pessoa com doença renal crônica não dialítica: O manejo de políticas/programas de condições crônicas pode ser mais efetivo, se todo o sistema (organização, instituição ou unidade), no qual a atenção é prestada, esteja orientado e permita maior ênfase no cuidado às condições crônicas.	4.0/11
Parte 2 – Articulação com a comunidade para atender à pessoa com doença renal crônica não dialítica: A articulação entre o sistema de saúde (Instituições ou Unidades de Saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/manejo de condições crônicas.	2.0/11
Parte 3 – Autocuidado apoiado para atender à pessoa com doença renal crônica não dialítica: O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas com condições crônicas e suas famílias a lidarem com os desafios de conviver e de tratar a condição crônica, além de reduzir as complicações e os sintomas da doença.	3.0/11
Parte 4 – Suporte à decisão na assistência à pessoa com doença renal crônica não dialítica: O manejo efetivo de condições crônicas assegura que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidências para apoiar as decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos embasados em evidência, em consultas a especialistas, em educadores em saúde e em envolvimento dos usuários, de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado.	2.5/11
Parte 5 – Desenho do Sistema de Prestação de Serviços para atender à pessoa com doença renal crônica não dialítica: A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção às condições crônicas envolve mais que a simples adição de intervenções a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, para realinhar a oferta do cuidado.	3.5/11
Parte 6 – Sistema de Informação Clínica para atender à pessoa com doença renal crônica não dialítica: A informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias com condições crônicas, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente daqueles que empregam abordagens populacionais.	2.0/11

(Conclusão)

Componentes	Mediana
Parte 7 – Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas para atender à pessoa com doença renal crônica não dialítica: Sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias).	2.0/11
Total: Média geral para avaliar a capacidade institucional da APS em assistir as pessoas com Doença Renal Crônica	2.8/11

Fonte: elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou baixos escores gerais (2,8/11) na capacidade da APS em manejar DRC-ND, o que evidencia fragilidades consistentes desse nível de atenção com achados internacionais. Tais resultados podem ser interpretados à luz do referencial clássico da Atenção Primária à Saúde enquanto ordenadora dos sistemas de saúde. Starfield (1998) já argumentava que sistemas de saúde fortes em APS apresentam melhores desfechos, maior equidade e menor custo, especialmente no manejo de condições crônicas, por combinarem acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado¹⁸. A baixa pontuação observada nas dimensões do ACIC sugere fragilidades exatamente nesses atributos nucleares, o que compromete a capacidade da APS para exercer seu papel de coordenadora do cuidado na DRC-ND. Assim, a invisibilidade da DRC na APS não é apenas um problema clínico-assistencial, mas também uma expressão de insuficiente orientação do sistema de saúde pelos atributos essenciais da atenção primária.

Em um importante relatório anual (2024), produzido pela Sociedade Internacional de Nefrologia, identificou-se que, entre os 166 países avaliados, a DRC era atendida pela APS em somente 11 países (7%). Constatou-se, ainda, que pessoas com DRC-ND eram reconhecidas pelos sistemas de saúde em apenas 31 (19%) desses países, o que confirma a visibilidade limitada de pessoas com lesão renal não dialítica pelos sistemas de saúde em todo o mundo⁴. Essa constatação é preocupante, haja vista que, em uma análise abrangente da revisão de escopo realizada por Chen *et al.*¹⁹ sobre os avanços na gestão da DRC, os autores destacaram ser crucial a detecção precoce do acometimento renal para mitigar a progressão da doença, otimizar o prognóstico e obter sucesso no tratamento.

Tanto os achados do presente estudo quanto o consenso da literatura reforçam a necessidade de intervenções efetivas para que se concretize uma abordagem adequada e

precoce da DRC na APS, considerando-se, principalmente, que essa condição crônica está entre as de maior impacto que afeta aproximadamente 10% da população mundial e ocupa o sétimo lugar como principal fator de risco de mortalidade global²⁰.

É importante destacar que as diretrizes sobre gerenciamento e a avaliação da DRC, com todos os fatores de risco e em todas as suas fases, são amplamente disponibilizadas na literatura^{2,4,5,21}. Os protocolos assistenciais oferecem todas as ações e fluxos recomendados para diagnosticar, encaminhar e acompanhar os indivíduos com DRC na Rede de Atenção à Saúde (RAS), em particular a APS. Mesmo assim, é inquietante a predominância de diagnósticos tardios e a busca pelos serviços de saúde em fases avançadas da doença, momento em que as oportunidades de preservar a função renal são severamente restritas²¹⁻²⁶.

Particularmente no presente trabalho, algumas dimensões do ACIC foram apontadas como principais vulnerabilidades da APS em assistir a pessoas com DRC-ND.

Deficiências na integração dos componentes do modelo de atenção a condições crônicas/MACC

Considera-se efetividade dos sistemas de saúde em assistir pessoas com condições crônicas quando estes integram e combinam todos os elementos do modelo assistencial propostos pelo MACC para a elaboração do plano de cuidados, sem perder de vista as diretrizes que norteiam a condição crônica que está sendo avaliada, as políticas públicas locais e os programas comunitários¹⁰. No entanto, os resultados do presente estudo demonstraram que, segundo os profissionais de saúde da APS, não há um investimento na integração dos componentes da modelo de atenção em prol do diagnóstico precoce e do acompanhamento oportuno da DRC. Por mais que, esporadicamente, possa ser oferecido plano de cuidado para os usuários, o mais comum é não haver continuidade da assistência, ocorrer frequentemente a perda de seguimento e, por consequência, não fazer parte do planejamento do cuidado, a identificação de alcance de metas, o que pereniza uma ausência de feedback tanto para os usuários assistidos como para os profissionais que os atendem. Do ponto de vista teórico, a dificuldade de integração dos componentes do MACC, observada no estudo, dialoga com o debate clássico sobre modelos technoassistenciais em saúde. Merhy (2014) destaca que a produção do cuidado resulta da interação entre tecnologias duras, leve-duras e leves, sendo estas últimas relacionadas ao vínculo, à responsabilização e à escuta qualificada que são centrais no cuidado às condições crônicas²⁷. A fragmentação identificada na gestão da DRC-ND sugere predomínio de uma lógica ainda centrada em procedimentos e em eventos agudos, em detrimento de um cuidado relacional e continuado, indispensável às condições crônicas.

Corroborando esse autor, Mayne, Hanlon e Lees²³, Brimble *et al.*²⁴ e Grill e Brimble²⁵, reafirmam que a maioria dos casos de DRC pode ser gerida eficazmente na APS. O

acompanhamento seriado é essencial para identificar os pacientes com alto risco de progressão para estágios avançados da doença. Esses autores enfatizam a importância da colaboração entre profissionais da APS e nefrologistas da Atenção Especializada para aumentar a efetividade do atendimento e melhorar a vida dos indivíduos que vivem com DRC. A implementação bem-sucedida da linha de cuidado da DRC para adultos, proposta pelo Ministério da Saúde²⁶ e orientada pelos princípios do MACC, pode impactar favoravelmente na eficácia do cuidado oferecido. De outra forma, conforme já discutido, haverá atraso no diagnóstico, o que induzirá gestão inadequada da saúde renal, além da progressão acelerada da doença.

Fragilidade no envolvimento da equipe de saúde com a comunidade

O envolvimento da equipe de saúde com a comunidade surgiu entre as dimensões de menor pontuação identificada neste estudo. Esse item leva em conta a articulação da APS e dos usuários com recursos comunitários, em que o agente comunitário de saúde (ACS) atua de forma sistemática, ao articular os referidos recursos para aprimoramento da assistência. Avalia, ainda, as parcerias estabelecidas e se o conselho de saúde local acompanha proativamente a programação da APS relativa às condições crônicas¹⁷.

Os presentes resultados apontaram como dificultadores da solidificação das relações entre equipe e comunidade, as barreiras estruturais e sociais da APS e a capacitação limitada dos profissionais de saúde em assistir a pessoa com DRC-ND. A comunicação tênue entre as equipes de saúde, os usuários do sistema de saúde e a RAS restringe a implementação de programas participativos que visam ao autocuidado e à adesão ao tratamento. Como intervenção para amenizar esse tipo de situação, as evidências sugerem que a aproximação com os usuários permite adotar estratégias adaptadas aos hábitos e às preferências da comunidade e melhoram significativamente a coordenação do cuidado e os resultados clínicos^{9,28}. No entanto, no Brasil, a distância/desconexão entre equipe e usuários exacerba o manejo inadequado da DRC-ND e perpetua as disparidades no acesso aos cuidados renais.

É válido destacar que a baixa articulação com a comunidade observada neste estudo contrasta com a própria concepção da APS, defendida desde a Declaração de Alma-Ata, que estabelece a participação social como elemento estruturante da atenção primária²⁹. No campo da Saúde Coletiva brasileira, autores como Paim (2009) e Arouca (2003) ressaltam que a APS no SUS foi concebida não apenas como estratégia assistencial, mas como projeto político-sanitário orientado pela participação social e pelo enfrentamento das desigualdades^{30,31}. Portanto, a limitada interação entre equipes e comunidade no cuidado à DRC-ND pode representar também um enfraquecimento do componente democrático e territorial do SUS.

Deficiências nos sistemas de informação clínica

A falta de sistemas integrados de informação clínica, tal como identificado neste estudo, prejudica o planejamento baseado em informações compartilhadas e a coordenação dos cuidados. Sistemas integrados, acessados simultaneamente pelos diferentes níveis de atenção, em que se registram as pessoas usuárias, a lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco, os quadros clínicos e diagnósticos estabelecidos, entre outras informações de saúde, são fundamentais para a socialização de dados em tempo real, com vistas a alertar os profissionais de saúde sobre intervenções necessárias e a orientar decisões clínicas assertivas²⁶.

A DRC, mesmo nas suas fases iniciais, pode apresentar uma série de manifestações clínicas, desde hematúria assintomática e sintomas dermatológicos até a insuficiência renal grave que requer diálise^{28,32,33}. Portanto, um sistema de informação clínica bem concebido que forneça dados de saúde dos usuários, oportunamente, a todos os níveis de atenção, seja de casos individuais ou de populações com doenças crônicas, pode aprimorar a tomada de decisões clínicas e apoiar o desenvolvimento de planos de cuidados partilhados em toda a rede de saúde²⁶.

Para além dessas fragilidades discutidas, a falta de apoio para o desempenho do autocuidado encontrada neste estudo alertou para outra importante deficiência na assistência à população em foco. O autocuidado, considerado por Mendes (2011) como o princípio norteador e transversal do MACC¹⁰ e validado como tal, por outros importantes estudos recentes, como os de Ahmed *et al.*³⁴ e Pilotto *et al.*³⁵, capacita as pessoas a gerirem ativamente as próprias condições de saúde, a fim de reduzir as complicações e retardar a progressão da doença renal. O reforço das iniciativas de autocuidado, por meio de programas abrangentes e acessíveis, poderia otimizar os resultados clínicos e aliviar a carga da doença renal sobre os sistemas de saúde.

Acrescenta-se, ainda, a essa discussão, a compreensão de que as fragilidades na gestão da DRC-ND, não só contribuem com a piora da qualidade de vida das pessoas acometidas, como também apresentam implicações econômicas significativas para os sistemas de saúde. As terapias renais substitutivas (TRS), necessárias nas fases mais graves da DRC, são responsáveis por quase 46% dos custos globais relacionados a esta doença, mas beneficiam apenas uma pequena percentagem de pessoas diagnosticadas. Prevê-se que os custos globais relacionados com a DRC aumentem de 372 milhões de dólares, em 2022, para 406,7 milhões de dólares em 2027, em todo o mundo, o que agrava as disparidades de acesso e sobrecarrega os sistemas de saúde^{2,36}. Dar prioridade a estratégias de gestão coordenadora da DRC na APS é fundamental para reduzir a dependência das TRS, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas e de mitigar os custos.

Por fim, embora se reconheça que existam limitações neste estudo como o número reduzido de participantes, entende-se que esta amostra representa a totalidade das unidades de saúde da APS e, mesmo que desenvolvida em um único município, o que poderia ser considerado outra limitação, acredita-se que os resultados revelam uma realidade comum em todo o território nacional. Além disso, busca-se sensibilizar para uma necessária mudança de cultura assistencial relativa à preservação das funções renais.

Como potencialidades, este estudo sintetiza as recomendações para a prática clínica assistencial na APS que se consideram viáveis para minimizar as vulnerabilidades apontadas pelos resultados encontrados, quais sejam:

1. Deficiências na integração dos componentes do modelo de atenção a condições crônicas/MACC: sensibilizar as autoridades e os profissionais de saúde acerca da necessidade de reorganizar e de efetivar a APS como coordenadora do cuidado da DRC, em especial, na fase não dialítica;

2. Frágil envolvimento da equipe com comunidade: desenvolver e efetivar atividades/programas participativos que aproximem e envolvam os usuários e as famílias no planejamento e na elaboração do plano de cuidados, de acordo com as individualidades e os hábitos da comunidade assistida;

3. Sistemas deficientes de informação clínica: investir na implementação de sistemas integrados de informações clínicas com ênfase no compartilhamento destas entre todos os níveis de atenção;

4. Formação profissional insuficiente: fornecer formação contínua às equipes da APS sobre práticas baseadas em evidências, a partir de parcerias com instituições de ensino superior;

5. Diagnóstico precoce restrito: implementar a linha de cuidados da DRC no município e expandir o acesso a ferramentas de diagnóstico essenciais, como, por exemplo, a avaliação da proteinúria;

6. Falta de alocação de recursos na APS: dar prioridade estratégica à gestão conservadora da DRC-ND para retardar a progressão da doença para fases mais graves e reduzir os gastos com tratamentos de alto custo.

CONCLUSÕES

Este estudo alcançou o objetivo de avaliar a capacidade institucional da Atenção Primária à Saúde (APS) para o manejo da doença renal crônica não dialítica (DRC-ND) em um município de Minas Gerais. Os resultados evidenciaram deficiências estruturais e organizacionais na APS para a gestão da DCR-ND, particularmente no que diz respeito a fragilidades no envolvimento da equipe de saúde da APS com a comunidade assistida, nos sistemas de informação clínica do

sistema de saúde do município e na integração dos elementos do MACC. Os achados revelam, além disso, fragilidades estruturais e processuais que comprometem atributos centrais da APS, que são a coordenação do cuidado, a longitudinalidade e a integralidade. Essas condições desfavoráveis impulsionam a perenidade do subdiagnóstico e/ou dos diagnósticos tardios e mantêm essas pessoas invisíveis ao sistema e com severas restrições de acesso a intervenções precoces.

Ainda, a insuficiência de apoio ao autocuidado e as limitações na formação profissional reforçam a necessidade de estratégias sistemáticas de educação permanente, de reorganização dos fluxos assistenciais e de qualificação dos sistemas de informação, alinhadas à linha de cuidado da DRC e aos princípios do SUS.

A alocação de recursos públicos, o fortalecimento da APS e o desenvolvimento de políticas específicas para cada região são passos primordiais para ampliar o reconhecimento e a atenção integral aos pacientes em todos os estágios da doença renal, a fim de promover a coordenação eficaz do cuidado. Acredita-se que futuras pesquisas, com a incorporação de abordagens multicêntricas, de métodos mistos e de análises avaliativas de implementação, além de investigação do impacto de intervenções estruturadas na APS sobre desfechos clínicos, econômicos e de progressão da DRC, podem contribuir de forma sólida com a mudança do cenário encontrado neste estudo. O fortalecimento da APS, como coordenadora do cuidado, é condição estratégica para reduzir inequidades, ampliar o diagnóstico precoce e mitigar a carga clínica e financeira da doença renal no sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Guilherme TN, Cruz Júnior MS, Bianchi MM, Dias CC, Macêdo LF, Simões NSS, *et al.* Manejo da doença renal crônica: Importância do diagnóstico precoce e do monitoramento contínuo. *Lúmen et Virtus [Internet]*. 2024 [acesso em: 2024 dez.06]. DOI: 10.56238/levv15n39-123.
2. Francis A, Harhay MN, Ong ACM, Tummalapalli SL, Ortiz A, Fogo AB, *et al.* Doença renal crônica e a agenda global de saúde pública: Um consenso internacional. *Nat Rev Nephrol [Internet]*. 2024 [acesso em: 2024 set. 24]. DOI: 10.1038/s41581-024-00820-6.
3. Arici M, Pollock CA, Gonçalves S, Vasawala H, Hadaoui A. Características clínicas e risco renal de pacientes com doença renal crônica: Evidências do mundo real a partir do registro global iCareME. *Nephrol Dial Transplant*. 2023 [acesso em: 2024 dez.18]. DOI: 10.1093/ndt/gfad063c_6054.
4. Bello AK, Okpechi IG, Levin A, Ye F, Damster S, Arruebo S, *et al.* An update on the global disparities in kidney disease burden and care across world countries and regions. *Lancet Glob Health [Internet]*. 2024 [acesso em: 2024 nov. 25]; 12(3):e382-e395. DOI: 10.1016/S2214-109X (23)00570-3.
5. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico, Volume 55, Nº 11 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [acesso em: 2024 dez.10]. Disponível em:




- <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-11.pdf/@download/file>.
6. Bravo-Zúñiga J, Gálvez-Inga J, Carrillo-Onofre P, Chávez-Gómez R, Castro-Monteverde. Detecção precoce de doença renal crônica: trabalho coordenado entre atenção primária e especializada em uma rede peruana de atenção renal ambulatorial. *Braz J Nephrol*. 2019 [acesso em: 2024 out.12]. Jun;41(2):176-184. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0101.
 7. Cortez EN, Rocha FH, Gontijo TL, Otoni A. Assistência a pacientes com DRC na atenção primária à saúde: uma revisão sistemática da literatura. *Res Soc Dev*. 2022 [acesso em: 2024 out. 06];11(4):e35011427389. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.27389.
 8. Samaan F, Silveira RC, Mouro A, Kirsztajn GM, Sesso R. Vigilância laboratorial da doença renal crônica em pessoas com cobertura de saúde privada no Brasil. *BMC Nephrol*. 2024 [acesso em: 2024 out. 06]. 10 maio;25(1):162. DOI: 10.1186/s12882-024-03597-9.
 9. Longhini J, Canzan F, Mezzalira E, Saiani L, Ambrosi E. Modelos organizacionais na atenção primária à saúde para gerenciar condições crônicas: uma revisão de escopo. *Health Soc Care Community*. 2022 maio [acesso em: 2024 dez. 10]; 30(3):e565-e588. DOI: 10.1111/hsc.13611.
 10. Mendes, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.; [acesso em: 2024 nov.13]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.
 11. Raaijmakers LHA, Schermer TR, Wijnen M, van Bommel HE, Michielsen L, Boone F, Vercoulen JH, Bischoff EWMA. Desenvolvimento de uma abordagem integrada e centrada na pessoa para o manejo de doenças crônicas na atenção primária na Holanda: um estudo de métodos mistos. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 21 [acesso em: 2024 dez. 14]; 20(5):3824. DOI: 10.3390/ijerph20053824.
 12. Cortez EN, Rocha FH, Gontijo TL, Otoni A. Cuidados para pacientes com DRC na atenção primária à saúde: uma revisão sistemática da literatura. *Res Soc Dev*. [Internet]. 2022 [acesso em: 2024 out. 24];11(4):e35011427389. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.27389.
 13. Cristina L, Nogueira EN, Otoni A. Abordagem em cada estágio da doença renal crônica e níveis de atenção à saúde. *Rev Bras Iniciação Cient*. [Internet]. 3 jan 2024 [acesso em: 2024 dez. 17]; e024007. Disponível em: <https://periodicoscientificos.itp.ifsp.edu.br/index.php/rbic/article/view/1094>.
 14. Figueiredo MC, Teixeira LS, Lopes RAS, Ribeiro FHR, Cortez EN, Romano MCC, Otoni A. Avaliação da atenção primária na prevenção da doença renal em pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: Perspectiva dos usuários do Sistema Único de Saúde. *RECIMA21* [Internet]. 17 mai 2023 [acesso em: 2024 nov. 06]; 4(5): e453155. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/3155>.
 15. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. A declaração Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Diretrizes para a divulgação de estudos observacionais. *J Clin Epidemiol*. 2008 abr [acesso em: 2024 nov. 08]; 61(4):344-9. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2007.11.008.
 16. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critérios de Classificação Econômica Brasil [Internet]. São Paulo: ABEP; 2024 [acesso em: 2024 dez. 17]. Disponível em: https://abep.org/wp-content/uploads/2024/09/01_cceb_2024.pdf.
 17. Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ, editores. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: a implementação do Modelo de Cuidado das Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2012

[acesso em: 2024 set. 06]. 193 p.

18. Starfield, Barbara Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. [acesso em: 2026 fev.12]. Disponível em <https://doi.org/10.1093/oso/9780195125429.001.0001>
19. Chen TK, Hoenig MP, Nitsch D, Grams ME. Avanços no manejo da doença renal crônica. *BMJ*. 2023 Dec 5 [acesso em: 2024 dez.15]; 383:e074216. DOI: 10.1136/bmj-2022-074216.
20. Irish G, Caskey FJ, Davids MR, Tonelli M, Yang CW, Arruebo S, *et al*. Sistemas globais de monitoramento de dados e identificação precoce de doenças renais. *Nephrol Dial Transplant*. 2024 [acesso em: 2024 dez.18];39(Supl 2):ii49-ii55. DOI: 10.1093/ndt/gfae127.
21. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. Diretriz de Prática Clínica KDIGO 2024 para a Avaliação e Manejo da Doença Renal Crônica. *Kidney Int*. 2024 [acesso em: 2024 dez.18];105(4S): S117–S314.
22. Bello AK, Ronksley PE, Tangri N, Kurzawa J, Osman MA, Singer A, Grill AK, Nitsch D, Queenan JA, Wick J, Lindeman C, Soos B, Tuot DS, Shojai S, Brimble KS, Mangin D, Drummond N. Qualidade do manejo da doença renal crônica na atenção primária no Canadá. *JAMA Netw Open*. 4 set. 2019 [acesso em: 2024 out.17]; 2(9):e1910704. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.10704.
23. Mayne KJ, Hanlon P, Lees JS. Detectando e gerenciando o paciente com doença renal crônica na atenção primária: uma revisão das diretrizes mais recentes. *Diabetes Obes Metab*. 2024 nov [acesso em: 2024 dez.16]; 26 Suppl 6:43-54. DOI: 10.1111/dom.15625.
24. Brimble KS, Boll P, Grill AK, Molnar A, Nash DM, Garg A, Akbari A, Blake PG, Perkins D. Impacto da ferramenta KidneyWise nas práticas de encaminhamento de pacientes com doença renal crônica na atenção primária em Ontário: uma avaliação prospectiva. *BMJ Open*. 2020 fev 16 [acesso em: 2024 nov.19]; 10(2):e032838. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-032838.
25. Grill AK, Brimble S. Abordagem para a detecção e manejo da doença renal crônica: o que os profissionais de saúde da atenção primária precisam saber. *Can Fam Physician*. 2018 out [acesso em: 2024 nov.16]; 64(10):728-735.
26. Ministério da Saúde. Doença renal crônica (DRC) em adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em: 2024 set. 06]. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/doenca-renal-chronic-\(CKD\)-in-adults/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/doenca-renal-chronic-(CKD)-in-adults/).
27. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. Hucitec, 2014.192p [acesso em: 2026 fev. 12]. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/Sa%C3%BAde_A_cartografia_do_trabalho_vivo.html?id=5xuetaEACAAJ&redir_esc=y
28. Weckmann G, Chenot JF, Stracke S. Diretriz de prática clínica: O manejo da doença renal crônica não dependente de diálise na atenção primária. *Dtsch Arztebl Int*. 2020 [acesso em: 2024 dez. 16]; 117:745-51. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0745.
29. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL. Ministério da Saúde. [acesso em: 2026 fev.13]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
30. Paim JS. *O que é o SUS*. Natal: Timbú; 2009. 148p. [acesso em: 2026 fev.13]. Disponível em: <https://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>
31. Arouca S. *O dilema preventivista*. São Paulo: Unesp.2004.269p. [acesso em: 2026 fev. 13].
32. Escamilla D, Lakhani A, Antony S, Villegas K, Gupta M, Ramnath P, Pineda M, Bedor A, Banegas D, Martinez E. Manifestações dermatológicas em pacientes com doença renal crônica: uma revisão. *Cureus*. 2024 [acesso em: 2024 dez. 09]; 16. DOI:

10.7759/cureus.52253.

33. Ruszkowski J, Majkutewicz K, Heleniak Z, Witkowski J, Dębska-Ślizień A. Prevalência e gravidade dos sintomas gastrointestinais inferiores em pacientes com doença renal crônica sem diálise: uma revisão sistemática e meta-análise. *J Clin Med*. 2022 [acesso em: 2024 out. 28]; 11. DOI: 10.3390/jcm11216363.
34. Ahmed SM, Krishnan A, Karim O, Shafique K, Naher N, Srishti SA, Raj A, Ahmed S, Rawal L, Adams A. Prestação de serviços para doenças não transmissíveis por meio da atenção primária à saúde em países selecionados da Ásia do Sul: os sistemas de saúde estão preparados? *Lancet Glob Health*. 2024 out [acesso em: 2024 set. 30]; 12(10):e1706-e1719. DOI: 10.1016/S2214-109X(24)00118-9.
35. Pilotto A, Barbagelata M, Lacorte E, Custodero C, Veronese N, Maione V, Morganti W, Seminerio E, Piscopo P, Fabrizi E, Lorenzini P, Carbone E, Lora Aprile P, Solfrizzi V, Barbagallo M, Vanacore N; Grupo de estudo PrimaCare_P3. Um programa multicomponente de prevenção personalizada no contexto da atenção primária: um ensaio clínico randomizado em pessoas mais velhas com doenças crônicas não transmissíveis (estudo Primacare_P3). *Trials*. 2024 13 set [acesso em: 2024 dez.16]; 25(1):611. DOI: 10.1186/s13063-024-08413-1.
36. Chadban S, Arıcı M, Power A, Wu MS, Mennini FS, Arango Álvarez JJ, Garcia Sanchez JJ, Barone S, Card-Gowers J, Martin A, Retat L. Projetando o impacto econômico da doença renal crônica no nível do paciente (Inside CKD): um estudo de modelagem por simulação microsimulada. *EClinicalMedicine*. 2024 2 maio [acesso em: 2024 dez. 08]; 72:102615. DOI: 10.1016/j.eclinm.2024.102615.

Autoria			
Nome	Afiliação institucional	ORCID 	CV Lattes 
Alba Otoni	Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)	https://orcid.org/0000-0003-1921-1062	http://lattes.cnpq.br/0584447847420016
Eugênio Vilaça Mendes	Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)	https://orcid.org/0009-0005-3476-904X	http://lattes.cnpq.br/1902100067164359
Lara Kethlyn Fernandes Duarte	Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)	https://orcid.org/0000-0001-9184-7976	http://lattes.cnpq.br/4038781285852294
Lowanny Miriã de Oliveira	Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)	https://orcid.org/0000-0002-7472-914X	http://lattes.cnpq.br/3836552592307305
Anna Beatriz Ferreira Gomes	Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)	https://orcid.org/0000-0003-1921-1062	http://lattes.cnpq.br/5722760483390899
Simone Cassiano Ventura	Prefeitura Municipal de Divinópolis - MG (PMD)	https://orcid.org/0009-0009-8499-7701	http://lattes.cnpq.br/4899974125613473
Geraldo Lucas Lamonier	Prefeitura Municipal de Divinópolis - MG (PMD)	https://orcid.org/0009-0008-7023-2153	http://lattes.cnpq.br/9854605200114975
Murilo César do Nascimento	Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)	https://orcid.org/0000-0002-3436-2654	http://lattes.cnpq.br/4333440722294395
Autor correspondente	Alba Otoni  albaotoni@ufsj.edu.br		

Metadados		
Submissão: 25 de março de 2025	Aprovação: 7 de maio de 2026	Publicação: 29 de maio de 2026
Como citar (Vancouver)	Otoni A, Mendes EV, Duarte LKF, Oliveira LM, Gomes ABF, Ventura SC, <i>et al.</i> Doença renal crônica não dialítica: invisibilidade e negligência na Atenção Primária à Saúde. Rev. APS [Internet]. 2026; 29 (único): e292648010. DOI: 10.34019/1809-8363.2026.v29.48010	
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	Os autores mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença <i>Creative Commons Attribution</i> (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.	
Conflito de interesses	Sem conflitos de interesses.	
Financiamento	Sem financiamento.	
Contribuições dos autores	Concepção e planejamento do estudo: AO, EVM, MCN. Análise ou interpretação dos dados: AO, EVM, MCN, LKFD, LMO, ABFG. Elaboração do rascunho: LKFD, LMO, ABFG. Revisão crítica do conteúdo: AO, EVM, MCN, SCV, GLL. Os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.	

Início