

AVALIAÇÃO DO CUIDADO A PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
VALUATION OF CARE FOR PEOPLE WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PRIMARY HEALTH CARE
EVALUACIÓN DEL CUIDADO A PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA ATENDICIÓN PRIMARIA DE SALUD

 Lilian Kelen de Aguiar¹
 Andréa Gazzinelli²
 Deborah Carvalho Malta²

¹Universidade do Estado do Amazonas - UEA, Manaus, AM - Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem - EE, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública - EMI, Belo Horizonte, MG - Brasil.

Autor Correspondente: Deborah Carvalho Malta

E-mail: dcmalta@uol.com.br

Contribuições dos Autores:

Análise Estatística: Lilian K. Aguiar; **Aquisição de Financiamento:** Deborah C. Malta **Coleta de Dados:** Lilian K. Aguiar; **Conceitualização:** Lilian K. Aguiar, Andréa Gazzinelli, Deborah C. Malta; **Gerenciamento do Projeto:** Lilian K. Aguiar, Andréa Gazzinelli, Deborah C. Malta; **Gerenciamento de Recursos:** Lilian K. Aguiar, Andréa Gazzinelli, Deborah C. Malta; **Investigação:** Lilian K. Aguiar, Andréa Gazzinelli, Deborah C. Malta; **Metodologia:** C Lilian K. Aguiar, Andréa Gazzinelli, Deborah C. Malta; **Redação - Preparo do Original:** CLilian K. Aguiar, Andréa Gazzinelli, Deborah C. Malta; **Redação - Revisão e Edição:** CLilian K. Aguiar, Andréa Gazzinelli, Deborah C. Malta; **Supervisão:** Lilian K. Aguiar, Andréa Gazzinelli, Deborah C. Malta; **Validação:** MLilian K. Aguiar, Andréa Gazzinelli, Deborah C. Malta; **Visualização:** Lilian K. Aguiar, Andréa Gazzinelli, Deborah C. Malta.

Fomento: Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde (TED 67/2023); FAPEMIG Chamada 011/2022 (APQ-03788-22); DCM agradece ao CNPq pela bolsa de produtividade recebida (processo 305170/2025-2).

Submetido em: 15/09/2025

Aprovado em: 24/04/2026

Editor Responsável:

 Tânia Couto Machado Chianca

RESUMO

Objetivo: analisar como se estrutura a atenção à doença renal crônica (DRC) no âmbito da Atenção Primária à Saúde, sob a ótica dos profissionais de saúde, comparando-a à assistência voltada às demais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). **Métodos:** trata-se de um estudo transversal realizado com médicos, enfermeiros das equipes de saúde da família e gerentes do Centro de Saúde de Belo Horizonte. Utilizou-se o instrumento Assessment of Chronic Illness Care, e a análise foi conduzida no software R, empregando os testes de Wilcoxon, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney e correlação de Spearman. **Resultados:** a atenção às pessoas com (DCNT) foi melhor avaliada em comparação à DRC. O “Suporte para as decisões clínicas” apresentou a maior diferença entre as avaliações de DCNT e DRC, obtendo o menor escore. O “Apoio para o autocuidado”, relacionado à atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ao suporte psicossocial e aos grupos de apoio aos usuários, assim como o “Desenho do sistema de prestação de serviços”, relativo ao desenho da linha de cuidado, liderança das equipes, agendamento e monitoramento dos usuários, receberam avaliações superiores em relação às demais dimensões do instrumento. **Conclusões:** é necessário fortalecer as estratégias para integrar a DRC ao modelo de atenção crônica, visando garantir uma assistência mais equitativa e qualificada

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Insuficiência Renal Crônica; Doença Crônica; Pessoal de Saúde; Estudos Transversais.

ABSTRACT

Objective: to analyze how care for chronic kidney disease (CKD) is structured within Primary Health Care from the perspective of health professionals, comparing it with the care provided for other noncommunicable chronic diseases (NCDs). **Methods:** a cross-sectional study carried out with physicians, nurses from family health teams, and managers of a Primary Health Center in Belo Horizonte, Brazil. It was used the Assessment of Chronic Illness Care instrument and data analysis was performed in R software using the Wilcoxon, Kruskal-Wallis, and Mann-Whitney tests, as well as Spearman's correlation. **Results:** care for individuals with NCDs was rated more favorably than care for CKD. “Clinical decision support” showed the greatest discrepancy between NCD and CKD assessments, receiving the lowest score. “Self-management support,” related to the work of the Family Health Support Center, psychosocial support, and user support groups, as well as “Delivery system design,” referring to care pathway organization, team leadership, scheduling, and patient monitoring, received higher evaluations compared to other dimensions of the instrument. **Conclusions:** strengthening strategies to integrate CKD into the chronic care model is essential to ensure more equitable and higher-quality care.

Keywords: Primary Health Care; Renal Insufficiency, Chronic; Chronic Disease; Health Personnel; Cross-Sectional Studies.

RESUMEN

Objetivo: analizar cómo se estructura la atención a la enfermedad renal crónica (ERC) en el ámbito de la Atención Primaria de Salud, desde la perspectiva de los profesionales de salud, comparándola con la asistencia dirigida a otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). **Métodos:** se realizó un estudio transversal con médicos, enfermeros de los equipos de salud de la familia y gerentes del Centro de Salud de Belo Horizonte. Se utilizó el instrumento Assessment of Chronic Illness Care, y el análisis se llevó a cabo en el software R mediante las pruebas de Wilcoxon, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney y correlación de Spearman. **Resultados:** el cuidado a las personas (ECNT) fue mejor evaluado en comparación con la ERC. El “Soporte para las decisiones clínicas” mostró la mayor diferencia entre las evaluaciones de ECNT y ERC, obteniendo el menor puntaje. El “Apoyo para el autocuidado” relacionado con la actuación del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia, el soporte psicossocial y los grupos de apoyo a los usuarios, así como el “Diseño del sistema de prestación de servicios” referente al diseño de la línea de cuidado, liderazgo de los equipos, programación y monitoreo del usuario, recibieron mejores evaluaciones en comparación con las otras dimensiones del instrumento. **Conclusiones:** as estratégias para integrar la ERC al modelo de atención crônica necesitan ser fortalecidas para garantizar una asistencia más equitativa y de calidad.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Insuficiencia Renal Crónica; Enfermedad Crónica; Personal de Salud; Estudios Transversales.

Como citar este artigo:

Aguiar LK, Gazzinelli A, Malta DC. Avaliação do cuidado a pessoa com doença renal crônica na atenção primária à saúde. REME - Rev Min Enferm [Internet]. 2026; 30:e-1594.[citado em _____] Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2026.59952>

*Tese de doutorado. “Avaliação da atenção primária à saúde de pessoas com doença renal crônica” Acesso: file:///C:/Users/USER-03/Downloads/Tese%20Lilian%20APS.DRC%20UFMG.pdf

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) configura-se como um relevante desafio para a saúde pública mundial, figurando entre as principais causas de mortalidade global. Estima-se que entre 10–20% da população adulta seja acometida pela DRC⁽¹⁾. No cenário brasileiro, a prevalência ainda não é completamente conhecida, oscilando entre 1,4–4,6% em adultos⁽²⁾. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde apontam uma prevalência de 1,4% (IC95%: 1,3–1,6), o que corresponde a aproximadamente dois milhões de pessoas vivendo com DRC no país⁽³⁾.

Diversos fatores estão implicados na gênese da doença. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) constituem as principais causas, seguidas por condições como obstruções do trato urinário, glomerulopatias, pielonefrites, doença renal policística, doenças autoimunes, malformações congênitas e enfermidades de caráter hereditário⁽⁴⁾. O risco de progressão para a perda da função renal é maior em indivíduos com HAS, idade avançada ou histórico familiar de nefropatia⁽⁵⁾. Além disso, condições como dislipidemia, obesidade e tabagismo são reconhecidas como fatores agravantes para a progressão do quadro clínico⁽⁶⁾.

A DRC, em geral, manifesta-se de forma silenciosa até os estágios mais avançados, sendo frequentemente diagnosticada de maneira tardia. Tal característica dificulta intervenções precoces e compromete o sucesso terapêutico. Nesse contexto, a detecção precoce dos fatores associados e a adoção de condutas adequadas são fundamentais para reduzir a morbimortalidade e os custos decorrentes do tratamento prolongado⁽²⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde orienta que o acompanhamento clínico da DRC seja realizado, prioritariamente, por equipes multiprofissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS), com a possibilidade de suporte de serviços especializados da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas, conforme o estágio evolutivo da doença⁽⁵⁾. À APS cabe, sobretudo, o monitoramento dos fatores de risco modificáveis e o rastreamento dos grupos mais vulneráveis, visando ao diagnóstico precoce da disfunção renal⁽⁵⁾.

Apesar da existência de diretrizes, observa-se que a identificação precoce da DRC, a vigilância dos fatores de risco e a integração com os níveis especializados de atenção ainda enfrentam limitações no país. Estudos apontam fragilidades semelhantes em diferentes contextos internacionais, o que evidencia a negligência em relação aos estágios iniciais da doença e a fragmentação da assistência^(7,8). A assistência na APS ainda é pouco resolutiva

e apresenta lacunas na articulação com a atenção especializada, comprometendo a integralidade do cuidado⁽⁷⁾. Um relatório do United States Renal Data System, por exemplo, demonstrou que, em 2011, quase metade dos pacientes iniciou a diálise sem acompanhamento prévio com um nefrologista⁽⁸⁾.

No contexto nacional, persistem lacunas no cuidado integral, as quais se expressam tanto no desconhecimento dos critérios diagnósticos por parte dos profissionais quanto na dificuldade de acesso a especialistas^(9,10). Diante dessa realidade, este estudo busca analisar como se estrutura a atenção à DRC no âmbito da APS, sob a ótica dos profissionais de saúde, comparando-a com a assistência voltada às demais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal que teve como participantes médicos e enfermeiros de equipes de Saúde da Família (ESF) e gerentes de Centros de Saúde (CS). O cenário do estudo foi o município de Belo Horizonte, Minas Gerais, que está organizado em nove regionais de saúde, totalizando 162 CS e 588 eSF. O dimensionamento amostral foi calculado por meio da amostragem por conglomerados, considerando um erro absoluto de 5%. O peso amostral de cada regional de saúde foi determinado a partir do número de CS existentes. A amostra final foi composta por 30 UBS, sorteadas aleatoriamente.

A coleta de dados ocorreu diretamente nos CS, onde os profissionais foram convidados a participar durante visitas presenciais realizadas pela pesquisadora. Em cada unidade, foram realizadas três visitas em turnos diferentes, buscando compatibilizá-las com o funcionamento do serviço e com a disponibilidade das equipes. O agendamento prévio foi realizado junto aos gerentes e profissionais de saúde, e o trabalho de campo se estendeu de dezembro de 2017 a abril de 2018.

Foram considerados elegíveis para o estudo apenas os profissionais que exerciam a função, há, no mínimo, seis meses na unidade pesquisada. Entre os 30 gerentes existentes, um não preenchia esse requisito e cinco recusaram a participação, totalizando 24 gestores entrevistados.

Para os portadores de DRC, adotaram-se como critérios de exclusão: ter menos de 18 anos; apresentar incapacidade para responder ao questionário ou à entrevista; possuir doença mental que impedisse a resposta; ou não estar presente no momento da visita da pesquisadora. Para os profissionais de saúde das URS e das unidades de TRS, foram excluídos aqueles que não tinham, pelo

menos, seis meses de trabalho no cargo ou na função. No caso das unidades de TRS, também houve escolha por conveniência em um único turno, justamente para evitar a repetição de participantes que atuavam em mais de uma unidade.

Nesse período, 180 médicos e enfermeiros atuavam nas eSF dos CS selecionados. Desses, 37 optaram por não participar, seis não atendiam aos critérios de inclusão e 11 estavam de férias, licença ou folga. Assim, foram incluídos 150 profissionais no estudo: 24 gerentes, 56 médicos e 70 enfermeiros, todos presentes durante as visitas realizadas.

Para a coleta de informações, foi empregado o instrumento Assessment of Chronic Illness Care⁽¹¹⁾, cujo propósito é avaliar em que medida os gestores e os profissionais de saúde desenvolvem ações voltadas à prevenção e ao acompanhamento das condições crônicas, incluindo a DRC. O questionário encontra-se traduzido e validado para o português e é estruturado em sete eixos. Seis desses eixos correspondem aos componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, enquanto o sétimo analisa o grau de articulação entre eles.

As variáveis do estudo foram agrupadas segundo essa lógica de organização: estruturação do sistema de saúde, utilização de recursos comunitários, apoio ao autocuidado, desenho do cuidado, suporte às decisões clínicas, sistema de informação clínica e, por fim, integração do modelo de atenção (Figura 1).

Cada item do instrumento é respondido em uma escala de 0–11 pontos, distribuída em quatro categorias (D, C, B e A). O nível D corresponde aos escores de 0–2 e expressa implementação muito baixa da ação avaliada. No extremo oposto, o nível A corresponde aos escores de 9–11 pontos, indicando que a ação descrita já se encontra plenamente incorporada à prática.

Para fins de análise, os valores atribuídos em cada questão foram somados e, em seguida, calculou-se a média aritmética por dimensão. A interpretação dos escores segue a seguinte classificação: 0–2, capacidade muito limitada de atenção às condições crônicas; 3–5, capacidade básica; 6–8, capacidade considerada razoável; e 9–11, capacidade ótima.

Assim, quanto mais elevado o escore, melhores são os recursos e a estrutura disponíveis para a atenção a doenças crônicas, enquanto valores baixos revelam fragilidades importantes na organização do cuidado.

Os dados obtidos foram organizados e codificados em uma planilha eletrônica (Microsoft Excel 2013) e, posteriormente, analisados no software R (versão 3.4.4). Para a análise descritiva, foram utilizadas medidas de

frequência absoluta e relativa, médias, desvios-padrão e intervalos de confiança de 95%.

Na comparação entre as avaliações finais do cuidado direcionado às DCNT e à DRC, bem como entre os escores das diferentes dimensões analisadas, aplicou-se o teste de Wilcoxon. Adotou-se o nível de significância de $p < 0,05$. A magnitude das diferenças foi mensurada por meio do tamanho do efeito (d de Cohen), interpretado segundo os seguintes parâmetros: valores de $<0,20$ representam efeito desprezível; entre 0,20–0,50 indicam efeito pequeno; de 0,50–0,80 correspondem a efeito moderado; e valores de $>0,80$ refletem efeito considerado grande⁽¹²⁾.

Para analisar a associação de cada dimensão com a avaliação final, a correlação entre as dimensões e a comparação destas com as variáveis de caracterização, foram utilizados os testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney, a correlação de Spearman e, adicionalmente, o teste de Nemenyi para comparações múltiplas.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (parecer consubstanciado nº 2.322.149, CAAE nº 90219117.6.0000.5149). Todos os procedimentos éticos foram respeitados, em conformidade com as normas vigentes para pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS

Entre os profissionais entrevistados a maioria eram do sexo feminino (75,3%). Os enfermeiros representaram 46,7% do total, e a maioria tinha vínculo efetivo com o serviço público (78,7%). No grupo dos gerentes, também se observou predominância da categoria de enfermagem (54,2%). A idade média foi de 43,7 anos, variando de 29 a 69 anos. O tempo médio de formação profissional foi de 17,4 anos (desvio padrão = 11,1), enquanto o período médio de atuação no setor público correspondeu a 13,5 anos. Considerando a função exercida no momento da coleta, a média de permanência foi de 10,3 anos.

Na avaliação global, o cuidado ofertado na APS às pessoas com DCNT obteve escore de 6,26, o que corresponde a uma capacidade considerada razoável (intervalo de 6–8). Já a atenção voltada especificamente para a DRC apresentou escore médio de 4,53, classificado como capacidade básica (intervalo de 3–5). Essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$), com tamanho de efeito elevado ($d = 1,257$), evidenciando

Avaliação do cuidado a pessoa com doença renal crônica na atenção primária à saúde.

Figura 1. Variáveis de cada dimensão do *Assessment of Chronic Illness Care*

Dimensões		Variáveis/ Componentes
1. Organização da Atenção à Saúde		1.1- Liderança organizacional do sistema, 1.2- Metas organizacionais, 1.3- Estratégias para a melhoria da atenção, 1.4- Políticas e incentivos para a atenção, 1.5- Autoridades institucionais, 1.6- Benefícios;
2. Articulação/Cooperação com a Comunidade		2.1- Associação dos pacientes com os recursos da comunidade 2.2- Parcerias com as organizações comunitárias, 2.3- Planos de saúde regionais e locais;
3. Unidade de Saúde	3.a Apoio ao Autocuidado	3a.1- Avaliação e documentação das necessidades de autocuidado e atividades realizadas 3a.2- Apoio ao auto cuidado, 3a.3- Suporte psicossocial aos pacientes e familiares, 3a.4- Intervenções efetivas para mudança de comportamento e grupos de apoio;
	3.b Suporte à Decisão	3b.1- Diretrizes baseadas em evidência, 3b.2- Envolvimento de especialistas na melhoria da atenção primária 3b.3- Educação das equipes em atenção às doenças crônicas, 3b.4- Informação aos pacientes sobre as diretrizes;
	3.c Desenho do sistema de prestação de serviços	3c.1- Linha de cuidado para a atenção, 3c.2- Lideranças das equipes de saúde, 3c.3- Sistema de agendamento de consultas, 3c.4- Monitoramento do paciente, 3c.5- Consultas planejadas, 3c.6- Referência ao especialista e serviços de apoio diagnóstico e contra referência;
	3.d Sistema Informação Clínica	3d.1- Registro: lista de pacientes com condições específicas, 3d.2- Alertas aos profissionais; 3d.3- Feedback: avaliação de desempenho 3d.4- Informação relevante sobre subgrupos de pacientes que requerem serviços especializados, 3d.5- Planos terapêuticos dos pacientes;
4. Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas		4.1- Informação aos pacientes sobre os protocolos, 4.2- Informações dos registros ou sistemas de informação, 4.3- Retroalimentação da Unidade de Saúde pelos programas comunitários, 4.4- Abordagem populacional do Plano de Organizacional de atenção às doenças, 4.5- Monitoramento para consultas, avaliação do paciente e planejamento de metas, 4.6- Diretrizes para a atenção às doenças crônicas.

Fonte: Costa KC da, Cazola LH de O, Tamaki EM, 2016.

maior consistência do cuidado às DCNT em relação à DRC (Tabela 1).

Quanto às dimensões analisadas, a maior parte alcançou médias enquadradas no Nível C, exceto as dimensões Apoio ao Autocuidado e Desenho do Sistema de Prestação de Serviços, que se destacaram com médias situadas no Nível B e diferenças estatisticamente significativas,

uma vez que os intervalos de confiança não apresentaram sobreposição. Ressalta-se, ainda, que a dimensão referente ao Suporte às Decisões Clínicas registrou escores mais baixos, com diferença significativa em relação às demais (Tabela 1).

A avaliação do cuidado mostrou-se diferente na perspectiva dos gerentes quando comparada à dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). Observaram-se escores maiores na avaliação dos gerentes em todas as

dimensões, tanto no cuidado às DCNT quanto às DRC. O escore total obtido no cuidado às DCNT foi significativamente maior ($p = 0,01$) na avaliação dos gerentes, quando comparado ao dos profissionais. O mesmo ocorreu com os escores obtidos nas dimensões “Suporte para Decisões Clínicas”, “Sistema de Informação Clínica” e “Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas” do cuidado às DCNT. No cuidado às DRC, apenas a dimensão “Suporte para Decisões Clínicas” apresentou diferença significativa, com escores maiores entre os gerentes. Verificou-se, ainda, uma diferença marginalmente significativa ($p = 0,058$) na dimensão “Organização do Sistema de Saúde” (Tabela 2).

A investigação da relação entre as dimensões avaliadas e as características dos profissionais indicou que não houve correlação significativa entre os escores das dimensões e a idade, o tempo de formação ou o tempo de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). A única exceção foi observada na dimensão “Integração dos Componentes” para o cuidado às DCNT, que apresentou correlação negativa e significativa com o tempo de permanência na função ($r = -0,17$; $p = 0,034$). Isso sugere que, quanto maior o tempo de atuação na função, menor é a avaliação atribuída a essa dimensão.

DISCUSSÃO

Este estudo evidencia a relevância de avaliar o cuidado prestado a pessoas com DCNT e, especialmente, àquelas com DRC na APS. Os resultados mostraram que a atenção às pessoas com DCNT recebeu avaliações superiores quando comparada àquela oferecida aos pacientes com DRC. Entre as dimensões avaliadas, a de Suporte às Decisões Clínicas apresentou a maior diferença entre os

cuidados direcionados às DCNT e à DRC, registrando o menor escore.

Em contrapartida, dimensões como Apoio ao Autocuidado (que inclui a atuação do NASF, o suporte psicossocial e os grupos de apoio) e Desenho do Sistema de Prestação de Serviços (que engloba o planejamento da linha de cuidado, a liderança das equipes, o agendamento e o monitoramento dos usuários) foram as que receberam as melhores avaliações em relação às demais áreas do instrumento.

O acompanhamento insuficiente dos pacientes com DCNT, que pode resultar em piora clínica e encaminhamento tardio ao especialista, torna-se ainda mais crítico quando se trata de indivíduos com DRC. Estudos apontam a existência de lacunas no acompanhamento dos grupos de risco para DRC, com falhas no diagnóstico precoce da lesão renal e no tratamento nas fases iniciais da doença, ocasionando encaminhamentos tardios ao nefrologista^(7,13).

Um estudo sobre os desafios no cuidado a pessoas com DRC na APS indica que, em Belo Horizonte, cerca de 80% dos pacientes em estágio terminal da doença chegam aos serviços de terapia renal substitutiva por meio de encaminhamento realizado pelos serviços de urgência e emergência. Os autores apontam a dificuldade em diagnosticar precocemente e tratar os pacientes com DRC, sugerindo o aumento do investimento na qualificação dos serviços prestados nos CS, visando à identificação dos grupos de risco e ao controle dos fatores associados à evolução da doença⁽¹⁴⁾.

Nesse estudo, entre as dimensões avaliadas, a “Articulação com a Comunidade” e o “Suporte às Decisões Clínicas” atingiram os menores escores tanto no cuidado das DCNT quanto da DRC.

Tabela 1 — Avaliação dos cuidados básicos por dimensão para DCNT e DRC, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Dimensões	Doença Crônica			Doenças Renais			d Cohen
	Escore (Médio)	DP	IC95%	Escore (Médio)	DP	IC95%	
Total ¹	6,26	1,24	[6,07; 6,45]	4,53	1,50	[4,28; 4,77]	1,257
Organização sistema saúde	7,15	1,85	[6,83; 7,44]	4,87	2,14	[4,52; 5,21]	1,141
Articulação com comunidade	4,62	2,10	[4,31; 4,95]	3,43	2,15	[3,07; 3,78]	0,560
Apoio para o autocuidado	7,82	1,51	[7,56; 8,06]	6,67	1,86	[6,37; 6,96]	0,673
Suporte decisões clínicas	4,99	1,62	[4,72; 5,24]	2,54	1,62	[2,28; 2,80]	1,523
Desenho sistema prestação de cuidados	7,83	1,51	[7,60; 8,07]	6,13	1,89	[5,83; 6,46]	0,990
Sistema informação clínica	6,03	1,68	[5,75; 6,30]	4,49	1,85	[4,20; 4,76]	0,877
Integração dos componentes do MACC	5,38	1,51	[5,15; 5,62]	3,59	1,79	[3,32; 3,89]	1,078

¹ $p = 0,000$ (Teste de Wilcoxon).

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Tabela 2 – Avaliação das dimensões do ACIC para DCNT e DRC, segundo a função dos entrevistados nos centros de saúde de Belo Horizonte, 2018.

Indicadores/função	Gerente		Enfermeiro		Médico		Valor-p1	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
Doenças Crônicas	Organização do sistema de saúde	7,80	1,20	7,09	1,68	7,02	2,16	0,317
	Cooperação comunitária	5,01	2,28	4,43	1,92	4,73	2,25	0,658
	Apoio para o autocuidado	8,24	1,39	7,77	1,24	7,79	1,69	0,121
	Suporte para decisões clínicas	6,19	1,73	4,66	1,32	4,91	1,69	0,001
	Desenho do sistema	8,17	1,51	7,91	1,13	7,68	1,68	0,312
	Sistema de informação clínica	6,77	1,52	5,92	1,45	5,94	1,85	0,033
	Integração dos componentes	5,96	1,73	5,20	1,19	5,42	1,67	0,032
Doenças Renais Crônicas	Organização do sistema de saúde	5,79	1,56	4,72	2,09	4,72	2,33	0,058
	Cooperação comunitária	3,97	2,21	3,22	2,03	3,49	2,28	0,362
	Apoio para o autocuidado	7,12	1,82	6,69	1,81	6,56	1,84	0,306
	Suporte para decisões clínicas	3,31	1,85	2,29	1,55	2,52	1,52	0,038
	Desenho do sistema	6,76	2,04	6,03	1,73	6,09	1,92	0,242
	Sistema de informação clínica	5,16	2,08	4,19	1,65	4,64	1,90	0,154
	Integração dos componentes	4,19	2,00	3,29	1,52	3,76	1,95	0,171

1 Kruskal Wallis

Fonte: Elaborado pelas autoras.

No que se refere à Articulação com a Comunidade, revisões sistemáticas sobre programas internacionais de promoção da saúde e prevenção primária destacam o papel fundamental da participação ativa de líderes locais e organizações comunitárias no enfrentamento das DCNT. Desde a década de 1970, diversas iniciativas em diferentes países têm buscado reduzir a morbimortalidade dessas condições, como exemplificado pelo programa North Karelia, na Finlândia, que alcançou uma redução de 57% na mortalidade por doenças cardiovasculares em homens entre 35–64 anos, atribuída principalmente ao engajamento de múltiplos setores da comunidade⁽¹⁵⁾. Embora o enfoque familiar e a orientação comunitária estejam entre os atributos centrais da APS, pesquisas indicam que essas dimensões ainda recebem avaliações inferiores em vários contextos, evidenciando lacunas na articulação comunitária^(16–19). Os estudos ressaltam a relevância de criar oportunidades para a participação social, tanto em instâncias formais, como Conselhos e Conferências de Saúde, quanto na prática cotidiana das ESF.

Ainda na comparação da avaliação do cuidado prestado às pessoas com DCNT e àquelas com DRC, o “Suporte para as decisões clínicas” foi a dimensão que apresentou a maior diferença entre eles, além do pior escore. As questões abordaram a existência de diretrizes baseadas em evidências, a participação de especialistas

na APS, a frequência de treinamentos e capacitações oferecidas aos profissionais e a forma como as informações são transmitidas aos usuários. Um estudo destaca que a formação contínua da equipe é essencial na APS e que o manejo adequado das doenças crônicas depende tanto do acesso a protocolos e diretrizes quanto da interação efetiva com profissionais especializados⁽¹¹⁾.

A maioria dos médicos e enfermeiros entrevistados relatou que a comunicação com os especialistas ocorria apenas por meio de encaminhamentos formais e relatos do próprio usuário após a consulta, sem que houvesse discussões clínicas ou troca de informações que contribuíssem para a integralidade do cuidado. Avaliações sobre a integração da APS à Rede de Atenção à Saúde indicam que, embora existam profissionais de referência, são raras as oportunidades de discussões clínicas efetivas, de adaptações de protocolos à realidade local ou de elaboração de planos terapêuticos compartilhados para os usuários⁽²⁰⁾. Argumenta-se que a interação entre profissionais da APS e especialistas favorece o compartilhamento de informações e fortalece a coordenação do cuidado⁽²¹⁾.

Uma investigação sobre o perfil e os desfechos clínicos de pacientes na lista de espera para transplante renal em Belo Horizonte mostrou a limitada oferta de ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT, em especial da DRC, destacando a necessidade de ampliar a capacitação e o treinamento dos profissionais de saúde⁽¹⁴⁾. O

aprimoramento da formação dos profissionais de saúde é reconhecido como um componente central para o fortalecimento da APS, ampliando sua capacidade de resolução e melhorando a gestão do cuidado^(22,23).

Estudos indicam que profissionais da APS frequentemente apresentam lacunas no conhecimento sobre os critérios de diagnóstico da DRC, enfrentam dificuldades no encaminhamento para o nefrologista e realizam o manejo inadequado dos pacientes com a doença^(9,10). Esses estudos também apontam dificuldades na gestão do cuidado, associadas à quantidade insuficiente de profissionais, ao perfil inadequado para a atuação na APS e às condições de trabalho limitadas, além do uso ainda restrito de ferramentas de gestão voltadas ao cuidado das doenças crônicas.

A gestão do cuidado tem como objetivo garantir a atenção integral à saúde, reconhecendo a necessidade de fortalecer a APS em seu papel de coordenação⁽²²⁾.

É fundamental que os gestores conheçam as necessidades de saúde da comunidade, avaliem a qualidade da atenção oferecida e promovam uma organização mais eficiente dos CS, incluindo a capacitação dos profissionais, para atender de forma adequada aos diversos problemas de saúde da população⁽²¹⁾.

Um resultado relevante deste estudo foi que os gerentes dos CS atribuíram melhores avaliações ao cuidado oferecido na APS em comparação aos demais profissionais. Pesquisas similares, como a realizada em Piracicaba utilizando o *Primary Care Assessment Tool*, também identificaram diferenças na percepção entre gestores e equipes, com os primeiros destacando apenas a necessidade de maior capacitação das equipes. Por outro lado, os profissionais de saúde apontaram críticas relacionadas à organização, à infraestrutura e ao desempenho dos serviços oferecidos⁽²¹⁾.

Compreende-se que o gerente possui uma visão ampla do serviço, voltada principalmente para assegurar a continuidade do cuidado aos usuários. Nesse contexto, a dimensão relacionada à linha de cuidado foi melhor avaliada. A APS ocupa a etapa inicial dessa linha, precedendo e orientando os cuidados subsequentes que devem ser oferecidos por níveis de atenção mais complexos. No entanto, este estudo identificou a ausência de metas e estratégias específicas para o acompanhamento de pacientes com DRC, bem como lacunas na vigilância dos fatores de risco associados à doença.

O Ministério da Saúde estabelece que o manejo clínico da DRC deve ser conduzido preferencialmente por uma equipe multiprofissional na APS, contando, conforme o estágio da doença, com o suporte de unidades

especializadas da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, assegurando assim a integralidade do cuidado⁽⁵⁾.

O instrumento ACIC também permite avaliar a linha de cuidado do paciente, considerando principalmente a atuação da equipe multiprofissional na APS. São abordados aspectos como a frequência das reuniões da equipe, a definição clara de funções, a coordenação de recursos, a promoção do autocuidado e outros elementos relacionados à atenção integral a pacientes com DCNT ou DRC⁽²⁴⁾. O instrumento também aborda questões sobre a liderança da equipe, o sistema de agendamento, a periodicidade e a metodologia do monitoramento, as consultas planejadas para intervenções preventivas, de autocuidado e para avaliações regulares e, ainda, a referência e a contrarreferência de especialidades e serviços de apoio. A equipe surge como o cerne da atenção de qualidade ao paciente com DRC⁽²⁴⁾.

As equipes da APS devem monitorar os fatores de risco modificáveis que contribuem para a progressão da DRC. Pacientes pertencentes a grupos de risco ou que apresentem esses fatores devem ser acompanhados de forma contínua, com o objetivo de identificar precocemente a redução da função renal⁽⁵⁾. Os resultados reforçam a existência de fragmentação na rede de atenção, com equipes empenhadas no cumprimento das metas estabelecidas, mas que ainda enfrentam limitações estruturais e sistêmicas⁽¹⁵⁾. Observou-se empenho para o alcance de metas relacionadas à atenção à gestante, à criança e a idosos, bem como à prevenção e ao cuidado da HAS e do DM, sem foco para outras comorbidades crônicas da população. Verifica-se que a assistência na APS ainda é pouco resolutiva e apresenta lacunas, que reforçam a fragmentação do cuidado e comprometem a integralidade⁽⁷⁾.

Na literatura analisada, são escassas as pesquisas voltadas para a avaliação organizacional ou de desempenho da APS, bem como para uma visão crítica dos mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação⁽²⁵⁾. É nesse sentido que emerge este estudo, com o objetivo de avaliar a atenção às pessoas com DRC na Atenção Primária à Saúde a partir da perspectiva dos profissionais, comparando-a com a assistência prestada às demais DCNT.

Este estudo apresenta pontos fortes e limitações. Entre as limitações, destaca-se que a pesquisa foi conduzida em um único município, envolvendo apenas equipes da zona urbana, e considerou somente a percepção dos profissionais, sem incorporar uma avaliação técnica direta dos serviços prestados. Reconhece-se que a análise da qualidade do cuidado é um processo complexo, que

demanda múltiplas perspectivas sobre a atenção à saúde. Além disso, o desenho transversal do estudo impede a inferência de relações causais.

Entre os pontos fortes, ressalta-se o uso de um questionário validado internacionalmente, específico para doenças crônicas e abrangente quanto a diferentes aspectos da atenção à saúde.

A realização de duas avaliações simultâneas, voltadas para DCNT e DRC, proporcionou uma visão mais completa da assistência prestada. A consistência das respostas foi confirmada pelo índice de Cronbach, garantindo a confiabilidade do estudo. Além disso, a abordagem metodológica incluiu entrevistas com distintos grupos de profissionais, permitindo comparações, sobretudo entre gestores dos CS e médicos e enfermeiros das eSF. Por fim, embora a avaliação em saúde seja uma temática de relevância universal, a literatura ainda é limitada, apresentando lacunas importantes no conhecimento.

CONCLUSÃO

A atenção às pessoas com DRC na APS apresentou lacunas importantes em relação ao cuidado ofertado a doença e às demais DCNT, especialmente no que se refere ao suporte para decisões clínicas. Apesar de avanços no apoio ao autocuidado e no desenho do sistema de prestação de serviços, as estratégias para integrar a DRC ao modelo de atenção crônica precisam ser fortalecidas para garantir uma assistência mais equitativa e qualificada.

O estudo apresentado alinha-se a iniciativas regionais que buscam fortalecer a APS no manejo das DCNT. Ao evidenciar lacunas na identificação precoce e no acompanhamento de pacientes com DRC, especialmente em comparação com outras DCNT, o trabalho destaca a necessidade de aprimorar a integração entre os serviços de APS e os níveis especializados de atenção. A ênfase na qualificação das equipes multiprofissionais, no suporte à decisão clínica e na articulação com a comunidade reflete esforços para promover um cuidado mais coordenado e centrado no paciente.

Assim, a pesquisa contribui para o entendimento dos desafios enfrentados na APS e oferece subsídios para o desenvolvimento de estratégias que objetivem a melhoria da qualidade e da equidade no cuidado às DCNT.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Bárbara Aguiar Carrato pela colaboração e pelo apoio no processo de formatação e submissão deste manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, Zhang Y (Lucy), Castro AF, Feldman HI, et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Ann Intern Med* [Internet]. 2009 [citado em 2026 abr. 27]; 150(9):604-12. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19414839/>
2. Marinho AWGB, Penha A da P, Silva MT, Galvão TF. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cad Saude Colet* [Internet]. 2017 [citado em 2026 abr. 27]; 25(3):379-88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030134>
3. Aguiar LK, Ladeira RM, Machado ÍE, Bernal RTI, Moura L, Malta DC. Fatores associados à doença renal crônica segundo critérios laboratoriais da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2020 [citado em 2026 abr. 27]; 23: E200101. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200101>
4. Kirsztajn GM, Salgado Filho N, Draibe SA, Pádua Netto MV, Thomé FS, 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* [Internet]. 2014 [citado em 2026 abr. 27]; 36(1):63-73. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24676617/>
5. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado em 2026 abr. 27]. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretriz-cuidados-drc.pdf/view>
6. Stevens PE, Levin A. Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: Synopsis of the Kidney Disease: Improving Global Outcomes 2012 Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med* [Internet]. 2013 [citado em 2026 abr. 27]; 158(11):825-30. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23732715/>
7. Pena PFA, Silva Júnior AG, Oliveira PTR, Moreira GAR, Libório AB. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 [citado em 2026 abr. 27]; 17(11):3135-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100029>
8. Collins AJ, Foley RN, Chavers B, Gilbertson D, Herzog C, Ishani A, et al. US Renal Data System 2013 Annual Data Report. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2014 [citado em 2026 abr. 27]; 63(1):A7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24360288/>
9. Forman AJ, Orav E, Bates D, Denker B, Sequist T. Primary Care Management of Chronic Kidney Disease. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2011 [citado em 2026 abr. 27]; 26:386-92. Disponível em: <https://ajkd.org/retrieve/pii/S0272638613014571>
10. Paula E, Costa M, Colugnata B, Bastos R, Vanelli C, Leite C, et al. Strengths of primary healthcare regarding care provided for chronic kidney disease. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2016 [citado em 2026 abr. 27]; 24(E2801):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1234.2801>
11. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, Von Korff M. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Serv Res* [Internet]. 2002 [citado em 2026 abr. 27]; 37(3):791-820. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12132606/>

Avaliação do cuidado a pessoa com doença renal crônica na atenção primária à saúde.

12. Hasselblad V, Hedges LV. Meta-analysis of screening and diagnostic tests. *Psychol Bull* [Internet]. 1995 [citado em 2026 abr. 27];117(1):167-78. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7870860/>
13. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010 [citado em 2026 abr. 27];56(2):248-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000200028>
14. Machado E, Cherchiglia M, Acúrcio F. Perfil e desfecho clínico de pacientes em lista de espera por transplante renal, Belo Horizonte (MG, Brasil). *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2011 [citado em 2026 abr. 27];16(3):1981-92. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/47N7JYkPmt5ymydxWnTtj/?format=pdf&lang=pt>
15. Silva L, Cotta R, Rosa C. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013 [citado em 2026 abr. 27];34(5):343-50. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n5/343-350/pt>
16. Reis R, Coimbra L, Silva A, Santos A, Alves M, Lamy Z, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2013 [citado em 2026 abr. 27];18(11):3321-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>
17. Flôr C, Oliveira C, Cardoso C, Rabelo C, Gontijo B, Carvalho S, et al. Primary health care as assessed by health professional: comparison of the tradicional model versus the Family Health Strategy. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [citado em 2026 abr. 27];20(4):714-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040013>
18. Batista V, Ribeiro L, Ribeiro C. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. *Sanare (Sobral)* [Internet]. 2016 [citado em 2026 abr. 27];25:87-93. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1042>
19. Ibañez N, Rocha J, Castro P, Ribeiro M, Forster A, Novaes M, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2006 [citado em 2026 abr. 27];11(3):683-703. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300016>
20. Vieira EW, Gazzinelli A. Grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde. *Saude Soc* [Internet]. 2017 [citado em 2026 abr. 27];26(2):448-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170100>
21. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015 [citado em 2026 abr. 27];31(9):1941-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132114>
22. Almeida P, Fausto M, Giovanela L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2011 [citado em 2026 abr. 27];29:84-95. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>
23. Leão C, Caldeira A. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2011 [citado em 2026 abr. 27];16(11):4415-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200014>
24. Costa KC, Cazola LHO, Tamaki EM. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): avaliação da aplicabilidade e resultados. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [citado em 2026 abr. 27];40(108):106-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080009>
25. Tanaka O, Melo CMM. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. *Saúde pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu; 2013.