

Encaminhamento dos usuários com alterações renais ao nefrologista pela Estratégia Saúde da Família: estudo transversal

Referral of users with kidney disorders by the Family Health Strategy to the nephrologist: a cross-sectional study

Derivación de usuarios con trastornos renales al nefrólogo por la Estrategia Salud de la Familia: estudio transversal

Amanda da Silva Guimarães^I, Patrícia Lima Pereira Peres^{II}, Andreza Pereira Rodrigues^I,
Flávia Silva de Souza^I, Maria Helena do Nascimento Souza^I, Rosilene Rocha Palasson^{III}

^IUniversidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil; ^{II}Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil;

^{III}Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Brasil

RESUMO

Objetivo: analisar os encaminhamentos de usuários de risco ao desenvolvimento da doença renal crônica para serviço especializado de nefrologia pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família. **Método:** estudo transversal, com coleta de dados dos prontuários de usuários diagnosticados com diabetes e hipertensão arterial, acompanhados na atenção primária no município do Rio de Janeiro, em março de 2021. O protocolo de pesquisa obteve a aprovação em Comitê de Ética. **Resultados:** a solicitação de creatinina sérica foi identificada em 96% dos prontuários, mas tal realidade foi diferente junto aos demais exames. Quanto aos estágios, o mais indicado para encaminhamento foi o 3B compreendendo 37%, seguido pelo estágio 4 que abrange 33% da amostra. **Conclusão:** sendo uma doença de curso insidioso, o acompanhamento laboratorial deve ser realizado continuamente. É inquestionável o papel da Atenção Primária, porém diante dos desafios evidenciados é importante considerar novas estratégias para melhor efetivação das ações e integralidade do cuidado na rede.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Doença Crônica; Insuficiência Renal Crônica.

ABSTRACT

Objective: to examine referrals of users at risk of developing chronic kidney disease by the Family Health Strategy teams to a specialized nephrology service. **Method:** in this cross-sectional study, data were collected in March 2021 from the medical records of users diagnosed with diabetes and high blood pressure, and monitored in primary care in Rio de Janeiro city. The research protocol was approved by the ethics committee. **Results:** serum creatinine was requested in 96% of the medical records, but the situation was different with the other exams. Referral was indicated most often at stage 3B (37% of the sample), followed by stage 4 (33%). **Conclusion:** as the course of this disease is insidious, laboratory monitoring must be carried out continuously. The role of Primary Care is unquestionable, but in view of the challenges highlighted, it is important to consider new strategies for more effective action and comprehensive care in the system.

Descriptors: Primary Health Care; Family Health; Chronic Disease; Renal Insufficiency, Chronic.

RESUMEN

Objetivo: analizar la derivación de usuarios con riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica a un servicio especializado de nefrología por parte de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** estudio transversal, con recolección de datos de las historias clínicas de usuarios con diagnóstico de diabetes e hipertensión arterial, cuyo seguimiento se realizó en la atención primaria de la ciudad de Rio de Janeiro, en marzo de 2021. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** la solicitud de creatinina sérica fue identificada en el 96% de las historias clínicas, pero esa realidad fue diferente a los demás análisis. En cuanto a las etapas, la más indicada para la derivación fue la 3B que comprende el 37%, seguida de la etapa 4 que abarca el 33% de la muestra. **Conclusión:** al ser una enfermedad de curso insidioso, el seguimiento de laboratorio debe realizarse de forma continua. El rol de la Atención Primaria es incuestionable, sin embargo, frente a los desafíos señalados, es importante considerar nuevas estrategias para una mejor implementación de las acciones y la atención integral en la red.

Descritores: Atención Primaria de Salud; Salud de la Familia; Enfermedad Crónica; Insuficiencia Renal Crónica.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida como a diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) abaixo de 60ml/min/1,73m², e/ou presença de lesão renal determinada pela proteinúria/dano estrutural, com duração acima de três meses¹. Os principais fatores de risco para a DRC são a Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)². Além desses, outros fatores estão relacionados à perda de função renal, como glomerulopatias, doença renal policística, doenças autoimunes, infecções sistêmicas, infecções urinárias de repetição, litíase urinária, uropatias obstrutivas e neoplasias³.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Autora correspondente: Amanda da Silva Guimarães. E-mail: enf.amandaguimaraes@gmail.com

Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Mercedes Neto

Em 2019, segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, o número estimado de pacientes em diálise no Brasil foi de 139.691. A hemodiálise é o método dialítico predominante, 93,2% e a diálise peritoneal (DP) é a terapia utilizada por 6,8% dos pacientes. Em relação a 2018, houve um aumento de 11% na porcentagem de pacientes dialíticos inscritos na fila de transplante no Brasil, somando 33.015 pacientes. O número estimado de pacientes que iniciaram tratamento dialítico em 2019 foi de 45.852, um aumento de 7,7% em relação ao ano anterior. A taxa anual de mortalidade bruta por DRC foi de 18,2%⁴.

No Brasil, o tratamento da doença renal crônica é realizado nos diferentes pontos da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) incluindo clínicas particulares conveniadas. Na Atenção Primária, mediante atuação das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), destacam-se ações como a identificação dos fatores de risco modificáveis, acompanhamento das pessoas com doenças crônicas e a detecção precoce da DRC, contribuindo para melhor efetividade das ações terapêuticas de prevenção e/ou controle da progressão da doença. Outrossim, o estímulo às mudanças de hábitos de vida em relação à alimentação e inclusão de atividade física, abandono do tabagismo e encaminhamento ao especialista assim que necessário^{5,6}.

No país, a implementação de políticas públicas destinadas à assistência às doenças renais é relativamente recente e, sendo considerada um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, torna-se essencial que tais políticas se tornem cada vez mais difundidas. O cuidado pré-dialítico se torna relevante e envolve tanto a atenção primária quanto a atenção especializada ambulatorial, deixando de direcionar a abordagem apenas para diálise ou procedimentos de alta complexidade⁷.

Apesar dos esforços que vêm sendo realizados em prol da melhoria na assistência aos usuários com predisposição ao desenvolvimento da DRC, o cuidado ofertado pelas equipes da APS a essas pessoas, ainda necessita de incremento. Visto as inconsistências no manejo desses usuários, como identificado em pesquisa realizada com os profissionais da APS, demonstrando baixo nível de solicitação dos exames de rastreio, dentre eles a TFG⁸. Além da identificação de déficit de conhecimento em relação aos critérios de encaminhamento à atenção especializada e a prevenção, resultando em direcionamento de pessoas nos estágios leve e moderados ao especialista, comprometendo o acesso dos casos avançados⁹⁻¹¹.

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo analisar os encaminhamentos de usuários de risco ao desenvolvimento da doença renal crônica para o serviço especializado de nefrologia pelas equipes da ESF.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, com recorte transversal, em que os dados são coletados em um ponto no tempo, com base em uma amostra selecionada para descrever uma população nesse determinado momento¹².

Elegeu-se como cenário uma unidade de Atenção Primária localizada no Complexo da Penha, bairro da Zona Norte do município do Rio de Janeiro, na área programática 3.1, a qual possui catorze equipes de Saúde da Família abrangendo cerca de 52 mil pessoas. Foram analisados, no período de março de 2021, o total de 55 prontuários de usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 encaminhados ao nefrologista no decurso dos anos de 2019 e 2020, excluindo prontuários de usuários menores de 18 anos e com o diagnóstico ou suspeita de doença renal por causas diferentes das mencionadas. Destes, foram excluídos seis prontuários, sendo cinco por não atenderem aos critérios de inclusão e um prontuário incompleto, resultando na amostra final 49 prontuários.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado com questões que objetivavam identificar o perfil social do usuário através de questões como idade, sexo, raça declarada, ocupação e renda familiar; o histórico de saúde, identificando comorbidades como: diabetes e/ou hipertensão, glomerulonefrites e outros; os resultados e datas dos últimos exames de ureia, potássio e, principalmente os de creatinina e análise da urina, utilizados para identificar pacientes sob risco de desenvolver a DRC, conforme preconizado pelas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica.

Os valores de referência para análise dos resultados dos exames laboratoriais presentes no estudo são: creatinina sérica: entre 0,7 e 1,3mg/dL (homens) e entre 0,6 e 1,2mg/dL (mulheres); Urina: microalbuminúria 30-300mg/dia (20 a 200µg/min), albumina: até 30mg/dia e proteinúria até 150mg/dia; potássio: 3,5 até 5,0mEq/L; e ureia: 20 a 40mg/dL¹³.

Após a coleta dos dados, eles foram analisados de acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica⁵, que classifica a DRC em cinco estágios de acordo com a taxa de filtração glomerular (TFG). Estágio 1: TFG (ml/min/1,73m²) ≥90; Estágio 2: TFG (ml/min/1,73m²) 60–89; Estágio 3a: TFG (ml/min/1,73 m²) 45–59; Estágio 3b: TFG (ml/min/1,73m²) 30–44; Estágio 4: TFG (ml/min/1,73m²) 15–29 e Estágio 5: TFG (ml/min/1,73m²) <15.

Para estimativa da taxa de filtração glomerular (TFG) utilizou-se como base a equação CKD-EPI modificada. A equação é expressa da seguinte forma: eTFG = 141 x min(Cre/κ, 1)^α x max(Cre/κ, 1) - 1.209 x 0,993 Idade x 1,018 [se

mulher] x 1,159 [se negro]. Onde: Cre= é creatinina sérica, κ : é 0,7 para mulheres e 0,9 para homens, α : é -0,329 para mulheres e -0,411 para homens, min: indica o mínimo de Cre/ κ ou 1 e max: indica o máximo de Cre/ κ ou 1.

A equação CKD-EPI foi desenvolvida em 2009 e é uma variação da fórmula do MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease*). A equação utiliza as mesmas variáveis que a MDRD (creatinina plasmática, idade, sexo e raça), mas, comparativamente, apresenta melhor desempenho e previsão de risco, além de apresentar menor viés e uma maior acurácia, principalmente nas faixas de TFG >60 mL/min/1,73m², do que o estudo MDRD. Para uso clínico de rotina, a equação CKD-EPI mostrou precisão semelhante no subgrupo de pacientes com TFG <60 mL/min/1,73m², sendo considerado, pela comunidade de nefrologia, o melhor padrão para estimar a função renal. Porém, pode superestimar TFG em pacientes que estão extremamente abaixo do peso e subestimar em pacientes obesos mórbidos e diabéticos. É importante ressaltar que no presente estudo não foi empregado no cálculo a variável raça, tendo em vista ser uma importante variável para a população dos Estados Unidos, mas não igualmente importante para a população brasileira devido à grande miscigenação presente no país.

Utilizou-se estatística descritiva mediante frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central (médias e medianas) e de dispersão (desvio padrão) e intervalo interquartil, de acordo com a normalidade dos dados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS®* versão 23.0 (IBM, 2015) e expressos por meio de tabelas.

Em consonância aos preceitos éticos, a presente pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil, obtendo aprovação de seu protocolo no Comitê de Ética da instituição envolvida.

RESULTADOS

As características sociodemográficas dos usuários constataram que, em maioria são do sexo feminino (53%), a faixa etária predominantemente acima de 60 anos (80%), a raça declarada mais presente foi a parda (61,2%) e não foram encontrados registros de dados referentes a ocupação e renda familiar nos prontuários. A análise das condições clínico-laboratoriais, permite observar que 87,8% dos usuários possuem hipertensão arterial sistêmica e 49% diabetes mellitus. Dentre as outras comorbidades presentes, predominou a ocorrência de doenças coronarianas, presente em 14% dos usuários.

Quanto aos exames laboratoriais, a solicitação da dosagem de creatinina sérica, esteve presente em 96% dos prontuários, com alterações nos níveis em relação aos valores de referência em 43% dos usuários do sexo feminino e 41% do sexo masculino. No que tange a solicitação de exames de urina, a ocorrência de registros foi menor, estando presentes em 57,1% dos prontuários e deste total, 35% indicando alteração e, sua solicitação ocorreu de modo variado. No que se refere à dosagem de ureia e potássio, encontrou-se alterações nos níveis em 35% e 29% da amostra, respectivamente.

Com relação aos estágios da DRC, a Tabela 1 apresenta os dados a partir dos cálculos realizados pelas pesquisadoras.

TABELA 1: Relação entre os estágios da DRC, valores de referência, classificação e encaminhamento de usuários encaminhados pelas equipes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.

Estágios	Valores de referência	Classificação	n	%
1	>90ml/min	TFG normal ou elevada	0	0
2	89-60ml/min	TFG levemente diminuída	3	6
3A	59-45ml/min	TFG moderadamente diminuída	4	8
3B	44-30ml/min	TFG com diminuição moderada a severa	18	37
4	29-15ml/min	TFG severamente diminuída	16	33
5	<15ml/min	Falência renal	7	14
Dado ausente			1	2

Quando realizado o encaminhamento ao especialista encontrou-se predominância no estágio 3B compreendendo 37%, seguido pelo estágio 4 que abrange 33% da amostra.

As análises quanto à associação entre TFG e características sociodemográficas são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Mediana, média, desvio padrão e índice de confiança da associação entre taxa de filtração glomerular de acordo com as características sociodemográficas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.

Taxa de filtração glomerular (< 60ml/min/1,73m ²)			
Características	Mediana	Média (DP*)	95%IC**
Gênero			
Feminino	30,2	30,55 (±16,17)	23,72; 37,38
Masculino	32,6	34,67 (±15,63)	27,32; 42,01
Idade (anos)			
<60	21,9	24,44 (±17,06)	11,33; 37,56
≥60	34,3	34,47 (±15,17)	29,26; 39,63
Raça			
Branca	30,5	37,45 (±17,97)	25,7; 49,52
Parda/Preta	30,6	30,75 (±15,08)	25,4; 36,09
HAS***			
Não	29,7	27,34 (±14,39)	9,47; 45,31
Sim	30,5	33,07 (±16,14)	27,8; 38,31
DM****			
Não	30,5	31,32 (±15,13)	24,77; 37,86
Sim	30,6	33,63 (±17,0)	25,89; 41,37

Legenda: *DP: desvio padrão; **IC: intervalo de confiança; ***HAS: Hipertensão arterial sistêmica; ****DM: diabetes *Mellitus*

Destaca-se que, em média, a TFG em usuários menores de 60 apresentou-se mais comprometida do que em usuários com idade maior que 60 anos ($M_d = 21,9$; $M = 24,44$; $DP = \pm 17,06$ e $IC = 11,33$; $37,56$), contudo, esse resultado pode apresentar a influência do quantitativo de indivíduos identificados na faixa etária menor de 60 anos na amostra estudada.

Na Tabela 3, são apresentados os resultados relacionados à análise de associação entre os estágios da DRC e as características sociodemográficas.

Tabela 3: Associação entre estágios da DRC quando referenciado e características sociodemográficas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.

Características	Estágios I e II		Estágio III, IV e V		R.C.*	95%IC**	p-valor
	n	%	n	%			
Gênero							
Feminino	01	4	24	9	3,78	0,36;39,41	0,23
Masculino	03	13,6	19	86,4			
Idade (anos)							
<60	01	10	09	90	0,79	0,07;8,57	1,00
≥60	03	8,1	34	91,9			
Raça							
Branca	03	27,3	08	72,7	0,08	0,008;0,91	0,04
Parda/Preta	01	3	32	97			
HAS***							
Não	0	0	06	100	1,10	1,00;1,22	1,00
Sim	04	9,8	37	90,2			
DM****							
Não	01	4,2	23	95,8	3,45	0,33;35,85	0,34
Sim	03	13	20	87			

Legenda: *RC: razão de chance; **IC: intervalo de confiança; ***HAS: Hipertensão arterial sistêmica; ****DM: diabetes *Mellitus*

A associação dos valores de creatinina e variáveis sociodemográficas não apresentaram valores significativos, entretanto, os níveis elevados apresentaram-se maiores em usuários do sexo masculino, com idade maior que 60 anos, autodeclarados pardos ou negros e acometidos por hipertensão arterial sistêmica. A variável raça obteve associação significativa (valor de $p = 0,04$) no encaminhamento de usuários nos estágios III, IV e V da DRC.

DISCUSSÃO

No presente estudo, usuários do sexo feminino apresentaram maior número de encaminhamentos para atenção especializada, associado a ocorrência de taxa de filtração glomerular (TFG) diminuída. Esse dado aponta conformidade com a literatura que mostra que o sexo feminino possui maior prevalência em casos de DRC^{14,15}. Contudo, apesar da literatura indicar maior prevalência do sexo feminino pode inferir que as mulheres são a maioria na busca pelos serviços de saúde o que pode gerar uma amostra tendenciosa^{16,17}.

Sendo a idade mais avançada um comprovado fator de risco para desenvolvimento da DRC, evidenciou-se no estudo o maior número de usuários acima de 60 anos referenciado para o especialista. Entretanto, destaca-se peculiaridades que devem receber atenção no que se refere a avaliação do paciente idoso tendo em vista o processo fisiológico de senescência renal. Os idosos são particularmente suscetíveis à diminuição funcional renal devido ao declínio fisiológico da filtração glomerular relacionado à idade, mas também decorrente do comprometimento renal em doenças prevalentes nesta faixa etária, tais como diabetes mellitus e hipertensão arterial¹⁸. As alterações estruturais e funcionais dos rins nos idosos ocorrem de forma mais complexa que nos jovens e a ocorrência de redução do córtex renal por década, a partir dos 30 anos, demonstram uma maior necessidade de acompanhamento da taxa de filtração glomerular às pessoas desta faixa etária¹⁷.

A principal causa de DRC no país é a hipertensão arterial seguida pela diabetes mellitus dos tipos 1 e 2. As pessoas com diagnóstico de DRC apresentam elevado risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares^{19,20}. É relevante ressaltar que na amostra analisada, 14% dos usuários já possuem comprometimento coronariano no momento do encaminhamento ao especialista em nefrologia. O acompanhamento e tratamento para manutenção de níveis pressóricos adequados e controle glicêmico são ações necessárias para diminuição desse risco. O que implica numa maior atenção e intensiva abordagem das equipes junto a esses usuários.

Estudo que traçou o panorama do cuidado às pessoas com DRC, a dosagem sérica de creatinina é solicitada por grande parte dos profissionais da ESF para o monitoramento dos pacientes com fatores de risco ou DRC instalada. Contudo, os exames de urina, com o objetivo de pesquisar a albuminúria/microalbuminúria, o cálculo da TFG, sendo esses importantes marcadores para avaliar a progressão da doença renal, não são solicitados com a mesma frequência⁸. Esses dados corroboram com o identificado no presente estudo em que 96% dos prontuários apresentam o registro dos resultados de creatinina, em relação à 57% de registros de exames de urina.

Ademais, alterações da albuminúria podem ocorrer mais cedo no curso da doença do que alterações na TFG, pelo fato da creatinina ser um marcador tardio de lesão renal. Frente a isso, ressalta-se a importância de o exame de urina ser frequentemente solicitado, assim, como a avaliação da dosagem de creatinina a fim de que alterações renais possam ser mais precocemente identificadas e medidas para retardamento da progressão da doença renal sejam implementadas.

As solicitações e registros dos resultados dos exames de urina nos prontuários foram realizados de modo variado. Expressos por meio das unidades de medidas pertinente ao tipo de solicitação realizada, como proteinúria com registro de seu resultado em miligramas/24 (mg), porém identificou-se também a ocorrência de registros feitos por meio de cruzes (++) , indicando a realização da avaliação da urina por meio da utilização de fita reagente de imersão. Embora a utilização deste método seja útil como rastreamento, apenas detecta a presença de albumina e não proteínas totais, podendo apresentar resultados divergentes em análises quantitativas, não sendo utilizado para avaliar efeitos de intervenções terapêuticas e nem controlar progressão da doença renal. Tal teste apresenta resultados falso-positivos em diversas situações: urina concentrada, ou muito diluída, contendo compostos de amônia, secreção vaginal e quando o pH urinário for alcalino (pH > 7,5)^{21,22}. O registro por meio de “dentro da normalidade” sem uma faixa numérica implica em o profissional que avalia aquele exame posteriormente não ter a compreensão se o usuário se encontra dentro de uma faixa confortável ou no limite da concentração de proteínas tolerada e isso pode retardar a implementação de medidas. Considerando que a atenção a esses usuários é compartilhada por equipe multiprofissional na ESF, os registros adequados se tornam ainda mais relevantes para garantir a continuidade e longitudinalidade do cuidado²³.

Todos os pacientes pertencentes aos chamados grupos de risco, mesmo que assintomáticos, devem ser avaliados anualmente pelas equipes da ESF e terem seus exames laboratoriais, avaliados. Sendo esses de baixo custo, e eficazes no rastreamento da DRC¹¹. No presente estudo não há registros de tal acompanhamento, isso impacta negativamente o manejo dos cuidados aos usuários pertencentes ao grupo de risco que muitas vezes têm as alterações em seus exames identificadas tardiamente.

Outro dado importante elucidado no presente estudo, e que corrobora com a literatura¹⁰ é a ausência da realização do cálculo da estimativa da TFG por parte dos profissionais. A realização da medida da TFG é fundamental na prática clínica pois todas as funções renais são afetadas progressivamente com a redução da TFG. A medida da TFG contribui para definir diagnóstico, avaliar a progressão da doença e estabelecer medidas de prevenção e tratamento²².

O encaminhamento dos usuários à atenção especializada se deu majoritariamente no estágio 3B, correspondente à estimativa de TFG com diminuição moderada à severa e em seguida pela estimativa da TFG severamente diminuída. Tal resultado está de acordo com os estágios preconizados pelas diretrizes^{5,24}. Contudo, é importante destacar que os estágios identificados são do momento em que o encaminhamento foi realizado e que não há registros periódicos da realização do cálculo da estimativa da TFG dos usuários ao longo do acompanhamento realizado na unidade, o que implica em desconhecimento de como a TFG vem se comportando ao longo do tempo.

Além disto, na maioria dos prontuários analisados não constava o registro da estimativa da TFG utilizada para embasar o encaminhamento, o que traz implicações para o acompanhamento deste usuário que no futuro pode ser atendido por outro profissional, garantindo a continuidade informacional²⁵.

Segundo as Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica⁵, nos estágios de 1 a 3 o acompanhamento deve ser mantido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), visando tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC. Nesse ponto, destaca-se a importância do acompanhamento do usuário pela equipe multiprofissional composta por profissionais que darão suporte às necessidades desse paciente diante de um quadro de progressão da perda da função renal e possível início de terapia renal substitutiva (TRS).

O tratamento conservador visa o estabelecimento de medidas com objetivo de diminuir o ritmo de progressão da doença contribuindo para melhora das condições clínicas, físicas e psicológicas dos pacientes²⁶. Nesse sentido, destaca-se o importante papel do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) que aumenta o repertório de ações, tornando mais abrangente e próximas da necessidade dos usuários e proporcionando ações específicas/individualizadas para retardamento da piora da função renal em estágios iniciais. Porém durante a análise dos prontuários não se encontrou registros de encaminhamentos de usuários em estágios iniciais para acompanhamento por profissionais do NASF.

A subnotificação dos registros dos dados referentes ao estado de saúde dos usuários pode levar a atrasos nos diagnósticos, acarretando a descoberta da doença em estágios finais e impossibilitando o usuário de receber orientações e cuidados para retardamento da doença e conhecer possíveis opções de tratamento. Durante a análise dos dados, o registro de informações referentes ao andamento dos encaminhamentos realizados, como a obtenção da consulta com o especialista, o tempo de espera ou início de tratamento dialítico foi identificado em apenas dois prontuários, evidenciando a lacuna na contrarreferência desses pacientes e perdas de informações que implicam no cuidado, tendo em vista que diante de um encaminhamento à atenção especializada o usuário não deve perder vínculo com a unidade de seu território¹¹.

Como já citado, o avanço da idade é um fator que se apresenta como risco para o desenvolvimento da doença renal crônica. Entretanto, destacou-se no estudo que usuários com idade inferior a 60 anos, 20% da amostra analisada, apresenta-se com importante comprometimento da função renal. Dentre eles, destaca-se o acometimento pela hipertensão arterial sistêmica, que quando presente, acelera a perda da função renal. Esse fato reforça a necessidade de implementação de estratégias para prevenção e controle da hipertensão arterial, tendo em vista ser uma das principais causas de desenvolvimento da DRC e de seu agravamento.

Devido à grande miscigenação étnica existente no Brasil, atualmente o emprego da variável raça na avaliação da função renal vem deixando de ser incentivado. Contudo, o presente estudo indica que a raça foi uma variável significativa no encaminhamento dos usuários ao especialista nos estágios III, IV e V da doença renal ($P=0,04$, $RC=0,08$ e $IC=0,008$; $0,91$). Esse dado pode ser compreendido pelo fato de que negros e pardos possuem maior risco de desenvolvimento de hipertensão arterial^{17,19}, e esta apresentar-se como uma das principais causas de desenvolvimento e agravamento da doença renal.

Limitações do Estudo

Por ser uma pesquisa transversal, não é possível determinar a causalidade das variáveis e a amostra foi reduzida, restrita a uma única unidade de ESF analisada. No entanto, essa limitação não prejudicou as análises estatísticas de acordo com os objetivos propostos.

Reconhece-se a ausência de registros por parte dos profissionais do serviço, especialmente referentes a resultados de exames laboratoriais e de estimativa da TFG, que determina o estágio da doença e assim o encaminhamento ao nefrologista. Isso indica inconsistências em relação às anotações e no sistema de informação, no entanto esta limitação contribuiu para mostrar a relevância de estudos como esse podem indicar a necessidade de mudanças no sentido de qualificar os registros.

CONCLUSÃO

Sendo a DRC uma doença de curso silencioso e assintomático, é fundamental que o acompanhamento laboratorial dos indivíduos predispostos ao desenvolvimento da doença seja realizado conforme recomendado pelas diretrizes.

Ao longo dos últimos anos vem se desenvolvendo diretrizes e linhas de cuidados voltadas à melhoria da assistência aos pacientes predispostos ao desenvolvimento da DRC, entretanto, a condução desses cuidados ainda se mantém como um desafio tendo em vista a não integralidade na realização das ações que são preconizadas.

É inquestionável o relevante papel da Atenção Básica no que se refere à promoção da saúde, prevenção de agravos e reconhecimento precoce de enfermidades. Porém, diante das lacunas evidenciadas é importante considerar que novas estratégias precisam ser pensadas para que a Atenção Básica seja efetiva nas ações específicas de manejo dos usuários predispostos à DRC e garanta continuidade e integralidade do cuidado.

Os enfermeiros têm papel importante no acompanhamento e participação ativa no cuidado a usuários predispostas a DRC. Nessa perspectiva, reforça-se que o enfermeiro está apto para implementar os conhecimentos clínicos, e assim solicitar os exames exigidos pelas diretrizes, avaliar a estimativa da TFG e acompanhar a evolução. Além de todas as ações de promoção de mudança do estilo de vida e de estímulo ao autocuidado, ações que compõem o escopo de atuação dos profissionais da atenção primária, junto a tal grupo da população. Esse estudo visa fomentar o conhecimento acerca da implementação das políticas destinadas aos cuidados para prevenção, tratamento e acompanhamento de pessoas com DRC a fim de que se estabeleçam as intervenções descritas nos protocolos, de modo efetivo.

REFERÊNCIAS

1. Kirsztajn GM astroiann., Filho NS algad., Draibe SA, Netto MV início. de P, Thomé FS aldanh., Souza E, et al. Fast reading of the KDIGO 2012: guidelines for evaluation and management of chronic kidney disease in clinical practice. *J Bras Nefrol of Soc Bras e Latino-Americana Nefrol.* 2014;36(1):63–73. DOI: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140012>.
2. Gordan, PA. Grupos de risco para doença renal crônica. *Braz. J. Nephrol.* 2006 [cited 2021-08-20]; 28(2 suppl. 1):8-11. Available from: <https://www.bjnephrology.org/article/grupos-de-risco-para-doenca-renal-cronica>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica [Internet]. Caderno de Atenção Básica vol. 14. 2006. 23–25 p. [cited 2021 Aug 20]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd14.pdf.
4. Neves PDMM, Sesso RCC, Thomé FS, Lugon JR, Nascimento MM. Brazilian dialysis survey 2019. *Braz. J. Nephrol.* 2021 [cited 2022 Jan 25]; 43(2): 217-27. Available from: <https://www.bjnephrology.org/article/inquerito-brasileiro-de-dialise-2019/>.
5. Ministério da Saúde (Br). Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde. 2014 [cited 2021 Aug 20]; (1):1–37. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf.
6. Lima WL de, Paula LB de, Duarte TT da P, Magro MC da S. Knowledge of primary health care nurses about risk factors of acute kidney injury. *Esc Anna Nery.* 2020 [cited 2021 Aug 20]; 24(2):e20190280. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0280>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 1.675, de 07 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [portaria na internet]. Diário Oficial da União 08 de junho 2018 [cited 2021 Sep 10]; Seção1, (148). Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saualegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html#:~:text=Ficam%20mantidas%20as%20classificac%C3%A7%C3%B5es%20do,seguinte%20a%20de%20sua%20publicac%C3%A7%C3%A3o.
8. Delatorre T, Romão EA, Mattos ATR, Ferreira JBB. Management of chronic kidney disease: perspectives of Brazilian primary care physicians. *Prim Heal Care Res Dev.* 2022 [cited 2022 May 10]; 22:E8. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1463423621000074>.
9. De Paula EA, Costa MB, Colugnati FAB, Bastos RMR, Vanelli CP, Leite CCA, et al. Strengths of primary healthcare regarding care provided for chronic kidney disease. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016 [cited 2021 Aug 20]. 24:e2801. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1234.2801>.
10. Castro TLB, Oliveira RH, Sousa JAG, Romano MCC, Guedes JVM, Otoni A. Impaired kidney function: prevalence and associated factors in risk patients. *Rev Cuid.* 2020. 11(2):e1019. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1019>.
11. Cortez EN, Rocha FH, Gontijo TL, Otoni A. A assistance to patients with chronic kidney disease in primary health care: a systematic literature review. *Res Soc Dev.* 2022 [cited 2022 May 10]; 11(4):e35011427389. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27389>.
12. Richardson RJ e colaboradores. Pesquisa Social Métodos e Técnicas. 3ª Ed. São Paulo: Editora Atlas SA.; 1999.
13. Abensur H. Biomarcadores na Nefrologia [livro eletrônico]. São Paulo. Roche; 2011 [cited 2021 Sep 10]. p. 81–92. Available from: <https://arquivos.sbn.org.br/pdf/biomarcadores.pdf>.
14. Dallacosta FM, Dallacosta H, Mitrus L. Early detection of chronic kidney disease in at-risk population. *Cogit Enferm.* 2017 [cited 2021 Sep 10]; 22(1):e48714. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.48714>.
15. Marinho AWGB, Penha A da P, Silva MT, Galvão TF. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cad Saúde Colet.* 2017 [cited 2021 Sep 10]; 25(3):379–88. DOI: <http://10.1590/1414-462X201700030134>.
16. Piccolli AP, Nascimento MM do, Riella MC. Prevalence of chronic kidney disease in a population in southern Brazil (Pro-Renal Study). *J Bras Nefrol.* 2017 [cited 2021 Sep 10]; 39(4):384–90. DOI: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170070>.
17. Aguiar LK de, Ladeira RM, Machado IÉ, Bernal RTI, Moura L de, Malta DC. Factors associated with chronic kidney disease, according to laboratory criteria of the National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol.* 2020 [cited 2022 May 22]; 23:e200101. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1980-549720200101>.

18. Kirsztajn GM. Diagnóstico Laboratorial em Nefrologia. 1ª Ed. São Paulo: Sarvier; 2009.
19. Bravo-Zúñiga J, Gálvez-Inga J, Carrillo-Onofre P, Chávez-Gómez R, Castro-Monteverde P. Detecção precoce da doença renal crônica: trabalho coordenado entre atenção primária especializada em uma rede renal ambulatorial do Peru. *Braz. J. Nephrol.* 2019 [cited 2021 Abr 13]; 41(2):176-84. Available from: <https://www.bjnephrology.org/en/article/early-detection-of-chronic-renal-disease-coordinated-work-between-primary-and-specialized-care-in-an-ambulatory-renal-network-of-peru/>.
20. Leite LP, Cordeiro GP, Monteiro BC, Oliveira PGA de, Spinetti PP de M, Magalhães MEC, et al. Hypertension in chronic kidney disease under conservative treatment. *Rev Bras Hipertens.* 2020 [cited 2021 Apr 13]; 7(4):115–21. DOI: <http://dx.doi.org/10.47870/1519-7522/20202704115-21>.
21. Dusse LMS, Rios DRA, Sousa LPN, Moraes RMM e S, Domingueti CP, Gomes KB. Biomarkers of renal function: what is currently available? *Rev Bras Análises Clínicas.* 2017 Jun [cited 2021 Sep 16]; 49(1):41–51. Available from: <http://www.rbac.org.br/artigos/biomarcadores-da-funcao-renal-do-que-dispomos-atualmente/>.
22. Kirsztajn GM. Avaliação Laboratorial em Nefrologia. 1ª Ed. Piracicaba, SP: Balieiro; 2021.
23. Saúde BM da, Einstein SBIBA. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da pessoa com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. 2020 [cited 2022 May 23]; 88. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/download/8023/>.
24. Ministério da Saúde (Br). Endocrinologia e Nefrologia. Protocolo encaminhamento da atenção básica para atenção especializada. 2015 [cited 2021 Aug 20]; (1):1–22. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada_endocrinologia.pdf.
25. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, De Almeida PF, Martins CL, Mota PHDS, et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. *Cienc e Saude Coletiva.* 2017 [cited 2021 dec 10]; 22(4):1141–54. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>.
26. Santos JRF de M, Luz MF de S, Lima S da R, Aguiar V, Moura IH de, Silva P de S e. Estratégias Da Atenção Básica Na Doença Renal Crônica: A Importância Do Diagnóstico Precoce. *Saúde.com.* 2017-06-30 [cited 2022 Mar 18]; 13(2):863–70. DOI: <http://dx.doi.org/10.22481/rsc.v13i2.433>.