

CUIDADO À PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

CARE ON PEOPLE WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PRIMARY CARE: PROFESSIONALS' PERSPECTIVE

Maria de Jesus Rodrigues de Freitas¹, Zeni Carvalho Lamy², Milady Cutrim Vieira Cavalcante³, Clarice Maria Ribeiro de Paula Gomes⁴, Rayssa Daiana Silveira Okoro⁵, Laura Lamas Martins Gonçalves²

Resumo

Introdução: A atenção primária à saúde é a principal estratégia para controle da doença renal crônica. **Objetivo:** compreender o cuidado prestado à pessoa com doença renal crônica no contexto da atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais de saúde. **Método:** Estudo qualitativo, realizado com profissionais da área médica e de enfermagem de Unidades Básicas de Saúde, utilizando entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo na modalidade temática para análise dos dados. **Resultados:** Foram identificadas duas categorias de empíricas: 1) A atenção primária à saúde não está preparada para cuidar de pessoas com doença renal crônica; 2) A atenção primária à saúde perde o contato com os usuários em tratamento de hemodiálise. **Conclusões:** Para a maioria dos profissionais, a atenção primária à saúde não está preparada para o diagnóstico da doença renal crônica ou encaminhamento oportuno e não garante a manutenção do vínculo após o início do tratamento.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Doença renal crônica. Avaliação em saúde.

Abstract

Introduction: Primary health care is the main strategy for the control of chronic kidney disease. **Objective:** To understand the care provided to people with chronic kidney disease in the context of primary health care from the perspective of health professionals. **Method:** Qualitative study with medical and nursing professionals using semi-structured interviews and content analysis in the thematic modality for data analysis. **Results:** Two empirical categories were identified: 1) Primary health care is not prepared to care for people with chronic kidney disease; 2) Primary health care hadn't been in touch with users undergoing hemodialysis. **Conclusions:** Most professionals pointed out that primary health care is not prepared for the diagnosis of chronic kidney disease or timely referral and does not guarantee permanent assistance after the start of treatment.

Keywords: Ectodermal dysplasia. Christ-Siemens-Touraine Syndrome. Anhydrotic Ectodermal Dysplasia.

Introdução

A Doença Renal Crônica (DRC), caracterizada pela perda gradual e progressiva da função renal, presente por mais de três meses¹, é uma doença silenciosa até os estágios mais avançados, o que dificulta seu diagnóstico. Medidas de prevenção da progressão dessa doença são de fundamental importância para reduzir o seu impacto na saúde pública. Para tal, é recomendado o acompanhamento sistemático das pessoas em condição de risco para o desenvolvimento de DRC².

Sabe-se que Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são as principais causas de DRC, e as pessoas que as têm devem ser assistidas inicialmente pelos profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS), tornando inerente a este nível de atenção o acompanhamento de pessoas que podem desenvolver ou que tenham DRC³. Essa estratégia funciona como medida protetiva contra danos renais, pois a atuação efetiva de médicos e enfermeiros torna possível o diagnóstico da doença em fases precoces, resultando em maior preparo para o tratamento dialítico e melhores resultados clínicos⁴.

Destaca-se o papel da APS enquanto ordenadora da Rede de Atenção à Saúde⁵, devendo ser a porta de entrada preferencial do sistema para os usuários com DRC de modo a atender às necessidades de saúde dessa população, contemplando todos os níveis de atenção,

sob sua coordenação⁶.

A importância da APS para o manejo da DRC é sinalizada por profissionais da área da saúde tanto desse nível de atenção como por especialistas, entendendo que os cuidados de saúde são resultados de uma interação entre a autogestão de usuários e profissionais da APS, havendo o apoio especializado secundário e terciário⁷. Além disso, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, com vínculo territorial, característicos da APS, são imprescindíveis para otimização do acompanhamento desses usuários, tornando-a principal estratégia para o controle da DRC^{4,8}.

No Brasil, entretanto, a DRC tem sua assistência em nível primário ainda pouco resolutive⁹ e a região norte, apresenta baixo número de pacientes em acompanhamento pré-dialítico com grande dificuldade de acesso a serviços especializados¹⁰. O número de usuários que iniciam hemodiálise em estado grave e em urgência é elevado, refletindo a falta de diagnóstico precoce e encaminhamento tardio aos nefrologistas^{3,11}.

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi compreender o cuidado prestado à pessoa com DRC no contexto da APS, a partir da percepção de profissionais de saúde, a fim de identificar as principais problemáticas enfrentadas e contribuir com o processo em busca de melhorias e resolutividade nesse nível de atenção.

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil

² Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil

³ Hospital Universitário. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil

⁴ Programa de Residência Médica em Pediatria. Hospital Universitário. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil

⁵ Curso de Graduação em Medicina. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil
Contato: Clarice Maria Ribeiro de Paula Gomes. E-mail: clariceribeirogomes@hotmail.com

Métodos

Estudo do tipo avaliação qualitativa em saúde, teve como participantes profissionais da saúde de UBS. A pesquisa foi realizada na cidade de Belém – PA. Na ocasião, o município contava com 76 UBS e, dessas, 51 possuíam Estratégia Saúde da Família (ESF) – conhecidas na comunidade como “Família Saudável”, sendo a cobertura populacional de 44%.

A partir do cadastro das pessoas que realizavam hemodiálise em Belém, obtida na Associação dos Renais Crônicos e Transplantados do Pará (ARCTPA), foram identificados os usuários elegíveis para participar do estudo: idade maior que 19 anos; diagnóstico de DM tipo 2 e/ou HAS como doenças de base para DRC; ter iniciado hemodiálise em 2015 e depender exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para esse tratamento. Em seguida, foi verificado se havia vinculação desses com a APS e quais as UBS de referência. A partir de então, foi possível buscar os profissionais envolvidos nos cuidados de cada um dos usuários participantes.

Para fazer parte da pesquisa, os profissionais da saúde precisavam estar lotados na UBS da área de abrangência do domicílio de cada usuário identificado a partir do cadastro da ARCTPA. Houve inclusão de um médico e um enfermeiro por área adscrita. Não foram incluídos profissionais com menos de dois anos de atuação na APS.

Das oito UBS identificadas, foram selecionados oito médicos e oito enfermeiros, a partir da indicação da diretoria de cada uma dessas unidades. Para a coleta de dados foi utilizada entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas nas UBS conforme disponibilidade dos profissionais de saúde. As entrevistas foram gravadas, com o consentimento dos entrevistados e, posteriormente, transcritas. Para preservar o sigilo dos entrevistados, os nomes foram substituídos por M para médicos e E para enfermeiros, seguido do número de ordem da entrevista. Os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade temática¹².

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Pará, sob o parecer substanciado nº 1.111.474 e atendeu às normas da Resolução CNS 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Foram entrevistados 15 profissionais de saúde com idades entre 29 e 64 anos, sendo apenas um do sexo masculino. Todos estavam formados há mais de três anos e trabalhavam na APS no mínimo há dois anos.

A partir da análise das entrevistas sobre a percepção dos profissionais quanto a atenção dispensada às pessoas com DRC, identificaram-se duas categorias empíricas: 1) Atenção Primária à Saúde não está preparada para cuidar de pessoas com DRC; 2) A Atenção Primária à Saúde perde o contato com os usuários em tratamento de hemodiálise.

1) Atenção Primária à Saúde não está preparada para cuidar de pessoas com DRC

Neste estudo, alguns entrevistados referiram conhecer a necessidade de rastreamento da DRC e relataram rotina de acompanhamento dos usuários para identificação de comprometimento renal entre pessoas pertencentes ao grupo de risco.

Se pelo menos uma boa parte dos programas realmente funcionasse... aqui eu considero que funciona, porque os pacientes são todos acompanhados. E6

Eu costumo solicitar sempre alguns exames básicos. Entre eles ureia, creatinina, costumo pedir ultrassom de abdome total uma vez por ano na maioria dos pacientes, principalmente os hipertensos e os diabéticos que a gente sabe que pode levar a esse comprometimento maior de função renal, que é exatamente para gente estar investigando e tentando fazer o diagnóstico o mais breve possível. M1

No entanto, da maioria das falas está presente o entendimento de que a APS não está preparada para cuidar de pessoas com DRC, acolhendo de forma resolutiva às suas necessidades. Parte deles atribuiu essa percepção negativa à inexistência de uma rotina padrão para acompanhamento da DRC, em seus diversos serviços.

Olha, para te falar a verdade, apesar da gente trabalhar com hipertensos, diabéticos, que leva muito a esse problema, eu não vejo quase nada, eu não vejo na área básica de saúde, quase nenhum atendimento assim melhor, específico para o renal crônico. M2

O que a gente sabe é o que a gente leu, e a gente, quando atende algum paciente que vem, procura ver na internet. É assim que a gente vai trabalhando com eles, não temos nenhum protocolo. E1

A APS no Brasil está pautada em ações programáticas, atendimentos a grupos prioritários, atividades domiciliares e articulação com a comunidade, considerando os seus aspectos sociais, econômicos, políticos e epidemiológicos, a fim de subsidiar a identificação dos fatores de risco para o adoecimento e evitar o agravamento de uma doença¹³. Entretanto, apesar de ter resultados sanitários importantes, a APS é criticada pelo fato de não conseguir combater as causas primárias do processo de adoecimento, apresentando grandes diferenças na organização dos processos de trabalho¹⁴.

Fragilidades relacionadas ao contexto de acompanhamento à DRC na APS foram identificadas neste estudo. As falas sinalizaram ausência de ações específicas voltadas para esse público bem como de padronização dos atendimentos, podendo comprometer o manejo de uma doença, cujas características próprias, silenciosa até os estágios mais avançados, já repercutem na dificuldade do seu diagnóstico¹⁵.

Diferentes autores recomendam aos profissionais que acompanham pessoas em condição de risco, que fiquem atentos a alterações renais iniciais a fim de instituir medidas de prevenção da progressão da DRC, como no caso das pessoas com diabetes mellitus, hipertensão arterial, idosos e história familiar de nefropatias^{8,16,17}.

As falas dos entrevistados deste estudo também remetem à falta de direcionamento e clareza quanto ao papel da UBS, no contexto do atendimento à pessoa com DRC, ficando a critério de cada profissional da APS, a busca por orientações e *guidelines* existentes. Nesse contexto, parte dos profissionais desconhecem a existência dos protocolos de acompanhamento para DRC na APS e, mesmo entre aqueles que mencionam estar atentos aos grupos de risco, verificam-se condutas divergentes dos protocolos existentes, como no caso em que a médica menciona solicitar ultrassom de abdome total anualmente aos pacientes, sendo que este não consiste em exame de rastreio para DRC.

Esse desalinhamento gera problemas na efetivação da linha de cuidado voltada para a atenção

integral a esses indivíduos e, conseqüentemente, repercussões negativas no seu quadro de saúde, pois o diagnóstico tardio da DRC compromete seu manejo, levando ao início abrupto do tratamento dialítico. O estudo de Tonkin-Crine *et al.*,¹⁸ realizado com médicos nefrologistas e clínicos gerais, em quatro unidades renais da Inglaterra, apontou o baixo nível de conhecimento e de experiência dos profissionais para detecção e manejo da DRC.

Estudo realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Ribeirão Preto/SP, identificou que os profissionais de saúde (médicos, enfermeira, agentes comunitárias de saúde, técnica e auxiliar de enfermagem) realizavam rastreamento na população vulnerável, no entanto, não utilizavam as recomendações para o manejo correto da doença e prevenção de riscos¹⁹.

Outras fragilidades nas atuações de médicos e enfermeiros são relacionadas à condução da DRC na atenção primária. Além do conhecimento insuficiente que repercute na prática clínica, a contínua negligência a queixas importantes também tem sido mencionada^{20,21}. A maioria dos médicos que presta assistência a pacientes com DM e HAS desconhece critérios clínicos que indicam necessidade de encaminhamento do usuário para a atenção especializada e não segue o protocolo de rastreio para DRC².

Um dos motivos para esse cenário pode ser o frágil processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) para profissionais da APS. Uma revisão sistemática de estudos qualitativos considerando profissionais da APS, evidenciou que a ausência de EPS constituiu importante barreira para a modificação dos fatores de risco da DRC e para o controle da sua progressão²².

A EPS na APS é uma das diretrizes do Ministério da Saúde para o melhor acompanhamento de pessoas com DRC focando na prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dos fatores de risco⁸. Além disso, constitui potente ferramenta para promoção de melhorias do processo de trabalho e da assistência à saúde ofertados pela APS²³. Propõe transformar as práticas, partindo do conhecimento prévio e das experiências²⁴ em um processo de análise do cotidiano do trabalho pelos trabalhadores.

Além da sua evidente dimensão pedagógica, a EPS é uma importante estratégia de gestão, com grande potencial provocador de mudanças concretas das práticas de saúde dos usuários no cotidiano dos serviços, na medida em que favorece a reflexão sobre as práticas frente aos processos de trabalho, também pode ajudar a viabilizar a atuação coordenada e eficiente da equipe multiprofissional, voltada para a melhoria da adesão e do engajamento do usuário no próprio cuidado^{25,26}.

O estudo de Oliveira *et al.*,²⁷ ao mapear painel brasileiro de participação e atendimento a demandas de EPS das equipes de Saúde da Família, a partir do censo do PMAQ-AB no 2º Ciclo (2013), aponta que quase a totalidade das equipes que aderiram ao PMAQ-AB participaram de ações de EP para o atendimento das necessidades formativas desse grupo.

O trabalho em equipe é fundamental na atenção à saúde, pois resulta da junção de saberes de diferentes áreas que se integram, com o objetivo de garantir o cuidado adequado para os usuários, devendo ser centrado nas reais necessidades do indivíduo, a partir de ações interdisciplinares, que viabilizem estratégias integradas e resolutivas^{28,29}.

No entanto, a presença da equipe não necessariamente garante que as diferentes categorias profissionais

compartilhem objetivos comuns em direção a um processo interdisciplinar, sendo necessários dispositivos de gestão que fortaleçam e apoiem os trabalhadores nessa tarefa.

Quando ele vem, ele está matriculado aqui com o diabetes, com a pressão alta e são acompanhados pelo médico, pela enfermeira e pelo nutricionista, a gente acompanha, e quando o médico vê através de exames, vê que ele está com algum problema, ele manda para o especialista. E1

Disponibilizar o acesso a diferentes profissionais de saúde não é suficiente para garantir o cuidado integral, sendo necessário compreender o indivíduo como um todo que precisa ser atendido mediante práticas e serviços integrados³⁰.

A gente atende paciente aqui todo mês e quando a gente identifica problema renal, a gente tem que encaminhar para o clínico, e o clínico, muitas vezes, não tem a sensibilidade... talvez na pressa ele não olha os exames com essas alterações das escórias e aí ele não encaminha para o especialista. E5

Diferentes estudos têm demonstrado os efeitos positivos na prevenção e controle da DRC quando acompanhados na APS por equipe multiprofissional eficiente^{2,15,31}. Além disso, a implementação de políticas e estratégias de saúde pública por parte da equipe de saúde, que compartilham decisões com os usuários permitem seu empoderamento para manter o autocuidado³².

Realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC é uma das competências da equipe multiprofissional e pode contribuir para prevenção de DRC em qualquer estágio da doença³². A partir das entrevistas, pode-se depreender que esse tipo de atuação voltada para educação em saúde está presente no trabalho de alguns dos profissionais participantes deste estudo.

A gente orienta, faz de novo a orientação sempre e, com relação aos pacientes diabéticos, que não consegue ver direito para se administrar insulina, a gente pede que traga um acompanhante para gente poder ensinar como é que faz a administração correta, ensina direitinho. E2

No entanto, os relatos associaram a falta de aderência ao tratamento à negligência ou 'teimosia' dos usuários, evidenciando o não reconhecimento do papel estratégico dos profissionais no processo de melhoria da adesão e engajamento do usuário.

Eu acho que é descuido mesmo do paciente. Paciente que não quer fazer o tratamento direitinho. Aí foge da dieta que a nutricionista recomenda. Geralmente são pacientes difíceis de lidar, deles aceitam a doença, de fazer o tratamento correto, é um tratamento para a vida toda praticamente, paciente que tem hipertensão e diabetes tem que fazer controle a vida toda praticamente. E7

Shirazian *et al.*,³³ destacam a necessidade de utilização de mecanismos motivadores por uma equipe multiprofissional para promover a aderência ao tratamento. Em seu estudo, observaram que pessoas diabéticas com DRC tiveram mais dificuldades para adesão ao tratamento medicamentoso e dietético quando comparados àqueles sem DRC.

Diante disso, cabe mais uma vez destacar, o potencial das ações de educação permanente na promoção de mudanças das práticas de saúde a partir de reflexões sobre os processos de trabalho, de modo a despertar entre os profissionais a necessidade de construir um tratamento de modo compartilhado, possibilitando a construção também compartilhada do sentido do tratamento.

2) A Atenção Primária perde o contato com os usuários em hemodiálise

A realidade evidenciada nas falas dos entrevistados retrata a perda de contato com os usuários, até então acompanhados na APS, após iniciarem o tratamento de hemodiálise. Trata-se de uma questão que envolve muitas variáveis e que apresenta problemas desde o início do processo, como as dificuldades de encaminhamento dos usuários tratados nas UBS para DM e HAS aos outros níveis de atenção.

A gente investiga, pede os exames básicos, toda vez que a gente pode pedir na atenção básica, e quando a gente detecta algum risco, a gente encaminha. Nesse momento que o paciente não chega no especialista. M5

As equipes da APS deveriam ser o primeiro contato e coordenar as referências para as especialidades, exercendo um papel regulador pautado pela lógica garantidora do acesso ao melhor cuidado possível, conforme um projeto terapêutico definido, considerando as necessidades daquele indivíduo ou comunidade^{34,35}.

No entanto, apesar do reconhecimento da importância da APS para manejo da DRC associado ao apoio especializado secundário e terciário⁷, o encaminhamento ao especialista, ainda que oportuno, não é garantia de manutenção do cuidado do paciente com DRC de forma integrada.

A relevância do trabalho em rede é apontada por muitos estudiosos no sentido de garantia de uma abordagem integral do processo saúde-doença e por constituir estratégia com melhor impacto nos indicadores de saúde de outros países¹⁴.

Outra questão depreendida das falas é que, mesmo quando esse encaminhamento é efetivado, uma vez iniciado o tratamento de hemodiálise, não há garantia da continuidade do acompanhamento pela APS ou, quando realizado, ocorre de maneira pontual.

Muitas vezes quando a gente consegue encaminhar a gente perde o contato. E1

Tenho um paciente renal crônico, a parte da diálise ele faz três vezes na semana. Mas a nossa assistência da atenção básica dele é a assistência domiciliar porque é um paciente amputado, então é um paciente que tem dificuldade de se deslocar até o posto. M3

Os entrevistados não mencionaram sua responsabilidade no processo de manutenção do vínculo ou resgate dos usuários com DRC após os encaminhamentos.

Segundo a linha de cuidado de atenção à pessoa com DRC, a APS deve manter o vínculo e o cuidado mesmo quando os usuários são referenciados para outros pontos de atenção da rede no âmbito do SUS, inclusive para aqueles em tratamento regular, com a utilização de apoio matricial dos profissionais da hemodiálise na condução dos casos⁶.

O estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e usuários cria a possibilidade de uma nova prática de atenção à saúde com maior qualidade³⁶, facilitando a continuidade da relação clínica com acompanhamento dos efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia³⁶.

No contexto da DRC, a visita domiciliar (VD) poderia funcionar como estratégia de acompanhamento dos pacientes e de manutenção do vínculo com os usuários, que precisa ser permanentemente construído, implica em confiança mútua³⁷ e, ao longo do tempo, pode deixar o usuário mais confortável para relatar informações relevantes e responder melhor às recomendações, pois quando o usuário confia que o profissional fará o que é melhor para sua saúde, apresenta maior satisfação com a atenção recebida, e este é um indicador altamente preditor do uso frequente do serviço de saúde³⁴.

Porém, os participantes deste estudo reconheceram que a visita domiciliar ocorre somente para alguns pacientes, especialmente para aqueles com dificuldade de locomoção. Além disso, o seguimento dos pacientes com DRC na APS pode ser comprometido devido à fragilidade do processo de contrarreferência.

A gente manda a referência, mas dificilmente volta a contrarreferência, a gente sabe por que o paciente traz a receita do outro médico, aí a gente vê qual que foi a conduta, traz o exame que ele fez lá com o outro médico, a gente acompanha mais dessa forma. M1

A produção de saúde deve ocorrer dentro de uma rede dinâmica de serviços e ações⁹, sendo necessário o acesso aos procedimentos na atenção secundária, com sistema de marcação de consulta eficiente, sistemas de referência e contrarreferência organizados e níveis de atenção básica e secundária trabalhando de forma integrada³⁸.

Almeida *et al.*,³⁹ observaram baixa utilização de contrarreferência após consulta com especialistas no sistema de saúde, em outras capitais do país. Ainda que os usuários iniciem acompanhamento em outro nível de atenção, o vínculo com a UBS deve ser mantido e a APS deve acompanhá-los, e dialogar com os serviços de atenção secundária¹⁵.

Neste estudo, as falas remetem à uma desorganização do sistema de contrarreferência com ações não articuladas em rede e fragilidades na comunicação entre os diferentes níveis de atenção, o que dificulta a execução do atributo da APS enquanto coordenadora dos cuidados.

Os entrevistados sinalizaram dificuldades de comunicação entre os diferentes níveis de atenção. O compartilhamento de informações entre profissionais da APS e especialistas é fundamental para a utilização do modelo de equipe de referência e apoio matricial⁴⁰.

Uma equipe de referência e apoio matricial pode determinar o cuidado compartilhado entre a equipe da UBS e profissionais dos demais níveis de atenção no atendimento de modo que, quando a APS não é capaz de dar todas as respostas às demandas da população portadora de fatores de risco ou de DRC isoladamente, pode se beneficiar do apoio matricial com nefrologistas e a reorientação das instituições formadoras dos profissionais de saúde para uma atitude menos reducionista como formas de contribuir para a facilitação do acesso aos diversos recursos e níveis do

cuidado, garantindo a integralidade da atenção à pessoa com DRC⁹.

O pequeno número de profissionais entrevistados pode ser considerado como uma limitação do estudo. No entanto, isto está relacionado ao fato de que os participantes deveriam já ter atendido pessoas portadoras de DRC, e a frequência desses atendimentos não é grande na APS.

Este estudo mostrou que os profissionais desconhecem a importância dos cuidados da APS para as pessoas com DRC relacionados aos protocolos clínicos de prevenção, diagnóstico precoce e controle da doença, o que impacta no exercício da função coordenação da atenção à saúde, comprometendo a integralidade do cuidado e a efetivação da APS enquanto porta de entrada do sistema de saúde e coordenadora dos cuidados em toda a rede de atenção. Em caso de referência para hemodiálise, foi observado a perda de vínculo com o usuário, demonstrando fragilidade no processo de encaminhamento para outros níveis de atenção.

É necessário, portanto, o fortalecimento de ações de educação permanente e de apoio matricial para melhor instrumentalizar o trabalho da equipe multiprofissional na APS, além de maior investimento institucional para viabilização da APS enquanto porta de entrada do sistema de saúde e coordenadora dos cuidados em toda a rede de atenção.

Referências

1. International Society of Nephrology. *KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury* [Internet]. 2012 Mar. Disponível em: <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2016/KDIGO-2012-Guideline-English.pdf>.
2. 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. Latino-Am. Enfermagem*, 2016; 24: 1-9.
3. Levey AS, Coresh J. Chronic kidney disease. *The Lancet*, 2012; 379(9811): 165-180.
4. Vassalotti JA, Centor R, Turner BJ, Greer RC, Choi M, Sequist TD. Practical Approach to Detection and Management of Chronic Kidney Disease for the Primary Care Clinician. *Am J Med.*, 2016; 129(2): 153-162.e7.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado 2021 fev 10]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 389, de 13 de março de 2014*. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. [Internet]. [citado 2021 fev 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html.
7. Lo C, Ilic D, Teede H, Fulcher G, Gallagher M, Kerr PG, et al. Primary and tertiary health professionals' views on the health-care of patients with co-morbid diabetes and chronic kidney disease - a qualitative study. *BMC Nephrology*, 2016; 17(1).
8. Elwenspoek MMC, Patel R, Watson JC, Whiting P. Are guidelines for monitoring chronic disease in primary care evidence based? *BMJ*, 2019; I2319.
9. 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. *Ciênc. saúde coletiva*, 2012; 17(11): 3135-3144.
10. Fernandes NMS, Chaoubah A, Bastos K, Lopes AA, Divino-Filho JC, Pecoits-Filho R, et al. Geografia da diálise peritoneal no Brasil: análise de uma coorte de 5.819 pacientes (BRAZPD). *Braz. J. Nephrol.*, 2010; 32(3): 268-274.
11. Silva LK, Bregman R, Lessi D, Leimann B, Alves MB. Ensaio sobre a cegueira: mortalidade de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise de emergência. *Ciênc. saúde coletiva*, 2012; 17:2971-80.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
13. Rahman R, Pinto RM, Zanchetta MS, Wall MM. Delivery of Community-Based Care Through Inter-professional Teams in Brazil's Unified Health System (UHS): Comparing Perceptions Across Community Health Agents (CHAs), Nurses and Physicians. *J Community Health*, 2017;42(6): 1187-1196.
14. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. [citado 2021 fev 10]. Disponível em: <https://apsredes.org/o-cuidado-das-condicoes-cronicas-na-atencao-primaria-a-saude-o-imperativo-da-consolidacao-da-estrategia-da-saude-da-familia/>
15. Paula EA, Costa MB, Colugnati FAB, Bastos RMR, Vanelli CP, Leite CCA, et al. Potencialidades da atenção primária à saúde no cuidado à doença renal crônica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016; 1-9.
16. Abreu LA, Carvalho GAB, Azeredo BA, Mangabeira RR, Souza DC, Guimarães FP, et al. Importância do diagnóstico precoce da doença renal crônica: uma revisão de literatura. *Revista Atenas Higeia*, 2019; 1(2): 19-23.
17. Fraser S, Blakeman T. Chronic kidney disease: identification and management in primary care. *Pragmat Obs Res*, 2016; 7(7): 21-32.
18. Tonkin-Crine S, Santer M, Leydon GM, Murtagh FE, Farrington K, Caskey F, et al. GPs' views on managing advanced chronic kidney disease in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract.*, 2015; 65(636): e469-e477.
19. Travagim DSA, Kusumota L, Teixeira CRS, Cesarino CB. Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. *Rev enferm UERJ*, 2010; 291-297.
20. Nascimento RAMD, Assunção MSC, Silva Junior JM, Amendola CP, Carvalho TMD, Lima EQ, et al. Nurses' knowledge to identify early acute kidney injury. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2016; 50(3): 399-404.
21. Lima WL, Paula LB, Duarte TTP, Magro MCS. Conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde sobre fatores de risco para Lesão Renal Aguda. *Esc Anna Nery*, 2020; 24(2): 1-7.
22. Junaid Nazar CM, Kindratt TB, Ahmad SMA, Ahmed M,

- Anderson J. Barriers to the successful practice of chronic kidney diseases at the primary health care level; a systematic review. *J Renal Inj Prev*, 2014; 3(3): 61–67.
23. Mesquita LM, Valente GSC, Soeiro RL, Cortez EA, Lobo BMIS, Xavier SCM. Estratégias de Educação Permanente na Avaliação das Equipes de Saúde da Família: uma Revisão Sistemática. *Rev. bras. educ. med*, 2020; 44(1): 1–9.
24. Ribeiro DT, Nascimento DT, Cunha FM, Ozorio JC, Ferreira AV, Santos TC, et al. *O PMAQ-AB como umas das estratégias de estímulo à prática da Educação Permanente em Saúde*. In: Gomes, Barbosa, Ferla (organizadores). *A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas*. [Internet]. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2016. p. 129–141. [citado 2021 fev 7]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/134335/000988700.pdf?sequence=1#:~:text=O%20PMAQ%2DAB%20visa%20a.>
25. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
26. Cruz CSS, Fernandes DRF, Martins SRR, Silva EJ, Silvério JB, Oliveira LC. A utilização do método clínico centrado na pessoa e a relação com a melhoria da performance clínica de médicos do programa de educação permanente para médicos da estratégia de saúde da família da região ampliada de saúde Jequitinhonha – MG. *Revista de Saúde Pública do SUS/MG*, 2017; 2(1): 105–114.
27. Oliveira IV, Santos JMM, Almeida FCS, Oliveira RN. Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo. *Saúde em Debate*, 2020; 44(124): 47–57.
28. Guimarães BEB, Branco ABAC. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. *Rev. Psicol. Saúde*, 2020; 12(1): 143–155.
29. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Brito GEG. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. *Trab. educ. saúde*, 2018; 16(1): 141–162.
30. Bacellar A, Rocha JSX, Flôr MS. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. *Revista NUFEN*, 2012; 4(1):127–140.
31. Bauer CA, Yee J, Campbell RC. The Interdisciplinary Chronic Kidney Disease Clinic. *Chronic Renal Disease*, 2015; 587–597.
32. Daker-White G, Rogers A, Kennedy A, Blakeman T, Blickem C, Chew-Graham C. Non-disclosure of chronic kidney disease in primary care and the limits of instrumental rationality in chronic illness self-management. *Soc Sci Med*, 2015; 131: 31–39.
33. Shirazian S, Crnosija N, Weinger K, Jacobson AM, Park J, Tanenbaum ML, et al. The self-management experience of patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease: a qualitative study. *Chronic Illness*, 2015; 12(1): 18–28.
34. Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
35. Giovanella L, Mendonça MHM. *Atenção primária à saúde*. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 493–545.
36. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG de, Andrade RL de P, Scatena LM, Palha PF, et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998–2007). *Acta paul. enferm.*, 2010; 23(1): 131–135.
37. Brasil. *Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários. Diário Oficial da União [Internet] 2011 [citado 2021 fev 10]; (204) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
38. Slomp Junior H, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. *Ciênc. saúde coletiva*, 2015; 20(6): 1795–1803.
39. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2013; 21 (SPE):131–139.
40. Chazan LF, Fortes S, Camargo Jr. KRD, Freitas GCD. O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2019; 29(2).