

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

MARINA DE AZEVEDO DUARTE

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ABORDAGEM DA DOENÇA RENAL
CRÔNICA NÃO DIALÍTICA: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E PERSPECTIVA DE
USUÁRIOS DO SUS**

ALFENAS/MG

2025

MARINA DE AZEVEDO DUARTE

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ABORDAGEM DA DOENÇA RENAL
CRÔNICA NÃO DIALÍTICA: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E PERSPECTIVA DE
USUÁRIOS DO SUS**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos
para obtenção do título de Mestre em Enfermagem
pela Universidade Federal de Alfenas
Linha de pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde
e Educação.

Orientador: Prof. Dr. Murilo César do Nascimento
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Alba Otoni Collares

ALFENAS/MG

2025

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Duarte, Marina de Azevedo.

Atenção Primária à Saúde na Abordagem da Doença Renal Crônica Não Dialítica : Evidências Científicas e Perspectiva de Usuários do SUS / Marina de Azevedo Duarte. - Alfenas, MG, 2025.

107 f. : il. -

Orientador(a): Murilo César Nascimento.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2025.

Bibliografia.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Doença Renal Crônica. 3. Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde. I. Nascimento, Murilo César, orient. II. Título.

MARINA DE AZEVEDO DUARTE

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ABORDAGEM DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NÃO DIALÍTICA:
EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E PERSPECTIVA DE USUÁRIOS DO SUS**

O Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem

Aprovada em: 27 de novembro de 2025.

Prof. Dr. Murilo César do Nascimento
Presidente da Banca Examinadora
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Simone Albino da Silva
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Dra. Nayara Dornela Quintino
Instituição: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais



Documento assinado eletronicamente por **Murilo César do Nascimento, Professor do Magistério Superior**, em 27/11/2025, às 16:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1679940** e o código CRC **622851C6**.

Aos meus saudosos avôs, Ivan de Azevedo e Augusto Duarte, dedico este trabalho em reconhecimento à luta e à resistência que tornaram possível eu estar aqui hoje. Sou profundamente grata pela base que construíram, pela educação que me proporcionaram e pelo sentimento de pertencimento que semearam em minha trajetória. Permanecerão eternamente vivos em minha memória e coração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, com profundo carinho, aos meus avôs Ivan de Azevedo e Augusto Duarte, cuja trajetória de luta e resistência pavimentou o caminho que hoje percorro. Às minhas avós, Antonieta e Terezinha, e aos meus pais, Thelma Regina e Marcos, sou imensamente grata pelo apoio, afeto e incentivo constantes ao longo desta jornada. Estendo minha gratidão a todos os familiares que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho fosse possível.

Ao meu orientador, Murilo César Nascimento, e à minha coorientadora, Alba Otoni, agradeço pelas valiosas orientações, escuta, diálogo, disponibilidade e clareza oferecida nos momentos de dúvidas, os quais foram fundamentais para a realização deste estudo.

À Equipe da Unidade de Nefrologia e ao setor de Hemodiálise da Santa Casa de Alfenas/MG, por toda recepção, diálogo, ensinamentos e acolhida durante o processo da pesquisa.

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

“A prática em saúde deve ser uma prática emancipatória: dirigida às raízes da desigualdade e não apenas aos seus sintomas.”

(Jaime Breilh, 2006)

RESUMO

Introdução: A Doença Renal Crônica não dialítica (DRC-ND), tem sido descrita como um desafio relevante para a Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no que se refere à detecção precoce, ao acompanhamento longitudinal e à prevenção da progressão para Terapia Renal Substitutiva (TRS). Embora existam protocolos e diretrizes voltados à sua abordagem, observa-se fragilidade na implementação dessas estratégias na APS. **Objetivo:** Analisar a APS na abordagem da Doença Renal Crônica Não Dialítica, com base em evidências científicas e na perspectiva de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). **Método:** Estudo multimétodo estruturado em dois eixos complementares, sendo: (1) revisão de escopo que mapeou evidências científicas sobre a capacidade institucional da APS na abordagem à DRC-ND; e (2) estudo observacional, transversal e descritivo, que analisou o cuidado primário recebido na APS à DRC em sua fase pré-dialítica, sob a perspectiva de 127 usuários do SUS em hemodiálise no município de Alfenas no Sul de Minas Gerais. **Resultados e Discussão:** A revisão de escopo (1) mostrou que a capacidade da APS para manejar a DRC-ND é heterogênea e depende da integração entre estrutura, processos e relações de cuidado. Ferramentas como prontuário eletrônico e teleconsultoria qualificam encaminhamentos e favorecem a coordenação com a atenção especializada, o que amplia a capacidade resolutive; contudo intervenções isoladas não sustentam ganhos quando persistem baixa priorização da DRC nas agendas e fragilidades na comunicação do diagnóstico e no engajamento do usuário. Experiências promissoras combinam modelos colaborativos com apoio digital, facilitação para implementação de diretrizes e integração de agentes comunitários, o que sinaliza a necessidade de intervenções sistêmicas que articulem tecnologia, organização do cuidado e ações educativas centradas no paciente. No estudo transversal (2) com 127 pessoas em hemodiálise, observou-se perfil marcado por baixa escolaridade e renda. Em 90,6% dos casos, o diagnóstico de DRC ocorreu na atenção especializada; em 63%, o intervalo entre diagnóstico e início da diálise foi $\leq$ 6 meses, o que sugere detecção tardia. A avaliação da APS pelo PACIC indicou percepção predominantemente negativa em todas as dimensões, especialmente no estabelecimento de metas terapêuticas, no seguimento coordenado e na participação ativa do paciente. Os achados corroboram que vulnerabilidades sociais intensificam barreiras de acesso e de adesão e que o papel estratégico da APS foi limitado pelo rastreamento insuficiente e pela baixa incorporação dos atributos do cuidado crônico. A reorientação do cuidado à DRC-ND requer posicionar a Enfermagem como eixo da

coordenação longitudinal. Recomenda-se institucionalizar protocolos de rastreamento e estratificação de risco, promover interoperabilidade entre APS e atenção especializada, organizar agendas programadas para seguimento e investir em educação permanente das equipes. **Conclusão:** A síntese de evidências e a perspectiva de usuários em hemodiálise mostraram diagnóstico majoritariamente tardio e trajetória assistencial com baixa incorporação dos atributos do cuidado crônico. Dado o perfil de vulnerabilidades sociais, recomenda-se fortalecer a capacidade institucional da APS, com a Enfermagem na coordenação do cuidado, a fim de reduzir atrasos diagnósticos e de assegurar manejo oportuno e integral da DRC-ND.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Doença Renal Crônica; Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Non-dialysis chronic kidney disease (NCKD) has been described as a significant challenge for Primary Health Care (PHC), especially regarding early detection, longitudinal follow-up, and prevention of progression to Renal Replacement Therapy (RRT). Although protocols and guidelines exist for its management, weaknesses are observed in the implementation of these strategies in PHC. **Objective:** To analyze PHC in the management of non-dialysis chronic kidney disease, based on scientific evidence and the perspective of users of the Brazilian Unified Health System (SUS). **Method:** A multi-method study structured in two complementary axes: (1) a scoping review that mapped scientific evidence on the institutional capacity of PHC in the management of NCKD; (2) observational, cross-sectional, and descriptive study that analyzed the primary care received in PHC for CKD in its pre-dialysis phase, from the perspective of 127 SUS users on hemodialysis in the municipality of Alfenas in Southern Minas Gerais. **Results and Discussion:** The scoping review (1) showed that the capacity of PHC to manage CKD-ND is heterogeneous and depends on the integration between structure, processes, and care relationships. Tools such as electronic medical records and teleconsultation qualify referrals and favor coordination with specialized care, which expands the problem-solving capacity; however, isolated interventions do not sustain gains when low prioritization of CKD persists in agendas and weaknesses in communication of the diagnosis and in user engagement. Promising experiences combine collaborative models with digital support, facilitation for the implementation of guidelines, and integration of community agents, which signals the need for systemic interventions that articulate technology, organization of care, and patient-centered educational actions. In the cross-sectional study (2) with 127 people on hemodialysis, a profile marked by low education and income was observed. In 90.6% of cases, the diagnosis of CKD occurred in specialized care; in 63%, the interval between diagnosis and the start of dialysis was ≤ 6 months, suggesting late detection. The assessment of PHC by PACIC indicated a predominantly negative perception in all dimensions, especially in the establishment of therapeutic goals, in coordinated follow-up, and in the active participation of the patient. The findings corroborate that social vulnerabilities intensify barriers to access and adherence and that the strategic role of PHC was limited by insufficient screening and low incorporation of the attributes of chronic care. The reorientation of care for CKD-

ND requires positioning Nursing as the axis of longitudinal coordination. It is recommended to institutionalize screening and risk stratification protocols, promote interoperability between PHC and specialized care, organize scheduled follow-up appointments, and invest in continuing education for the teams. **Conclusion:** The synthesis of evidence and the perspective of hemodialysis users showed a predominantly late diagnosis and a care trajectory with low incorporation of the attributes of chronic care. Given the profile of social vulnerabilities, it is recommended to strengthen the institutional capacity of primary health care, with nursing in the coordination of care, in order to reduce diagnostic delays and ensure timely and comprehensive management of chronic kidney disease.

Keywords: Primary Health Care; Chronic Kidney Disease; Chronic Care Model; Patient Assessment; Health Services Accessibility.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Seleção dos estudos em Fluxograma PRISMA-ScR	36
Figura 2 - Fluxograma de Seleção dos Participantes.....	52
Figura 3 - Distribuição percentual dos municípios de origem dos participantes em tratamento de hemodiálise no centro de referência de Alfenas/MG	54
Figura 4 - Aspectos avaliados pelo PACIC, ordenados pelas maiores proporções de resposta “Nunca” entre usuários do SUS em hemodiálise. Alfenas, MG, 2024 (N = 127; proporções por item de 0 a 1)	57
Figura 5 - Aspectos avaliados pelo PACIC, ordenados pelas maiores proporções de resposta “Sempre” entre usuários do SUS em hemodiálise. Alfenas, MG, 2024 (N = 127; proporções por item de 0 a 1)	58
Figura 6 - Distribuição percentual das respostas dos participantes aos 20 itens do instrumento PACIC (N = 127; 100%).....	59
Figura 7 - Distribuição percentual das respostas dos participantes aos itens do PACIC, agrupados segundo as dimensões da atenção à saúde renal (N = 127; 100%)	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modelo PCC para elaboração da pergunta de pesquisa	25
Quadro 2 - Síntese dos estudos incluídos na Revisão de Escopo segundo recomendações do PRISMA-ScR	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos usuários do Sistema Único de Saúde em hemodiálise. Alfenas/Minas Gerais, 2024 (N = 127)	53
Tabela 2 - Distribuição das Perguntas e Respostas do PACIC sobre Cuidados e Apoio, na perspectiva dos usuários do SUS em hemodiálise no município de Alfenas, MG (N = 127)	55
Tabela 3 - Resultados do teste do qui-quadrado de aderência aplicado às dimensões do instrumento PACIC. Alfenas, MG (N = 127).....	61
Tabela 4 - Resíduos padronizados ajustados e valores de p após correção de Bonferroni, segundo dimensão e categoria de resposta do PACIC. Alfenas, MG (N = 127).....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACIC	Assessment of Chronic Illness Care
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CC	Condições Crônicas
CKD-ND	Chronic Kidney Disease Non-Dialysis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
DRC-ND	Doença Renal Crônica Não Dialítica
EHR	Electronic Health Records
Embase	Excerpta Medica Database
ERC	Enfermedad Renal Crónica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HD	Hemodiálise
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JB	Joanna Briggs
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LS	Literacia em Saúde
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
ND-CKD	Non-Dialysis Chronic Kidney Disease
ND-DRC	Non-Dialysis Doença Renal Crônica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSF	<i>Open Science Framework</i>
PACIC	<i>Patient Assessment of Chronic Illness Care</i>
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews</i>
ProQuest	ProQuest Databases

PubMed	Public Medline
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TAI	Termo de Anuência Institucional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNIFAL-MG	Universidade Federal de Alfenas
VHV	Village Health Volunteers

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 JUSTIFICATIVA.....	22
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 OBJETIVO GERAL	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3 MÉTODO.....	25
3.1 REVISÃO DE ESCOPO	25
3.1.1 Tipo de estudo	25
3.1.2 Questão de Pesquisa	25
3.1.3 Critérios de Elegibilidade	26
3.1.4 Estratégia de Busca	26
3.1.5 Seleção dos Estudos	27
3.1.6 Extração dos Dados	28
3.1.7 Síntese dos Dados.....	29
3.2 ESTUDO TRANSVERSAL	29
3.2.1 Tipo de Estudo	29
3.2.2 Local do Estudo	29
3.2.3 População e Critérios de Elegibilidade	30
3.2.4 Coleta de Dados.....	31
3.2.5 Instrumentos da Coleta de Dados	31
3.2.6 Viés e Dados Ausentes	34
3.2.7 Aspectos Éticos.....	34
3.2.8 Financiamento do Estudo	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
4.1 RESULTADOS DA REVISÃO DE ESCOPO.....	36
4.1.1 Evidências sobre a capacidade institucional da Atenção Primária à Saúde na abordagem da Doença Renal Crônica Não Dialítica	37
4.1.2 Síntese narrativa dos resultados	41
4.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA REVISÃO DE ESCOPO.....	44

4.2.1 Interpretando as evidências científicas	44
4.2.2 Limites e potencialidades da estrutura organizacional da APS para o cuidado da pessoa com DRC	46
4.2.3 Estratégias integradas de cuidado e coordenação interprofissional como fortalecedoras da capacidade institucional da APS à DRC	48
4.2.4 Desafios na vigilância e comunicação clínica como entraves à detecção precoce da DRC e engajamento do usuário	49
4.3 RESULTADOS DO ESTUDO TRANSVERSAL	52
4.3.1 Características dos usuários com DRC participantes.....	52
4.3.2 Presença dos atributos do cuidado crônico na APS sob a perspectiva de usuários do Sistema Único de Saúde com DRC em hemodiálise	54
4.3.3 Diferenças na distribuição das respostas entre as dimensões do PACIC.....	61
4.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO TRANSVERSAL	63
4.4.1 Impactos na abordagem terapêutica da DRC na APS: Vulnerabilidades sociais e desigualdades no perfil dos usuários.....	63
4.4.2 Fragilidades da Atenção Primária à Saúde nos cuidados referentes ao diagnóstico oportuno e ao acompanhamento clínico da DRC não dialítica.....	65
4.4.3 Analisando os cuidados da APS a partir das dimensões do PACIC.....	67
4.4.4 Fragilidades no seguimento longitudinal e na coordenação do cuidado.....	69
4.5 REORIENTAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO INSTITUCIONAL NO CUIDADO À DRC NÃO DIALÍTICA NA APS.....	71
1	
4.5.1 O Papel Estratégico da Enfermagem na Coordenação do Cuidado e no Manejo Clínico da DRC Não Dialítica	71
4.5.2 Estratégias Sistêmicas e Organizacionais para o Fortalecimento do Cuidado à DRC Não Dialítica na APS	73
5 CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICE A - ESTRATÉGIAS DE BUSCA DA REVISÃO DE ESCOPO	87

APÊNDICE B - CODEBOOK DO INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADO UTILIZADA NA REVISÃO DE ESCOPO	94
APÊNDICE C - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL (TAI)	96
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)..	97
APÊNDICE E - REGISTRO DO PROTOCOLO DE REVISÃO NA OPEN SCIENCE FRAMEWORK (OSF)	100
ANEXO A - ESCALA PACIC (PATIENT ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE).....	101
ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIFAL-MG	103

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, essas enfermidades foram responsáveis por 74% dos óbitos globais, totalizando cerca de 41 milhões de mortes, das quais 77% ocorreram em países de baixa e de média renda (OMS, 2023). No Brasil, estima-se que aproximadamente 70% das mortes estejam relacionadas às DCNT, o que reflete seu impacto sobre o sistema público de saúde (Brasil, 2023; Brasil, 2024).

Entre as DCNT, a Doença Renal Crônica (DRC) tem ganhado relevância devido à sua prevalência crescente, ao curso assintomático nas fases iniciais, à complexidade terapêutica e à associação com desfechos adversos. Estimativas indicam que cerca de 14% da população mundial convive com a DRC, proporção que pode ultrapassar 30% entre pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou diabetes mellitus (DM) (Silva *et al.*, 2020; OMS, 2023). No Brasil, observou-se tendência de aumento nos diagnósticos entre 2010 e 2023, embora a subnotificação ainda limite a acurácia dos dados (Brasil, 2024).

A DRC é definida por alterações funcionais e/ou estruturais nos rins com duração superior a três meses, o que acarreta repercussões sistêmicas (KDIGO, 2024). A ausência de sintomas nas fases iniciais dificulta o diagnóstico precoce, o que favorece a identificação tardia, momento em que as possibilidades terapêuticas se tornam mais restritas e a Terapia Renal Substitutiva (TRS) passa a ser indicada (Brasil, 2023; Samaan *et al.*, 2022). Essa situação compromete o desfecho clínico, eleva os custos assistenciais e afeta a qualidade de vida dos indivíduos, especialmente a dos mais vulneráveis.

Embora existam protocolos clínicos e diretrizes nacionais e internacionais para o rastreamento da DRC, persistem lacunas assistenciais, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS). Esta, enquanto coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), dispõe de instrumentos de rastreio acessíveis, como a dosagem de creatinina sérica e a razão albumina/creatinina urinária (Silva *et al.*, 2020; Brasil, 2023). Entretanto, a aplicação dessas medidas ainda é limitada na rotina dos serviços.

Estudos indicam que muitos pacientes são encaminhados aos serviços especializados apenas em fases avançadas da DRC, sem histórico prévio de acompanhamento na APS. Essa realidade evidencia restrições institucionais que

envolvem desde limitações na infraestrutura e nos recursos humanos até falhas nos processos organizacionais e nas relações de cuidado (Cortez *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2020; Brasil, 2018).

Com o intuito de reorganizar o sistema de saúde frente ao desafio das DCNT, o Brasil adotou, em 2011, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), adaptado por Mendes (2011) com base na proposta de Wagner (1998). Esse modelo orienta o cuidado centrado na pessoa, com estratificação de risco, territorialização, planejamento terapêutico individualizado e apoio ao autocuidado, com ênfase na coordenação pela APS (Mendes, 2018). No entanto, sua implementação tem se mostrado heterogênea e limitada por aspectos estruturais, institucionais e culturais.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a enfermagem ocupa posição central no manejo das condições crônicas, entre as quais a Doença Renal Crônica não dialítica (DRC-ND). Evidências da literatura indicam que enfermeiros atuam de forma estratégica na estratificação de risco, no acompanhamento longitudinal e na coordenação do processo assistencial, articulando dimensões preventivas, educativas e clínicas. Estudos nacionais demonstram que a consulta de enfermagem, quando estruturada e apoiada em protocolos, favorece a detecção precoce, estimula o autocuidado e fortalece a adesão terapêutica, o que contribui para a integralidade da atenção. A valorização dessa prática, integrada a protocolos clínicos e ao Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), pode ampliar a capacidade institucional da APS, reduzir a fragmentação assistencial e evitar que a DRC seja diagnosticada tardiamente.

A DRC não dialítica (DRC-ND), fase anterior à indicação de TRS, demanda ações qualificadas da APS, capazes de retardar a progressão da doença, de prevenir complicações e de promover a autonomia dos usuários. Apesar disso, a ausência de protocolos padronizados, as falhas na articulação intersetorial, a carência de recursos humanos e a baixa institucionalização das ações preventivas continuam a dificultar a efetividade da APS (Theeranut *et al.*, 2024; Harvey *et al.*, 2015; Paula *et al.*, 2016).

Algumas experiências internacionais demonstram avanços, como o modelo K-CHAMP, nos Estados Unidos, que propõe a gestão populacional da DRC com apoio interdisciplinar e com o uso de tecnologias para a estratificação de risco e para o suporte à decisão clínica (Jhamb *et al.*, 2023). Iniciativas similares, como as diretrizes de Li *et al.* (2020), recomendam a integração das ações de prevenção e de tratamento da DRC com as estratégias da APS e com as políticas voltadas às DCNT, com o intuito

de priorizar o enfoque comunitário.

Ainda assim, relatos da literatura indicam desafios persistentes mesmo em países com maior infraestrutura. Fatores como a escassez de informações sobre o estado renal, o baixo envolvimento dos pacientes no processo de cuidado e as falhas na comunicação entre os níveis de atenção continuam a dificultar a efetividade das ações (Gaffney *et al.*, 2014; Campbell-Crofts; Roden, 2017; Daker-White *et al.*, 2015). Em muitos casos, o diagnóstico de DRC é conhecido apenas nas fases em que necessitam iniciar a TRS (Cueto-Manzano; Martínez-Ramírez; Cortés-Sanabria, 2013).

Nesse contexto, destaca-se a importância de incorporar a perspectiva dos usuários sobre o cuidado recebido. O instrumento Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC), validado para o Brasil, possibilita avaliar a presença de atributos do cuidado crônico sob a ótica dos pacientes, o que inclui participação ativa, planejamento compartilhado, orientação multiprofissional e apoio ao autocuidado (Moysés *et al.*, 2012; Castro *et al.*, 2018). Entretanto, há escassez de estudos nacionais que utilizem essa abordagem no campo da DRC.

Adicionalmente, são necessárias avaliações integradas que articulem o conhecimento científico acumulado com a experiência dos usuários dos serviços. Essa estratégia pode gerar diagnósticos mais abrangentes e fornecer subsídios para o aprimoramento das práticas em saúde pública (Brasil, 2015; Reis *et al.*, 2017).

Diante disso, este estudo adota uma abordagem multimétodo composta por dois eixos complementares. O primeiro consiste em uma revisão de escopo da literatura científica sobre a capacidade institucional da APS na abordagem da DRC-ND. Já o segundo, compreende um estudo observacional, transversal e descritivo, com 127 usuários em hemodiálise, atendidos em Alfenas (MG), os quais avaliaram retrospectivamente o cuidado primário recebido antes do início da TRS, com base no PACIC.

A articulação entre os dois eixos proporciona uma análise crítica e integrada da atuação da APS, ao articular diretrizes normativas com as vivências dos usuários. Dessa forma, busca-se identificar convergências e divergências entre o cuidado preconizado e o efetivamente realizado, a fim de contribuir para diagnósticos mais precisos e estratégias de aprimoramento contextualizadas.

Espera-se que os resultados subsidiem o aperfeiçoamento das práticas assistenciais e da gestão em saúde, além de fortalecer a APS como eixo estruturante do cuidado às condições crônicas. Ao apontar aspectos críticos da atenção à DRC-

ND, os achados podem apoiar ações voltadas à detecção precoce, à continuidade do cuidado e à responsabilização dos atores envolvidos, com base nos princípios da integralidade, da equidade e da humanização.

Assim, este trabalho é guiado pela seguinte pergunta de pesquisa: Quais são as evidências disponíveis na literatura científica e as perspectivas dos usuários do SUS em hemodiálise sobre a abordagem da Doença Renal Crônica não dialítica pela Atenção Primária à Saúde?

1.1 JUSTIFICATIVA

A Doença Renal Crônica (DRC), por sua evolução silenciosa e maior prevalência entre populações socialmente vulneráveis - como idosos, pessoas com baixa escolaridade e múltiplas comorbidades - impõe desafios específicos à organização dos serviços de saúde. O diagnóstico tardio e a necessidade precoce de Terapia Renal Substitutiva (TRS) refletem limitações no acesso oportuno e eficaz ao cuidado, mesmo diante da existência de diretrizes clínicas e de políticas públicas consolidadas. No Brasil, o número de pessoas que iniciam o acompanhamento em estágios avançados da DRC permanece elevado (Brasil, 2023; Castro *et al.*, 2018; Cortez *et al.*, 2022).

Sob a perspectiva científica, este estudo busca contribuir ao debate sobre a capacidade institucional da APS na gestão de condições crônicas complexas, com foco na DRC não dialítica (DRC-ND), tema ainda pouco explorado na produção acadêmica nacional. A adoção de abordagem multimétodo, que alia revisão de escopo e avaliação do cuidado sob perspectiva dos usuários, amplia a compreensão sobre fragilidades e potenciais do sistema de cuidado no nível primário. Tal proposta também se alinha às diretrizes internacionais de fortalecimento da APS como base para sistemas de saúde integrados e responsivos (Brasil, 2015; Edgoose *et al.*, 2024; Lavras, 2011; Reis *et al.*, 2017; Starfield, 2002; OMS, 2008).

Do ponto de vista da gestão e da prática em saúde, os resultados poderão subsidiar o aperfeiçoamento de políticas e de serviços voltados à detecção precoce e ao acompanhamento longitudinal da DRC-ND. A análise integrada de evidências científicas e de percepções de usuários permite identificar fragilidades institucionais e orientar processos de melhoria, de planejamento territorial e de qualificação das equipes da APS, em especial no contexto do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

Para os profissionais de saúde, com destaque para a enfermagem, o estudo evidencia o papel estratégico na condução do cuidado a pessoas com doenças crônicas. As evidências obtidas podem fortalecer ações educativas, acolhimento clínico e promoção do autocuidado, alinhando-se aos princípios de continuidade e de integralidade do SUS.

Na dimensão social, a pesquisa incorpora a perspectiva dos usuários do SUS em tratamento dialítico, cujas experiências anteriores à TRS evidenciam os efeitos de falhas assistenciais, do diagnóstico tardio e da ausência de planejamento terapêutico. Compreender essas percepções é essencial para aprimorar a responsividade dos serviços e para reduzir iniquidades que afetam especialmente populações idosas e socialmente vulneráveis.

Diante desse cenário, esta dissertação justifica-se pela necessidade de produzir evidências aplicáveis, articuladas entre literatura científica e experiência dos usuários, com vistas a qualificar a atuação da APS na abordagem da DRC-ND. Espera-se que os achados contribuam para o fortalecimento de práticas orientadas à detecção precoce, à continuidade do cuidado e à organização de um modelo assistencial centrado nas necessidades da população.

As fragilidades da APS não podem ser analisadas de forma isolada, uma vez que se articulam aos determinantes sociais da saúde. A insuficiência de protocolos clínicos, a limitação de recursos humanos e a baixa incorporação de ações voltadas ao cuidado da DRC-ND interagem com fatores como renda, escolaridade, acesso territorial e vulnerabilidade socioeconômica. Essa interação aprofunda desigualdades e amplia o risco de progressão da doença entre grupos socialmente mais vulneráveis. A incorporação dessa perspectiva amplia a compreensão da capacidade organizativa da APS e evidencia a necessidade de políticas intersetoriais articuladas.

Nesse contexto, as evidências produzidas por esta pesquisa assumem caráter estratégico para a gestão regional, ao subsidiar o planejamento, a organização e a qualificação da Rede de Atenção à Doença Renal Crônica no território. Esses achados orientam a definição de prioridades e a implementação de estratégias regionalizadas, alinhadas às necessidades epidemiológicas e sociais das populações atendidas. Dessa forma, a pesquisa contribui para o fortalecimento da governança regional, favorece a integração entre os diferentes níveis de atenção e promove a construção de um cuidado mais oportuno, equitativo e resolutivo às pessoas com DRC, em consonância com os princípios do SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a Atenção Primária à Saúde (APS) na abordagem da Doença Renal Crônica não dialítica, com base em evidências científicas e na perspectiva de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Mapear as evidências disponíveis sobre a capacidade institucional da APS na abordagem da Doença Renal Crônica Não Dialítica;
- b) Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e assistencial de usuários do SUS com Doença Renal Crônica em hemodiálise, atendidos em um hospital de referência regional;
- c) Descrever a perspectiva de usuários do SUS com Doença Renal Crônica em hemodiálise sobre o cuidado ofertado na APS durante a fase não dialítica da doença.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem multimétodo estruturado em dois eixos complementares: (1) uma revisão de escopo que sintetizou a produção científica sobre a capacidade institucional da Atenção Primária à Saúde (APS) na abordagem da Doença Renal Crônica Não Dialítica (DRCND); e (2) um estudo observacional, de corte transversal, que descreveu o cuidado primário recebido na APS, na fase pré-dialítica da doença, por 127 pacientes em tratamento de hemodiálise em um hospital de grande porte localizado em um município no Sul de Minas Gerais.

3.1 REVISÃO DE ESCOPO

3.1.1 Tipo de estudo

Esta revisão de escopo seguiu o método proposto pelo Joanna Briggs Institute (JBI) para revisões de escopo (Peters *et al.*, 2020) e foi reportada conforme a diretriz PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) (Tricco *et al.*, 2018).

O protocolo desta revisão de escopo foi elaborado para garantir transparência, reprodutibilidade e rigor acadêmico, sendo registrado na plataforma *Open Science Framework (OSF)* sob o número de registro: 42ph8.

3.1.2 Questão de Pesquisa

A questão de pesquisa foi estruturada segundo o modelo mnemônico PCC (População, Conceito e Contexto), conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Modelo PCC para elaboração da pergunta de pesquisa

Componente (PCC)	Descrição (PCC)
P (População)	Pessoas com Doença Renal Crônica (DRC) não dialítica
C (Conceito)	Avaliação da capacidade institucional da Atenção Primária à Saúde (APS) na abordagem da DRC não dialítica
C (Contexto)	Serviços de Atenção Primária à Saúde (APS)

Fonte: Autores (2025).

Com base nessa estrutura, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: "Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre a capacidade institucional da

Atenção Primária à Saúde (APS) na abordagem da Doença Renal Crônica (DRC) não dialítica?"

3.1.3 Critérios de Elegibilidade

Para garantir a seleção de estudos relevantes ao objetivo da revisão, foram definidos critérios de inclusão e de exclusão.

Aos critérios de inclusão, foram considerados estudos em que:

- 1) População: investigaram pessoas com Doença Renal Crônica (DRC) não dialítica, sem restrição de estágio da doença dentro desse grupo;
- 2) Conceito: avaliaram a capacidade institucional da APS na abordagem da DRC não dialítica, considerando aspectos estruturais, organizacionais, de financiamento, acesso, continuidade do cuidado ou outros fatores relevantes;
- 3) Contexto: foram conduzidos em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), independentemente do país ou do sistema de saúde, desde que a APS fosse claramente identificada como o nível de atenção analisado;
- 4) Tipos de estudo: incluíram estudos quantitativos, qualitativos, mistos e revisões de literatura que investigassem a capacidade institucional da APS na gestão da DRC não dialítica;
- 5) Período: não houve restrição temporal, o que permitiu a análise da evolução da abordagem da APS à DRC não dialítica ao longo do tempo.

Os critérios de exclusão foram atribuídos aos estudos em que:

- 1) População inadequada: abordaram exclusivamente pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS) ou pós-transplante renal, sem foco na DRC não dialítica;
- 2) Falta de avaliação institucional: trataram apenas o manejo clínico da DRC não dialítica sem considerar aspectos estruturais ou organizacionais da APS;
- 3) Contexto diferente da APS: foram conduzidos em hospitais, clínicas especializadas ou serviços de atenção secundária/terciária, sem relação com a APS;
- 4) Publicações não científicas: incluíram editoriais, opiniões, resumos de congressos, cartas ao editor ou relatórios institucionais não revisados por pares.

3.1.4 Estratégia de Busca

A estratégia de busca combinou descritores e palavras-chave relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS), à Doença Renal Crônica não dialítica (DRC-ND) e à avaliação institucional.

Os termos foram ajustados para cada base de dados, conforme descrito no Apêndice A. Foram aplicados operadores booleanos (AND, OR) e filtros específicos para refinar a busca e para garantir a recuperação de estudos relevantes.

A busca foi realizada em bases de dados científicas indexadas, em bibliotecas científicas e em uma fonte complementar, abrangendo estudos publicados até 31 de janeiro de 2025. As bases de dados consultadas incluíram PubMed/MEDLINE; Web of Science; Scopus; Embase; PsycINFO (APA PsycNet); BDENF (Base de Dados em Enfermagem); ProQuest e Cochrane Library. As bibliotecas científicas analisadas foram SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Adicionalmente, o Google Scholar (Google Acadêmico) foi utilizado como fonte complementar, com o objetivo de ampliar a abrangência da busca, incluindo a literatura cinzenta.

Exemplo de estratégia de busca utilizada no PubMed:

```
((("Primary Health Care"[tiab] OR "Community Health Services"[tiab] OR "Family Health"[tiab]
OR "Family Practice"[tiab] OR "Health Services Accessibility"[tiab] OR "Health Facility
Planning"[tiab] OR "Organizational Capacity"[tiab] OR "Institutional Capacity"[tiab] OR "Health
System Strengthening"[tiab] OR "Service Delivery"[tiab] OR "Health Care Management"[tiab]
OR "Health Workforce"[tiab] OR "Health Service Utilization"[tiab] OR "Comprehensive Health
Care"[tiab] OR "Primary Care Models"[tiab] OR "First Level of Care"[tiab] OR "Basic Health
Services"[tiab] OR "Essential Health Services"[tiab] OR "Health Services Organization"[tiab] OR
"Health System Capacity"[tiab] OR "Healthcare Infrastructure"[tiab] OR "Universal Health
Coverage"[tiab] OR "Health Service Coverage"[tiab] OR "Human Resources for Health"[tiab]
OR "Primary Healthcare Policies"[tiab] OR "PHC Performance"[tiab])
AND
("Chronic Kidney Disease"[tiab] OR "Renal Insufficiency, Chronic"[tiab] OR "Kidney
Diseases"[tiab] OR "Renal Disease"[tiab] OR "Chronic Kidney Insufficiency"[tiab] OR
"CKD"[tiab] OR "Pre-dialysis Kidney Disease"[tiab] OR "Non-dialysis CKD"[tiab] OR "Non-
dialysis Dependent CKD"[tiab] OR "ND-CKD"[tiab] OR "Pre-dialysis Renal Disease"[tiab] OR
"Chronic Renal Dysfunction"[tiab] OR "Early Stage CKD"[tiab] OR "Stage 1 CKD"[tiab] OR
"Stage 2 CKD"[tiab] OR "Stage 3 CKD"[tiab] OR "Mild CKD"[tiab] OR "Moderate CKD"[tiab] OR
"Chronic Renal Failure Non-Dialysis"[tiab])
AND
("Health Services Accessibility"[tiab] OR "Delivery of Health Care"[tiab] OR "Health Policy"[tiab]
OR "Health Planning"[tiab] OR "Patient Care Management"[tiab] OR "Primary Prevention"[tiab]
OR "Secondary Prevention"[tiab] OR "Tertiary Prevention"[tiab] OR "Guideline Adherence"[tiab]
OR "Healthcare Quality"[tiab] OR "Health Policy Implementation"[tiab] OR "Health Service
Availability"[tiab] OR "Health Service Utilization"[tiab] OR "Health Equity"[tiab] OR "Health
System Responsiveness"[tiab] OR "Public Health Policies"[tiab] OR "Chronic Disease
Management"[tiab] OR "Continuity of Care"[tiab] OR "Integrated Care"[tiab] OR "Team-Based
Care"[tiab] OR "Interdisciplinary Care"[tiab] OR "Referral and Consultation"[tiab] OR "Care
Coordination"[tiab] OR "Population Health Management"[tiab] OR "Healthcare
Effectiveness"[tiab] OR "Evidence-Based Practice"[tiab] OR "Healthcare Quality
Assessment"[tiab] OR "Service Efficiency"[tiab] OR "Institutional Readiness"[tiab]))
```

3.1.5 Seleção dos Estudos

O processo de seleção foi realizado às cegas por dois revisores independentes, de forma a minimizar interferências na seleção dos estudos, decorrendo em três

etapas:

1) Remoção de duplicatas: Os registros recuperados foram importados para o Mendeley, onde as duplicatas foram eliminadas automática e manualmente;

2) Triagem por título e resumo: A triagem inicial foi realizada no Rayyan, onde dois revisores avaliaram títulos e resumos com base nos critérios de elegibilidade; estudos irrelevantes foram excluídos nessa fase;

3) Leitura completa dos textos selecionados: Os estudos incluídos na fase anterior foram analisados integralmente. A decisão final de inclusão foi consensual, e, em caso de discordância, um terceiro revisor foi consultado.

A etapa de seleção foi documentada e está apresentada em diagrama de fluxo PRISMA-ScR, na seção de resultados.

3.1.6 Extração dos Dados

Os dados dos estudos incluídos foram extraídos, utilizando-se um formulário padronizado, contendo as seguintes informações:

- 1) Identificação do estudo: Autor(es), ano, país de realização, base de dados, tipo de publicação, tipo de estudo (delineamento) e idioma;
- 2) População (P): População-alvo, tamanho da amostra (n), faixa etária, sexo/gênero, estágio da DRC, comorbidades relatadas, critérios de inclusão/exclusão;
- 3) Conceito (C) - Capacidade Institucional: dimensões abordadas, objetivo relacionado ao conceito, métodos de avaliação institucional, instrumento validado utilizado, indicadores/variáveis analisadas, participação de usuários/pacientes;
- 4) Contexto (C): Nível de atenção analisado, modelo de cuidado/APS, localização geográfica, integração com outros níveis, sistema de saúde envolvido;
- 5) Rastreamento e acompanhamento da DRC: exames para rastreamento/classificação da DRC, tipo de ação realizada pela APS;
- 6) Resultados e implicações: Principais achados sobre a capacidade institucional, barreiras identificadas, facilitadores identificados, lacunas relatadas pelos autores, implicações práticas ou para a gestão, relevância para políticas públicas;
- 7) Observações do Revisor: Comentários adicionais e contribuições do estudo.

3.1.7 Síntese dos Dados

Os dados extraídos foram sintetizados e apresentados em um quadro (Quadro 2) de forma descritiva, considerando a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos. Sua estruturação baseou-se nas diretrizes do PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

Foram utilizados os seguintes elementos de cada estudo incluído: autoria, ano de publicação, país de realização, objetivo do estudo, tipo de estudo (delineamento metodológico), população-alvo e principais achados sobre a capacidade institucional da APS.

3.2 ESTUDO TRANSVERSAL

3.2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, desenvolvido com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) portadores de Doença Renal Crônica (DRC) e em Terapia Renal Substitutiva (TRS), assistidos no município de Alfenas no Sul de Minas Gerais. Para a elaboração do delineamento do estudo, foram utilizadas as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (Malta et al., 2010).

Cabe destacar que o delineamento transversal impõe limites à interpretação dos achados. Embora adequado para descrever percepções e para identificar padrões de fragilidade na atenção, esse tipo de estudo não permite estabelecer relações de causalidade entre variáveis. Além disso, a análise baseou-se em informações autorrelatadas pelos participantes, o que pode introduzir vieses de recordação. Tais limitações são inerentes ao método e não controláveis pela equipe executora, devendo ser consideradas na interpretação crítica dos resultados. Ainda assim, os achados fornecem subsídios relevantes para a compreensão das fragilidades institucionais da APS e para o delineamento de estratégias de cuidado à DRC-ND.

3.2.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Alfenas, localizado na região Sul do estado de Minas Gerais, com população estimada em aproximadamente 78.970 habitantes. O município exerce papel de referência regional na organização da Rede

de Atenção à Saúde, especialmente no âmbito da atenção especializada. O Centro de Hemodiálise de Alfenas tem um perfil de atendimento que abrange as microrregiões de Alfenas/Machado e Guaxupé, e está inserido na Macrorregião de Saúde Sul de Minas Gerais.

A coleta de dados ocorreu no Centro de Hemodiálise da Unidade de Nefrologia da Santa Casa de Alfenas, hospital filantrópico conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), que oferta serviços de média e alta complexidade e atua como referência regional para o cuidado nefrológico. O serviço de hemodiálise atende participantes residentes no município e provenientes de 26 municípios circunvizinhos, pertencentes à Regional de Saúde de Alfenas, o que reitera seu papel de referência macrorregional dentro do Sul de Minas.

Esse centro integra a Atenção Especializada e constitui ponto estratégico da linha de cuidado da Doença Renal Crônica. Dessa forma, o cenário deste estudo mostrou-se pertinente para a análise das fragilidades e das potencialidades da Atenção Primária à Saúde no acompanhamento da Doença Renal Crônica não dialítica, a partir da perspectiva de usuários que acessaram tardiamente o cuidado especializado.

3.2.3 População e Critérios de Elegibilidade

Inicialmente, buscou-se elencar pessoas com DRC não dialítica acompanhadas pela APS como população elegível para o estudo, porém, em função do desconhecimento desta população pela APS, optou-se por trabalhar com usuários do SUS com DRC em tratamento de hemodiálise, que pudessem relatar retrospectivamente a assistência obtida à saúde renal antes de iniciar a TRS.

Sendo assim, a população elegível foi composta por pessoas com idade entre 18 e 85 anos, diagnosticadas com Doença Renal Crônica (DRC) e em tratamento hemodialítico no setor de nefrologia de um hospital de grande porte no Sul de Minas Gerais, independentemente do tempo de tratamento. Como critérios de exclusão, definiram-se: pessoas em grave estado de saúde que estivessem incapacitadas de participar das entrevistas; pacientes internados em outras alas ou transferidos para outra unidade de Terapia Renal Substitutiva; pacientes com déficits cognitivos ou mentais registrados em prontuário.

O conjunto final de participantes correspondeu ao total de usuários em tratamento hemodialítico na instituição de referência durante o período de coleta, após

a aplicação dos critérios de elegibilidade. Não foi realizado cálculo formal de poder estatístico, uma vez que se optou pela inclusão de todo o universo de usuários elegíveis naquele contexto. Essa estratégia confere representatividade adequada do cenário investigado e sustenta a realização de análises descritivas e comparativas consistentes. A inclusão integral dos participantes disponíveis reduz potenciais vieses de seleção e fortalece a validade externa dos achados no âmbito local e regional, embora a extrapolação dos resultados para outros contextos deva ser interpretada com cuidado.

3.2.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada entre setembro e dezembro de 2024, por meio de visitas semanais ao centro de hemodiálise local, nos turnos da manhã e da tarde, conduzidas por duas pesquisadoras previamente treinadas.

As entrevistas foram realizadas durante as sessões de hemodiálise dos pacientes, utilizando um roteiro estruturado elaborado pelos pesquisadores. Inicialmente, abordaram-se informações para a caracterização sociodemográfica. Em seguida, para identificar a avaliação da capacidade da Atenção Primária à Saúde em assistir pessoas com doença renal não dialítica na perspectiva dos usuários do SUS, foi aplicado o instrumento *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC) ou “Avaliação na perspectiva do Usuário sobre os Cuidados às Condições Crônicas”, composto por 20 questões e validado na língua portuguesa do Brasil (Moysés *et al.*, 2012).

3.2.5 Instrumentos da Coleta de Dados

1) Variáveis Sociodemográficas, clínicas e assistenciais

Primeiramente, foi realizado o levantamento da caracterização das variáveis sociodemográficas, utilizando um roteiro estruturado, abordando os seguintes tópicos:

- a) Raça/Cor da Pele (branco; negro);
- b) Faixa Etária (18 a 85 anos);
- c) Sexo (feminino; masculino);
- d) Trabalho formal (trabalha; aposentado; não trabalha);
- e) Situação Conjugal (com companheiro; sem companheiro);
- f) Escolaridade (ensino médio completo ou incompleto; ensino fundamental completo ou incompleto; analfabeto);

- g) Renda Familiar (três salários mínimos ou mais; até dois salários mínimos; um salário mínimo ou menos);
- h) Município de origem (local de residência);
- i) Tabagismo autorrelatado (sim ou não);
- j) Etilismo autorrelatado (sim ou não);
- k) Doença de Base (DM; HAS; rins policísticos; outras);
- l) Nível de Atenção à Saúde onde o diagnóstico foi feito (Atenção Primária; Atenção Especializada);
- m) Tempo entre o Diagnóstico de Doença Renal Crônica e o início da Terapia Renal Substitutiva (5 anos ou mais; 1 a 4 anos; menor ou igual a 6 meses);
- n) Há quanto tempo em Hemodiálise (menor ou igual a 1 mês; menor ou igual a 3 meses; menor ou igual a 5 anos; maior que 5 anos).

2) *Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)*

O *Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)*, ou Avaliação do Usuário Sobre o Cuidado às Condições Crônicas, é um instrumento que foi desenvolvido como forma de avaliar a implementação e os resultados baseados no Modelo de Atenção Crônicas, tradução literal de Chronic Care Model (CCM). O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes (2012), baseia-se, como tantos outros, no CCM, mas agrega ao Modelo da Determinação Social da Saúde, para ajustá-lo às singularidades do SUS. O questionário foi validado para o português e está disponível para uso no Brasil (Mendes, 2012).

O PACIC permite que os pacientes avaliem a qualidade dos cuidados recebidos para sua condição crônica, considerando aspectos como o acompanhamento oferecido, a interação com a equipe de saúde, as orientações recebidas, o estabelecimento de metas, a satisfação com a assistência prestada e a compreensão sobre sua condição e estratégias para seu manejo (Moysés *et al.*, 2012; Mendes, 2012).

Neste estudo, o PACIC foi utilizado para descrever o cuidado recebido sob a perspectiva dos usuários com Doença Renal Crônica Não Dialítica (DRCND). O instrumento possibilitou identificar fragilidades e potencialidades no acompanhamento desses pacientes antes do início da Terapia Renal Substitutiva, sob a perspectiva dos próprios usuários.

O PACIC é composto por 20 questões que são agrupadas e organizadas em

cinco dimensões para a interpretação correta dos dados: Participação Ativa do Paciente no Tratamento; Modelo do Sistema de Cuidado/Modelo para a Prática; Estabelecimento de Metas/Adaptação; Resolução de Problemas/Contexto; Seguimento/Coordenação (Moysés *et al.*, 2012).

A primeira dimensão, Participação Ativa do Paciente no Tratamento, é composta pelos itens 1,2 e 3, que apresentam ações para o início do envolvimento da pessoa com Condições Crônicas na tomada de decisão. Na segunda dimensão, Modelo do Sistema de Cuidado/ Modelo para a Prática, constituem-se os itens 4,5 e 6, propõem-se questões sobre a organização do cuidado. O terceiro, Estabelecimento de Metas/ Adaptação, composto pelos itens de 7 a 11, avalia a compreensão de informações para determinação específica de metas para a evolução do cuidado. O quarto, com Resolução de Problemas/Contexto, compreende os itens do 12 ao 15, que demonstram possíveis dificultadores que devem ser considerados no ambiente sociocultural da pessoa com doença crônica na estruturação dos planos de tratamento. Por último, a quinta dimensão, Seguimento/Coordenação, é formado pelos itens de 16 a 20, que avaliam a continuidade da assistência e do cuidado. (Moysés *et al.*, 2012; Castro de *et al.*, 2018).

Os itens do instrumento são avaliados em uma escala do tipo *Likert*, variando de 1 (nunca) a 5 (sempre). O escore total do PACIC é calculado a partir da média aritmética simples dos 20 itens que compõem o instrumento, sendo que valores mais elevados indicam melhor percepção da qualidade do cuidado recebido por pessoas com condições crônicas nos últimos seis meses (Moysés *et al.*, 2012; Castro de *et al.*, 2018).

3) Análise estatística das dimensões do PACIC

Para avaliar a distribuição das respostas nas cinco dimensões do instrumento PACIC, aplicou-se o teste do qui-quadrado de aderência, considerando como hipótese nula a distribuição uniforme entre as categorias de resposta ("Nunca", "Poucas vezes", "Algumas vezes", "Muitas vezes" e "Sempre"). Em seguida, realizaram-se análises post hoc por meio dos resíduos padronizados ajustados, com correção de Bonferroni para múltiplas comparações. Foram considerados significativos os resíduos com valor de p ajustado inferior a 0,05, a fim de assegurar o controle do erro tipo I.

Todas as análises foram conduzidas no software RStudio (versão 2025.05.1+513), utilizando-se os pacotes stats, dplyr e purrr para as análises e

manipulação dos dados, além de flextable e officer para a organização e para a exportação dos resultados.

3.2.6 Viés e Dados Ausentes

Dado o delineamento observacional transversal e o caráter retrospectivo das entrevistas realizadas com usuários SUS, este estudo está sujeito a possíveis vieses de memória, uma vez que os participantes foram solicitados a relatar experiências anteriores ao início da hemodiálise. Para mitigar esse risco, as entrevistas foram conduzidas durante sessões regulares de hemodiálise, em ambiente controlado, com apoio da equipe de enfermagem, o que favoreceu a segurança, o conforto e a disponibilidade dos participantes para fornecer informações consistentes.

Além disso, as entrevistadoras foram previamente capacitadas para padronizar a aplicação dos instrumentos e para conduzir as entrevistas de forma ética, clara e imparcial. Como estratégia adicional de controle de viés, foi realizada uma abordagem inicial informal com cada participante antes da entrevista estruturada. Essa conversa incluía a apresentação das entrevistadoras ao entrevistado, perguntas rotineiras, e as questões sociodemográficas, com o intuito de avaliar a coerência temporal, o estado de consciência e a capacidade de rememoração dos acontecimentos vivenciados pelos usuários antes do início do tratamento hemodialítico. A coleta de dados só era iniciada quando o participante demonstrava clareza e segurança em suas respostas.

Além disso, conforme estabelecido nos critérios de exclusão, foram retirados do estudo indivíduos com sinais de déficit cognitivo, com transtornos mentais ou com outras limitações que comprometessem a compreensão das perguntas ou a qualidade das respostas. A identificação desses casos contou com a colaboração da equipe de enfermagem do setor de nefrologia.

No que se refere aos dados ausentes, não foram identificadas perdas ou lacunas nas respostas. Todos os 127 participantes responderam integralmente ao questionário sociodemográfico e clínico, bem como aos 20 itens do instrumento PACIC.

3.2.7 Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL) sob CAAE: 78867824.1.0000.5142 e número de parecer: 6.832.772.

3.2.8 Financiamento do Estudo

Este estudo foi desenvolvido com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio da concessão de bolsa de mestrado, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

4.1.1 Evidências sobre a capacidade institucional da Atenção Primária à Saúde na abordagem da Doença Renal Crônica Não Dialítica

A seguir, apresenta-se a síntese dos estudos incluídos na revisão de escopo, organizada conforme as recomendações do PRISMA-ScR, contemplando autores, objetivos, delineamentos e principais achados relacionados à capacidade institucional da APS no manejo da DRC não dialítica.

Quadro 2 - Síntese dos estudos incluídos na Revisão de Escopo segundo recomendações do PRISMA-ScR

Autor(es)	Ano de publicação e País	Objetivo do estudo	Tipo de estudo (delineamento)	População-alvo	Principais achados sobre capacidade institucional
Jhamb M, Weltman MR, Yabes JG, et	2023, Estados Unidos	Descrever o modelo K-CHAMP e sua aplicabilidade para gestão populacional da DRC com apoio multidisciplinar	Ensaio clínico randomizado em clusters	Pacientes com DRC de alto risco em cuidados primários (PCP)	Descreve o desenho do K-CHAMP: um modelo de gestão populacional da DRC com apoio de nefrologistas, farmacêuticos e educadores. O modelo visa melhorar a estratificação de risco, segurança medicamentosa e encaminhamentos oportunos, integrando decisões clínicas com suporte eletrônico.
Li PKT, Garcia-Garcia G, Lui SF, Andreoli S, et al.	2020, Multinacional (Hong Kong, México, EUA, Bélgica, Índia, Grécia, Egito, Nigéria)	Destacar a urgência de aumentar a educação e a conscientização sobre a prevenção da DRC. Propõe ações específicas, como campanhas de saúde, manejo dos fatores de risco na população, e implementação de estratégias recomendadas	Estudo de revisão e posicionamento global	Grupos de risco para DRC	Há uma lacuna global na priorização da DRC nas agendas de saúde pública, apesar da sua crescente prevalência. A detecção precoce e a prevenção da DRC devem ser integradas a programas de DCNT, com envolvimento da APS, de políticas públicas e de

		pela Organização Mundial da Saúde, para prevenir a progressão da doença e reduzir seu impacto global.			educação comunitária.
Harvey G, Oliver K, Humphreys J, Rothwell K, Hegarty J	2015, Reino Unido	Reduzir as desigualdades nas doenças vasculares por meio da condução e da implementação de pesquisa em saúde aplicada; encontrar uma maneira de traduzir efetivamente as evidências disponíveis sobre a identificação e o manejo da DRC para a prática da atenção primária	Estudo de intervenção com avaliação pré-pós	Pacientes adultos com DRC em atenção primária	O projeto aumentou significativamente e a identificação de casos de DRC e a adesão ao controle pressórico conforme diretrizes. A metodologia colaborativa com facilitadores foi um diferencial.
Campbell-Crofts SJ, Roden J	2017, Austrália	Objetivou explorar as decisões de cuidados primários de saúde de um grupo de 12 australianos nos estágios 3B a 5 com Doença Renal Crônica na prevenção da saúde renal pré-díalise.	Qualitativo - Descritivo	Pacientes com DRC estágios 3B a 5 em pré-díalise	Três caminhos de diagnóstico foram identificados: fácil, difícil e prolongado. A ausência de informação adequada sobre o estado renal compromete o engajamento do paciente na APS. A linguagem 'recuperação', 'estabilidade' e 'proteção' facilitou a compreensão e a adesão.
Theeranut A, Methakanjanasak N, Lertsinudom A et al.	2024, Tailândia	O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia do modelo integrado dos VHV's na prevenção ou no retardo da DRC	Quantitativo - Coorte prospectivo (2017-2019)	Indivíduos de 8 aldeias do subdistrito e Don Chang com fatores de risco para DRC	A estrutura da APS não era eficiente na atuação da prevenção primária e secundária da DRC; falta de protocolos, de recursos e

					articulação eficiente com a comunidade para o manejo da DRC em estágios iniciais; o modelo integrado proposto com os VHV's aumentou a efetividade da APS, resultando melhora na capacidade da equipe em identificar, monitorar e atuar sobre os fatores de risco da DRC; na melhoria na coordenação do cuidado e do envolvimento comunitário; no desenvolvimento de instrumentos e estratégias educativas pela APS.
Christy Chong; David Campbell; Meghan Elliot; Fariba Aghajafari; Paulo Ronksley	2022, Canadá	O objetivo foi determinar se a baixa continuidade dos cuidados está associada a maiores taxas de uso de cuidados intensivos e à redução das prescrições de medicamentos recomendados pelas diretrizes à DRC.	Quantitativo - Coorte Retrospectiva populacional	Adultos com DRC estágio 3-4 e >3 atendidos na APS	Entre 86.475 pacientes com DRC, 51,3%, 30,0% e 18,7% apresentaram continuidade de cuidados alta, moderada e ruim, respectivamente. A baixa continuidade do tratamento está associada ao aumento do uso de cuidados agudos entre pacientes com DRC. São necessárias estratégias direcionadas que fortaleçam o relacionamento médico-paciente e orientem os médicos quanto à prescrição recomendada pelas diretrizes.
	2014,	Identificar	Estudo	Pacientes	Baixa

Gaffney H, Blakeman T, Blickem C, Kennedy A, <i>et al.</i>	Reino Unido	preditores de autorrelato de DRC pelos pacientes para orientar a abordagem terapêutica da DRC na atenção primária, considerando diferentes populações de pacientes.	transversal	com DRC estágio 3	comunicação do diagnóstico (52% dos pacientes desconhecem a doença); Falha institucional generalizada (problema presente em todas as clínicas); Necessidade de melhorar o diálogo clínico sobre saúde renal.
Cueto-Manzano AM, Martínez-Ramírez HR, Cortés-Sanabria L	2013, México	Comparar um modelo de intervenção múltipla versus MCAS no estilo de vida e na função renal de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 e DRC em estágios 1-2.	Estudo de coorte prospectivo	Pacientes com diabetes mellitus tipo 2 e DRC em estágios 1-2	A implementação de um modelo de intervenção minimamente invasivo na atenção primária à saúde pode apresentar melhores resultados do que o modelo de cuidados integrados à saúde na prevenção ou desaceleração da progressão da doença renal crônica.
Wang A, Pollack T, Kadziel LA, Ross SM, McHugh M, Jordan N, Kho NA	2018, Canadá e Estados Unidos	Avaliar o impacto da facilitação de práticas sobre o cuidado de doenças crônicas na APS.	Revisão Sistemática	Pacientes adultos com DCNT na APS	A melhora da facilidade nas práticas auxilia com as medidas de cuidados crônicos; os resultados foram positivos, especialmente para DCV, DM, CA e asma. Resultados medianos para DRC.
van Gelder VA, Scherpbier-de Haan ND, van Berkel S, Akkermans RP, de Grauw IS, Adang EM, Assendelft PJ, de Grauw WJC,	2017, Holanda	Avaliar se a consultoria online entre clínicos gerais e nefrologistas reduz encaminhamentos presenciais.	Ensaio clínico randomizado por clusters	Pacientes com doença renal crônica atendidos na APS	A consulta eletrônica reduziu significativamente e o número de encaminhamentos presenciais à nefrologia, otimizando a

Biermans MCJ, Wetzels JFM					triagem especializada.
Tuot DS, Plantinga LC, Hsu CY, Jordan R, Burrows NR, Hedgeman E, Powe NR	2011, Estados Unidos	Avaliar a implementação de um registro eletrônico de DRC na APS e seu impacto na melhoria do cuidado clínico.	Estudo de coorte retrospectivo com intervenção	Pacientes adultos com DRC atendidos na APS	O registro eletrônico de DRC facilitou a identificação de pacientes em risco, aumentou a solicitação de exames laboratoriais e o uso adequado de medicamentos como IECA/BRA.
Paula EA, Costa MB, Colugnati FAB, Bastos RMR, Vanelli CP, Leite CCA, et al.	2016, Brasil	Avaliar estrutura, processo e resultados da atenção à DRC na APS.	Estudo transversal com análise de prontuários	Usuários hipertensos e diabéticos da APS com risco de DRC	Unidades com melhores indicadores de estrutura e processo apresentaram maiores taxas de estabilização da TFG, encaminhamento precoce e controle da HAS.
Daker-White G, Rogers A, Kennedy A, Blakeman T, Blickem C, Chew-Graham C	2015, Reino Unido	Explorar a percepção de pacientes sobre a divulgação do diagnóstico de DRC na APS.	Estudo qualitativo (análise temática com abordagem comparativa)	Pacientes com DRC estágio 3 na APS	A divulgação do diagnóstico foi frequentemente parcial ou ausente. A maioria dos pacientes não sabia que tinha DRC, apesar do registro médico.

Fonte: Autores (2025).

Legenda: DRC - Doença Renal Crônica; APS - Atenção Primária à Saúde; PCP - *Primary Care Physicians* (Médicos de Atenção Primária); K-CHAMP - *Kidney Coordinated Health Management Partnership* (Modelo de Gestão de Saúde Renal Coordenada); DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis; VHVs - *Village Health Volunteers* (Voluntários de Saúde da Aldeia); TFG - Taxa de Filtração Glomerular; HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica; IECA/BRA - Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina / Bloqueadores do Receptor de Angiotensina II; DM - Diabetes Mellitus; DCV - Doenças Cardiovasculares; CA - Câncer.

4.1.2 Síntese narrativa dos resultados

A partir dos estudos sistematizados no Quadro 2, observa-se que a capacidade institucional da Atenção Primária à Saúde (APS) para abordar a Doença Renal Crônica não dialítica (DRC-ND) apresenta-se heterogênea, o que reflete desigualdades estruturais e organizacionais entre diferentes contextos. Em alguns cenários, há disponibilidade de protocolos, integração multiprofissional e uso de sistemas de informação que favorecem a detecção precoce e o seguimento; em

outros, predominam limitações de insumos, ausência de fluxos bem definidos e fragilidade na comunicação com os usuários. Essa variabilidade indica que a experiência do cuidado para pessoas com DRC-ND depende fortemente do território e das condições institucionais da APS.

Em conjunto, os 13 estudos identificaram padrões recorrentes de fragilidade, sobretudo em estrutura, em processos e em comunicação, mas também relataram resultados positivos quando presentes a coordenação clínica, o suporte de especialistas e o uso de tecnologias para rastreamento e para seguimento.

Os achados foram organizados em quatro eixos interdependentes:

1. **Capacidade estrutural e organizacional da APS:** O estudo brasileiro de Paula *et al.* (2016) identificou limitações estruturais relevantes, como ausência de protocolos específicos para risco renal, insuficiência de insumos e frágil articulação da APS com outros pontos de atenção, o que dificulta o manejo precoce da DRC. Em contrapartida, a experiência de Theeranut *et al.* (2024), na Tailândia, mostrou que a integração de agentes comunitários às equipes contribuiu para melhor controle pressórico e tendência à estabilização da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), o que sugere que arranjos organizacionais básicos, mas consistentes, podem ser efetivos em cenários de baixa complexidade. De forma mais ampla, a revisão sistemática de Wang *et al.* (2018) apontou que metodologias de facilitação de práticas na APS melhoraram processos de cuidado em diversas condições crônicas, mas tiveram impacto apenas mediano no manejo da DRC, o que revela que essa condição exige protocolos e estratégias específicas para além das abordagens genéricas. Por fim, Li *et al.* (2020) acrescentaram uma dimensão estratégica, ao destacar que a DRC ainda não ocupa lugar de prioridade nas agendas de DCNT, o que limita sua integração nas políticas de prevenção e de cuidado em nível primário (Paula *et al.*, 2016; Theeranut *et al.*, 2024; Wang *et al.*, 2018; Li *et al.*, 2020).
2. **Coordenação clínica e integração multiprofissional:** O K-CHAMP (Jhamb *et al.*, 2023) evidenciou que equipes multiprofissionais apoiadas por ferramentas eletrônicas aumentaram a adesão a protocolos e ao uso de terapias recomendadas, embora sem impacto direto na progressão da DRC em curto prazo. Harvey *et al.* (2015) mostraram que auditoria de prontuários e

feedback contínuo ampliaram a adesão às diretrizes na APS britânica. Chong *et al.* (2022) demonstraram que maior continuidade do acompanhamento reduziu internações agudas e favoreceu a adesão terapêutica. Já Van Gelder *et al.* (2017), destacaram que a teleconsultoria entre médicos de família e nefrologistas qualificou encaminhamentos, ainda que sem reduzir expressivamente o volume de referências. Cueto-Manzano, Martínez-Ramírez e Cortés-Sanabria (2013), no México, propuseram um modelo de cuidado ancorado na APS, com equipe multidisciplinar e protocolos adaptados, o que reforça a importância da integração multiprofissional em contextos latino-americanos (Jhamb *et al.*, 2023; Harvey *et al.*, 2015; Chong *et al.*, 2022; van Gelder *et al.*, 2017; Cueto-Manzano; Martínez-Ramírez; Cortés-Sanabria, 2013).

3. **Sistemas de informação e suporte eletrônico para coordenação do cuidado:** Os sistemas de informação mostraram-se ferramentas importantes para dar visibilidade à DRC e para apoiar decisões na APS. Nos Estados Unidos, Tuot *et al.* (2011) relataram que um registro eletrônico específico aumentou a identificação de pacientes de risco, os pedidos de exames adequados e o uso de terapias recomendadas. Mais recentemente, o K-CHAMP (Jhamb *et al.*, 2023) utilizou painéis eletrônicos de monitoramento populacional para acompanhar indicadores em tempo real, o que favoreceu a adesão a protocolos, mas ainda com limitações quanto ao impacto em desfechos clínicos. Em outros contextos, a tecnologia também se mostrou útil: Harvey *et al.* (2015) apontaram que auditorias de prontuários eletrônicos, associadas a feedback estruturado, aumentaram a adesão às diretrizes; Van Gelder *et al.* (2017) evidenciaram que a teleconsultoria online entre médicos de família e nefrologistas ajudou a tornar os encaminhamentos mais pertinentes; e Chong *et al.* (2022) destacaram que registros longitudinais fortalecem a continuidade do cuidado (Tuot *et al.*, 2011; Jhamb *et al.*, 2023; Harvey *et al.*, 2015; Van Gelder *et al.*, 2017; Chong *et al.*, 2022).
4. **Engajamento, educação em saúde e responsabilização do usuário:** As falhas de comunicação entre profissionais e usuários apareceram como um ponto crítico nos estudos. Gaffney *et al.* (2014) mostraram que cerca da metade dos pacientes com DRC não sabia do seu diagnóstico, mesmo ele já constando em prontuário da APS, o que revela fragilidades no vínculo entre profissional e

paciente. De forma semelhante, Daker-White *et al.* (2015) observaram que muitas vezes a informação era passada de forma ambígua ou minimizada, o que dificultou a compreensão e a participação ativa do usuário no autocuidado. Campbell-Crofts *et al.* (2017) evidenciaram que pacientes australianos nos estágios 3B a 5 da DRC vivenciaram trajetórias diagnósticas desiguais - algumas rápidas, outras demoradas - e que a falta de explicações claras e interculturais atrasou decisões importantes sobre o cuidado. Por outro lado, quando os profissionais usavam termos mais simples e acessíveis, havia maior entendimento e adesão ao tratamento. Já o estudo de Cueto-Manzano, Martínez-Ramírez e Cortés-Sanabria (2013), destacou que a educação em saúde, quando integrada aos modelos de cuidado na APS, pode fortalecer o engajamento e a corresponsabilização do usuário, o que torna o acompanhamento mais efetivo e centrado na pessoa (Gaffney *et al.*, 2014; Daker-White *et al.*, 2015; Campbell-Crofts *et al.*, 2017; Cueto-Manzano; Martínez-Ramírez; Cortés-Sanabria, 2013).

4.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA REVISÃO DE ESCOPO

4.2.1 Interpretando as evidências científicas

As evidências mapeadas indicaram que a capacidade institucional da APS no manejo da DRC é uma construção multifacetada, envolvendo estruturas, processos e relações que se articulam entre fluxos assistenciais, vínculo da equipe multiprofissional com os usuários e uso de tecnologias. A literatura aponta que prontuários eletrônicos e equipes interdisciplinares ampliam a detecção de pacientes em risco e favorecem o uso correto de terapias medicamentosas. No entanto, Jhamb *et al.* (2023) evidenciaram que essas estratégias, quando aplicadas de forma isolada ou em curto prazo, não reduziram necessariamente a progressão da DRC. Isso reforça que a capacidade institucional vai além dos recursos tecnológicos, o que exige articulação entre níveis de atenção, fortalecimento do cuidado longitudinal e enfrentamento das desigualdades sociais que limitam a efetividade do cuidado (Jhamb *et al.*, 2023).

Nesse sentido, Harvey *et al.* (2015) mostraram que estratégias colaborativas, com etapas de capacitação, definição de metas e acompanhamento próximo das equipes, contribuíram para melhorar a identificação e o manejo da DRC na APS. Essa

experiência deixa claro que não basta ter protocolos ou recursos tecnológicos disponíveis; é preciso criar espaços de aprendizagem conjunta, em que as equipes possam trocar experiências, receber apoio contínuo e transformar sua prática no dia a dia. Assim, a capacidade institucional passa a ser fortalecida não só pelo que está escrito nas diretrizes, mas pelo modo como essas diretrizes são traduzidas em ações reais na rotina do cuidado (Harvey *et al.*, 2015).

De forma complementar, Van Gelder *et al.* (2017) demonstraram que a teleconsultoria entre médicos da APS e nefrologistas é uma ferramenta importante para auxiliar a triagem de pacientes com DRC e para reduzir encaminhamentos desnecessários. Ao permitir que o profissional da APS obtenha o suporte especializado sem precisar encaminhar o paciente de imediato, amplia-se a resolutividade da APS, o que melhora os fluxos assistenciais e facilita o acesso aos serviços de maior complexidade a quem realmente necessita. Com isso, compreende-se que tecnologias bem aplicadas e integradas ao processo de trabalho podem fortalecer a rede de atenção, desde que estejam articuladas ao vínculo da equipe com usuários e ao compromisso de oferecer um cuidado integral e longitudinal. Nessa mesma linha, Chong *et al.* (2022) evidenciaram que a continuidade do cuidado na APS reduziu hospitalizações evitáveis e melhorou a adesão às terapias recomendadas, o que ressalta que o vínculo longitudinal foi determinante para a efetividade do manejo da DRC. Já Crews *et al.* (2020), destacaram que desigualdades socioeconômicas e raciais interferiram diretamente na progressão da doença e no acesso ao tratamento, o que mostra que a capacidade institucional só se concretiza quando associa recursos tecnológicos e organizacionais ao enfrentamento das barreiras sociais que limitam o cuidado (Van Gelder *et al.*, 2017; Chong *et al.*, 2022; Crews *et al.*, 2020).

As evidências disponíveis indicaram avanços localizados, mas também expuseram fragilidades que exigem intervenções sistêmicas. Entre as prioridades, destacam-se a incorporação de tecnologias de maneira sistemática e igualitária nas unidades de saúde, a qualificação dos processos e a adoção de políticas de equidade, para que a APS exerça efetivamente o cuidado precoce e contínuo da DRC. Esse panorama assistencial da DRC forneceu subsídios para uma análise crítica da realidade brasileira, em especial no contraste entre diretrizes normativas e percepções dos usuários investigados. A partir dessa base, a discussão volta-se à estrutura organizacional da APS, ao examinar como seus limites e potencialidades condicionam o cuidado às pessoas com DRC em diferentes contextos.

4.2.2 Limites e potencialidades da estrutura organizacional da APS para o cuidado da pessoa com DRC

Para que a APS seja efetiva no cuidado às condições crônicas, é necessário articular estrutura, processos e relações de cuidado. Fragilidades na fragmentação das ações, baixa continuidade do vínculo com os usuários, desigualdades regionais e a falta de organização da rede limitam a prevenção de complicações e o acesso equitativo. Avançar nesse sentido requer planejamento, qualificação das equipes e fortalecimento da rede para garantir respostas mais consistentes às necessidades em saúde (Albuquerque *et al.*, 2024)

Em comunidades rurais da Tailândia, Theeranut *et al.* (2024) mostraram que o modelo de cuidado integrado com Village Health Volunteers (VHVs) - equivalentes aos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil - fortaleceu significativamente a vigilância territorial e o acompanhamento da DRC. A intervenção incluiu capacitação técnica, educação em saúde contínua e monitoramento por 18 meses, com resultados positivos: redução de comportamentos de risco (como tabagismo, alto consumo de sódio e alimentos ultraprocessados), melhor controle da HAS e do DM - e, sobretudo, uma tendência de estabilização da função renal. Esses avanços também se refletiram em maior coordenação do cuidado e engajamento comunitário, elementos fundamentais para o sucesso da APS em contextos de vulnerabilidade social (Theeranut *et al.*, 2024).

No estudo brasileiro, conduzido por Paula *et al.* (2016), avaliou-se a estrutura, o processo e os resultados na atenção à DRC pela APS no Brasil, com base no modelo de *Donabedian*. A investigação foi realizada por meio de entrevistas com profissionais da APS e análise de prontuários de usuários com HAS e DM com maior risco para desenvolver DRC, tanto na atenção primária à saúde quanto na atenção secundária. Os resultados demonstraram que deficiências estruturais - como falta de atendimento adequado, insuficiência de recursos humanos e ausência de capacitação específica - dificultaram a prevenção e o manejo da doença. Por outro lado, constatou-se que pacientes acompanhados em unidades com melhores indicadores de estrutura apresentaram maior estabilização da TFG e melhor controle da HAS.

O estudo reforça que a presença de uma estrutura mínima adequada e de processos organizados está diretamente associada a melhores resultados clínicos e ao encaminhamento oportuno para assistência especializada. Além disso, destacou

como essenciais ferramentas como prontuários clínicos, linhas-guia e fluxos de referência/contrarreferência, o que assegura que estrutura e processo caminham juntos para qualificar a APS no cuidado à DRC (Paula *et al.*, 2016).

De forma complementar, Li *et al.* (2020) ressaltaram que a DRC ainda não ocupa lugar de prioridade nas agendas globais de DCNT, o que compromete sua integração efetiva às estratégias de prevenção e ao cuidado primário. A não priorização da DRC pelos órgãos públicos é uma realidade também brasileira. Em setembro de 2025, o MS atualizou os indicadores do cuidado com as condições crônicas, em especial, a HAS e o DM, porém, sem qualquer menção, nem futura, a indicadores com foco na política de atenção à pessoa com DRC. (BRASIL, 2025a; 2025b). Essa lacuna reforça que, para além de arranjos locais, é necessário reconhecer a DRC como prioridade de saúde pública e assegurar recursos e diretrizes que sustentem a estrutura organizacional da APS (Li *et al.*, 2020).

As semelhanças entre esses estudos sugerem que o fortalecimento da estrutura organizacional da APS - aliado a ações educativas, a protocolos clínicos e a estratégias comunitárias - constitui um caminho viável e eficaz para qualificar o cuidado à DRC em diferentes realidades. Enquanto Paula *et al.* (2016) evidenciaram a relação direta entre estrutura/processo e resultados clínicos, Theeranut *et al.* (2024) mostraram que estratégias de engajamento comunitário fortalecem a resiliência institucional da APS em contextos frágeis. Já Li *et al.* (2020), lembram que a ausência de prioridade política para a DRC limita a capacidade de transformar experiências locais em políticas sustentáveis (Paula *et al.*, 2016; Theeranut *et al.*, 2024; Li *et al.*, 2020).

A resiliência da APS, entendida como sua capacidade de adaptar-se e de responder às necessidades da população em diferentes conjunturas, manifesta-se na superação de barreiras estruturais por meio de estratégias inovadoras ancoradas no território. Os estudos analisados convergem, ao demonstrar que o fortalecimento da APS exige não apenas infraestrutura ampliada, mas também reorganização integrada, qualificação das equipes, participação comunitária e orientação ao cuidado contínuo das condições crônicas.

Esse conjunto de achados é especialmente relevante no Brasil, onde a heterogeneidade estrutural entre municípios impõe a adoção de estratégias adaptativas e comunitárias que ampliem a resolutividade da APS. Nesse sentido, torna-se oportuno examinar as estratégias integradas de cuidado e de coordenação

interprofissional que, ao combinar tecnologia e trabalho em equipe, podem ampliar a capacidade institucional da APS no manejo da DRC.

4.2.3 Estratégias integradas de cuidado e coordenação interprofissional como fortalecedoras da capacidade institucional da APS à DRC

Modelos colaborativos e integrados, como o K-CHAMP, demonstrado no estudo de Jhamb *et al.* (2023), evidenciaram ser viáveis e bem aceitos para apoiar a APS no cuidado longitudinal da DRC. Esse modelo foi estruturado a partir da gestão populacional, com uso de registros eletrônicos de saúde e atuação coordenada de equipes multiprofissionais - médicos de família, nefrologistas, farmacêuticos e enfermeiros - com papel ativo em educação em saúde e apoio à tomada de decisão.

A utilização estratégica do *Electronic Health Records* (EHR), associada a painéis de monitoramento, a alertas clínicos e a protocolos padronizados, favoreceu a consistência nas condutas e maior adesão às diretrizes, o que ampliou a coordenação entre APS e atenção especializada. No entanto, em um acompanhamento de 17 meses, o estudo não encontrou redução significativa na progressão da DRC nem no controle efetivo da HAS, o que demonstra que as estratégias melhoram os processos e fortalecem a capacidade institucional, mas ainda dependem de maior tempo em seguimento e de incentivos para gerar impacto efetivo nos desfechos clínicos (Jhamb *et al.*, 2023).

A continuidade do cuidado é outro elemento central para o fortalecimento da capacidade institucional da APS, especialmente no manejo de condições crônicas. O estudo de Chong *et al.* (2022) demonstrou que pacientes com baixa continuidade assistencial - caracterizada pela ausência de vínculo longitudinal, por fragmentação das informações clínicas e por trocas frequentes do profissional de referência - apresentaram maior utilização de cuidados agudos, risco aumentado de hospitalizações e menor adesão a prescrições indicadas pelas diretrizes. Esses achados reforçam que a continuidade não se limita ao número de consultas realizadas, mas envolve a manutenção de um plano terapêutico compartilhado, o acesso consistente a informações clínicas e a estabilidade da relação entre profissional e paciente, com potencial, ainda, de reduzir custos e de otimizar recursos no sistema de saúde (Chong *et al.*, 2022).

A regulação eficiente e a teleconsultoria também se destacaram como estratégias importantes para ampliar a resolatividade da APS. No estudo de van

Gelder *et al.* (2017), a utilização da *e-consultation* entre médicos da atenção primária e nefrologistas melhorou a realização dos encaminhamentos e qualificou a triagem clínica, o que permitiu que os casos mais complexos fossem priorizados para avaliação especializada. Embora não tenha reduzido de forma significativa o número total de referências, a experiência mostrou-se capaz de agilizar fluxos assistenciais e de apoiar os profissionais da APS na tomada de decisão, o que favoreceu encaminhamentos mais adequados e oportunos. Esse tipo de integração tecnológica se configura, portanto, como recurso estratégico para redes de atenção à saúde (Van Gelder *et al.*, 2017).

A tradução de evidências científicas em práticas clínicas estruturadas constitui condição essencial para assegurar que as diretrizes se convertam em condutas efetivamente aplicáveis no cotidiano da APS e que fortaleçam a implementação de cuidados baseados em evidências. No estudo de Harvey *et al.* (2015), realizado no Reino Unido, ficou evidente que intervenções como o uso de facilitadores de implementação, auditoria de prontuários, feedback contínuo e protocolos clínicos baseados em diretrizes, aumentaram a identificação de pacientes com DRC e melhoraram a adesão ao controle da HAS. Esses resultados mostram que ações integradas podem mudar a prática clínica e fortalecer a APS, mesmo que os efeitos em desfechos mais complexos dependam de um acompanhamento mais longo (Harvey *et al.*, 2015).

A integração entre coordenação multiprofissional, tecnologias da informação, continuidade assistencial, regulação eficiente, teleconsultoria e tradução de evidências em práticas estruturadas estabelece fundamentos sólidos para um cuidado longitudinal efetivo, sustentável e centrado no paciente. Essa articulação fortalece a capacidade institucional e a resiliência da APS e favorece respostas coordenadas e integradas frente às condições crônicas complexas, como a DRC. Entretanto, a efetividade dessas estratégias é limitada por falhas de vigilância clínica e por lacunas de comunicação, que comprometem a detecção precoce da doença e o engajamento do usuário, aspectos que serão discutidos a seguir.

4.2.4 Desafios na vigilância e comunicação clínica como entraves à detecção precoce da DRC e engajamento do usuário

O mapeamento dos estudos indicou que a detecção precoce da DRC e o engajamento do usuário são dificultados por falhas de vigilância e por lacunas na

comunicação entre equipes de saúde nos diversos níveis de atenção e o paciente. A APS, por sua proximidade com a comunidade e pelo acompanhamento longitudinal dos grupos de risco, deveria atuar como espaço de prevenção clínica e epidemiológica e realizar triagem sistemática, além de manter registros atualizados, contudo a literatura mostra que a DRC segue sendo pouco priorizada. Li *et al.* (2020) ressaltaram que a detecção precoce precisa ser incorporada de forma consistente aos programas de DCNT, com participação ativa da APS, com apoio das políticas públicas e com investimento em educação comunitária (Li *et al.*, 2020).

As falhas de comunicação entre profissionais e usuários apareceram como um ponto crítico nos estudos. Gaffney *et al.* (2014) mostraram que 52% dos pacientes com doença renal crônica estágio 3 não autorrelatavam ter a doença, embora o diagnóstico já constasse em seus prontuários na atenção primária, o que revela fragilidades no diálogo clínico e no vínculo entre profissional e paciente. Daker-White *et al.* (2015) identificaram que médicos da APS frequentemente suavizavam ou omitiam o diagnóstico de DRC, seja por receio de assustar pacientes, seja por julgarem a doença de menor prioridade diante de outras comorbidades. Essa postura, associada à dificuldade de traduzir termos técnicos em linguagem clara e culturalmente adequada, compromete a compreensão do paciente e enfraquece o engajamento no cuidado. De modo semelhante, a revisão sistemática de Neale *et al.* (2020) mostrou que profissionais reconheciam a dificuldade de explicar uma doença muitas vezes assintomática, lamentavam a falta de materiais educativos específicos e criticavam sistemas laboratoriais que não destacam de forma clara alterações da TFG, o que contribuiu para a perda de oportunidades de diagnóstico precoce (Gaffney *et al.*, 2014; Daker-White *et al.*, 2015; Neale *et al.*, 2020).

Nessa direção, foi possível identificar que a fragilidade na comunicação do diagnóstico da DRC ao paciente acaba por minimizar uma condição grave de saúde que poderia ser adequadamente conduzida e evitar complicações futuras, se houvesse uma formalização na comunicação de diagnóstico, adaptada à realidade cultural do paciente, no sentido de muni-lo de todas as informações necessárias para a preservação e para o controle da saúde renal.

Estudos adicionais reforçaram esse cenário. Crinson *et al.* (2010), citados por Daker-White *et al.* (2015), relataram que, após a introdução de diretrizes nacionais no Reino Unido, houve aumento do número de registros de DRC, mas os profissionais declaravam dificuldades em explicar o conceito aos pacientes. Muitos recebiam

causar estigma e ansiedade, optando por expressões menos alarmantes. Os autores também destacaram que vários médicos não haviam recebido formação sobre DRC durante a graduação e criavam protocolos simplificados por conta própria, o que reforça a necessidade de educação profissional continuada (Crinson *et al.*, 2010).

Evidências internacionais sugerem caminhos para superar esses desafios. A meta-análise de Baskerville, Liddy e Hogg (2012) mostrou que intervenções de facilitação externa tornam as equipes de APS até 2,76 vezes mais propensas a adotar diretrizes baseadas em evidências, sobretudo quando há personalização e apoio contínuo - um resultado que também fundamenta os trabalhos de Harvey *et al.* (2015) sobre melhoria colaborativa. No mesmo sentido, Wright-Nunes *et al.* (2012) demonstraram que pacientes que conheciam a própria meta de pressão arterial apresentavam níveis pressóricos médios cerca de 10 mmHg menores do que aqueles sem essa informação, o que demonstra o poder de estratégias educativas específicas. Já Cavanaugh *et al.* (2008), verificaram que pacientes em diálise que desconheciam comorbidades importantes, como cardiopatia isquêmica, apresentavam risco de mortalidade significativamente maior, o que reforça que a consciência diagnóstica é requisito fundamental para a adesão ao tratamento e para melhores desfechos (Baskerville; Liddy; Hogg, 2012; Wright-Nunes *et al.*, 2012; Cavanaugh *et al.*, 2008).

As implicações dessas questões para a adesão ao cuidado e ao autocuidado são definitivas. Pacientes que não compreendem o próprio diagnóstico tendem a não modificar hábitos, a desvalorizar consultas e a aderir menos às prescrições; a descoberta tardia da DRC gera ansiedade, inseguranças e influência no vínculo de confiança entre o paciente e a equipe de saúde (Daker-White *et al.*, 2015).

Por outro lado, quando a APS assume seu papel de vigilância, comunica o diagnóstico de forma clara de acordo com a realidade do paciente e oferece educação permanente, cria-se espaço para que o usuário participe ativamente das decisões e desenvolva autonomia no autocuidado. Ao integrar práticas de facilitação externa, como educação sobre metas terapêuticas e estratégias de conscientização sobre comorbidades, a APS pode superar as dificuldades de comunicação e aprimorar a detecção precoce, o que fortalece a capacidade institucional para o manejo da DRC (Baskerville; Liddy; Hogg, 2012; Wright-Nunes *et al.*, 2012; Cavanaugh *et al.*, 2008).

As evidências reunidas indicam que falhas na vigilância clínica e na comunicação comprometem tanto a detecção precoce da DRC quanto a adesão e a confiança do paciente no processo terapêutico. Quando confrontados com as

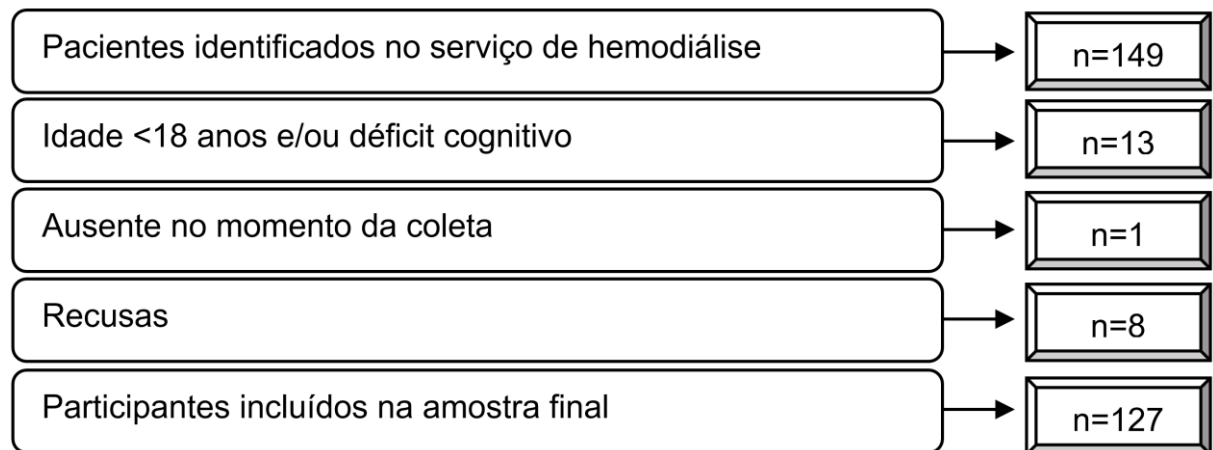
percepções empíricas dos usuários investigados, esses achados permitiram verificar em que medida as barreiras descritas na literatura internacional e nacional também se reproduzem no contexto regional estudado.

4.3 RESULTADOS DO ESTUDO TRANSVERSAL

4.3.1 Características dos usuários com DRC participantes

Do total de uma população elegível de 149 pessoas, 22 não foram inseridas no estudo, o que resultou em um total de 127 participantes. Os motivos estão demonstrados no fluxograma de seleção dos participantes na Figura 1.

Figura 2 - Fluxograma de Seleção dos participantes



Fonte: Autores (2025).

A relação das características sociodemográficas, clínicas e assistenciais dos 127 participantes da pesquisa, estão descritas na Tabela 1.

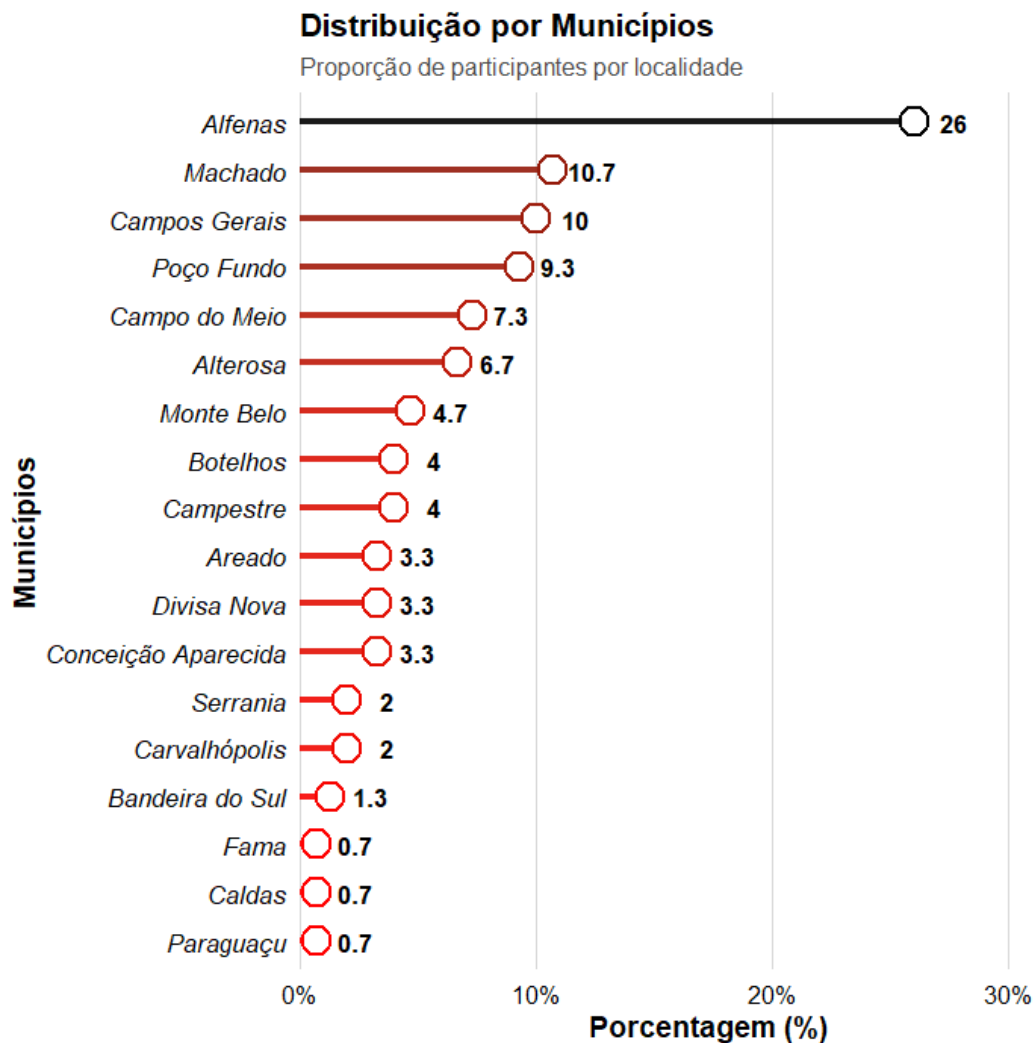
Tabela 1 - Características sociodemográficas, clínicas e assistenciais dos usuários do Sistema Único de Saúde em hemodiálise. Alfenas/Minas Gerais, 2024 (N = 127)

Variável	Categoria	Frequência n (%)
Raça/Cor	Branco	67 (52,8)
	Negro	60 (47,2)
Faixa Etária	20 a 24 anos	2 (1,6)
	25 a 29 anos	3 (2,3)
	30 a 34 anos	4 (3,1)
	35 a 39 anos	2 (1,6)
	40 a 44 anos	5 (3,9)
	45 a 49 anos	9 (7,0)
	50 a 54 anos	21 (16,4)
	55 a 59 anos	16 (12,5)
	60 a 64 anos	18 (14,1)
	65 a 69 anos	23 (17,9)
Sexo	70 a 74 anos	12 (9,4)
	75 a 79 anos	12 (9,4)
	Feminino	48 (37,8)
	Masculino	79 (62,2)
Trabalho Formal	Trabalha	9 (7,1)
	Aposentado	71 (55,9)
Situação Conjugal	Não Trabalha	47 (37,0)
	Com companheiro	70 (55,1)
	Sem companheiro	57 (44,9)
Escolaridade	Ensino médio completo ou incompleto	39 (30,7)
	Ensino fundamental completo ou incompleto	76 (59,8)
	Analfabeto	12 (9,4)
Renda Familiar	3 salários ou mais	28 (22,0)
	Até 2 salários	52 (40,9)
	1 salário ou menos	47 (37,0)
Tabagismo autorrelatado	Não	115 (90,6)
	Sim	12 (9,4)
Etilismo autorrelatado	Não	119 (93,7)
	Sim	8 (6,3)
Doença de Base	Diabetes Mellitus (DM)	50 (39,4)
	Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	50 (39,4)
	Rins Policísticos	8 (6,3)
	Outras	19 (15,0)
Nível de Atenção à Saúde onde foi diagnosticado	Atenção Primária	12 (9,4)
	Atenção Especializada	115 (90,6)
	Menor ou igual a 6 meses	80 (63,0)
Tempo entre diagnóstico da DRC e o início da HD	Menor que 12 meses	5 (3,9)
	1 a 4 anos	16 (12,6)
	5 anos ou mais	26 (20,5)
Há quanto tempo em HD	Menor ou igual a 5 anos	100 (78,7)
	Maior que 5 anos	27 (21,3)

Fonte: Autores (2025).

A seguir, apresenta-se a relação dos municípios de origem dos participantes do estudo que realizam tratamento de hemodiálise em Alfenas/MG, expressa em valores percentuais.

Figura 3 - Distribuição percentual dos municípios de origem dos participantes em tratamento de hemodiálise no centro de referência de Alfenas/MG



Fonte: Autores (2025).

Caracterizado o perfil sociodemográfico, clínico e assistencial dos participantes, procedeu-se à avaliação da presença dos atributos essenciais do cuidado crônico na APS sob a perspectiva dos usuários, utilizando-se o instrumento *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC).

4.3.2 Presença dos atributos do cuidado crônico na APS sob a perspectiva de usuários do Sistema Único de Saúde com DRC em hemodiálise

A Tabela 2 apresenta a frequência absoluta das respostas fornecidas por 127 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em hemodiálise aos 20 itens do instrumento *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC), organizados

conforme as cinco dimensões do cuidado à Doença Renal Crônica (DRC) não dialítica na Atenção Primária à Saúde (APS). Observou-se predominância da resposta “Nunca” na maioria dos itens.

Tabela 2 - Distribuição das Perguntas e Respostas do PACIC sobre Cuidados e Apoio, na perspectiva dos usuários do SUS em hemodiálise no município de Alfenas, MG (N = 127)

(continua)

Dimensão / Item	Frequência das Respostas (N)				
	Nunca = 1	Poucas vezes = 2	Algumas vezes = 3	Muitas Vezez = 4	Sempre = 5
a. Participação Ativa do Paciente no Tratamento					
1. Apresentação de opções de tratamento	116	2	2	1	6
2. Consulta sobre problemas com medicamentos	125	0	0	0	2
3. Participação no plano de tratamento renal	100	12	3	1	11
b. Modelo do Sistema de Cuidado / Prática Clínica					
4. Impacto do autocuidado na saúde renal	112	3	0	1	11
5. Lista escrita de ações para saúde	95	11	8	0	13
6. Satisfação com a organização do tratamento	112	6	3	0	6
c. Estabelecimento de Metas / Adaptação					
7. Apoio para hábitos saudáveis	122	0	1	0	4
8. Consulta sobre hábitos de saúde	114	8	2	2	1
9. Incentivo à participação em grupos de apoio	95	14	10	4	4
10. Plano pessoal de cuidados de saúde	124	2	0	0	1
11. Recebimento do plano de tratamento escrito	123	3	0	0	1

Tabela 2 - Distribuição das Perguntas e Respostas do PACIC sobre Cuidados e Apoio, na perspectiva dos usuários do SUS em hemodiálise no município de Alfenas, MG (N = 127)

(conclusão)

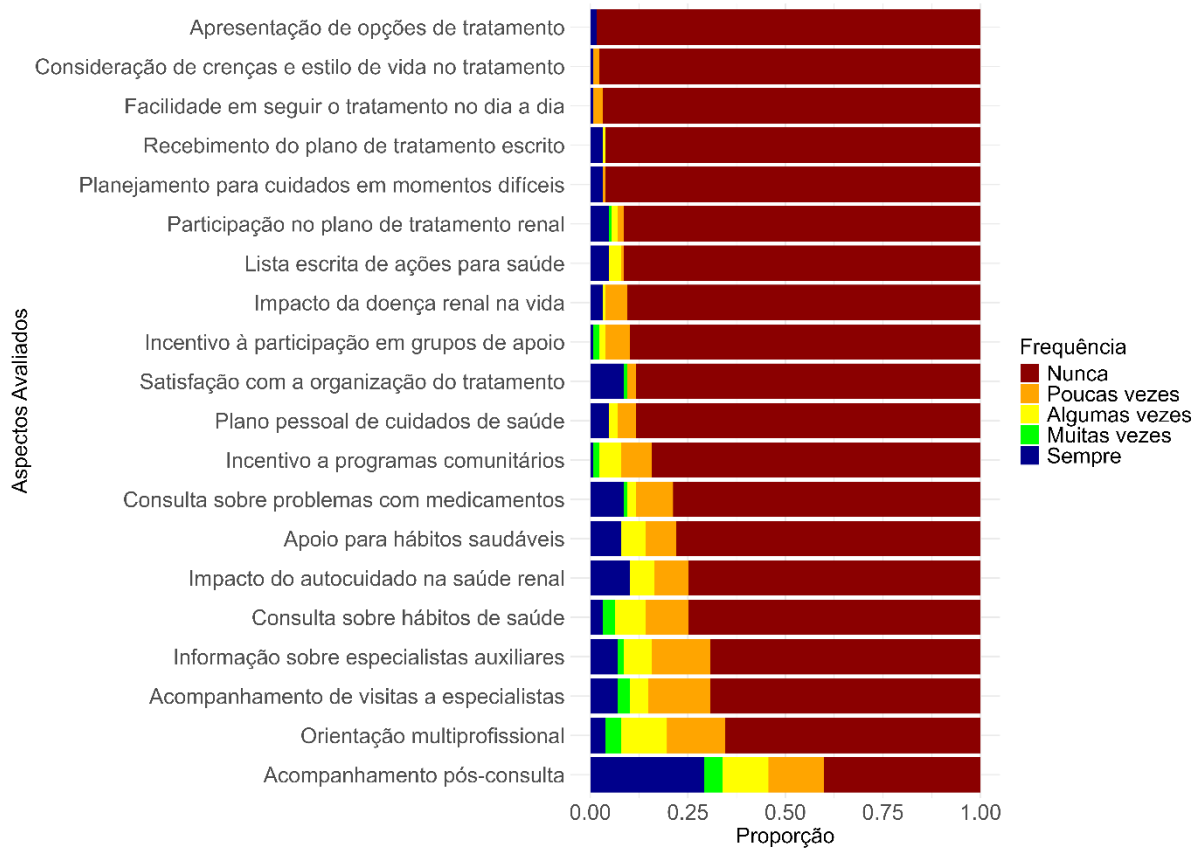
Dimensão / Item	Frequência das Respostas (N)				
	Nunca = 1	Poucas vezes = 2	Algumas vezes = 3	Muitas Vezez = 4	Sempre = 5
d. Resolução de Problemas / Contexto de Vida					
12. Consideração de crenças e estilo de vida no tratamento	115	7	1	0	4
13. Facilidade em seguir o tratamento no dia a dia	51	18	15	6	37
14. Impacto da doença renal na vida	107	10	7	2	1
15. Planejamento para cuidados em momentos difíceis	83	19	15	5	5
e. Seguimento / Coordenação do Cuidado					
16. Acompanhamento de visitas a especialistas	88	20	6	4	9
17. Acompanhamento pós-consulta	116	2	2	1	6
18. Incentivo a programas comunitários	125	0	0	0	2
19. Informação sobre especialistas auxiliares	100	12	3	1	11
20. Orientação multiprofissional	116	1	4	0	6

Fonte: Autores (2025).

As dimensões com menor proporção de respostas positivas foram “Participação ativa”, “Modelo de cuidado” e “Estabelecimento de metas”. Especificamente, na dimensão “participação ativa”, destacaram-se os itens relacionados à “Apresentação de opções de tratamento” (91,3%), à “Consulta sobre problemas com medicamentos” (98,4%) e ao “Plano pessoal de cuidados de saúde” (97,6%), todos com predomínio de avaliações negativas.

A Figura 4 ilustra os itens com maiores proporções de respostas na categoria “Nunca”. Entre eles, sobressaem-se: “consulta sobre problemas com medicamentos”, “incentivo à participação em programas comunitários” e “plano pessoal de cuidados de saúde”, cujas frequências de ausência percebida ultrapassaram 95%.

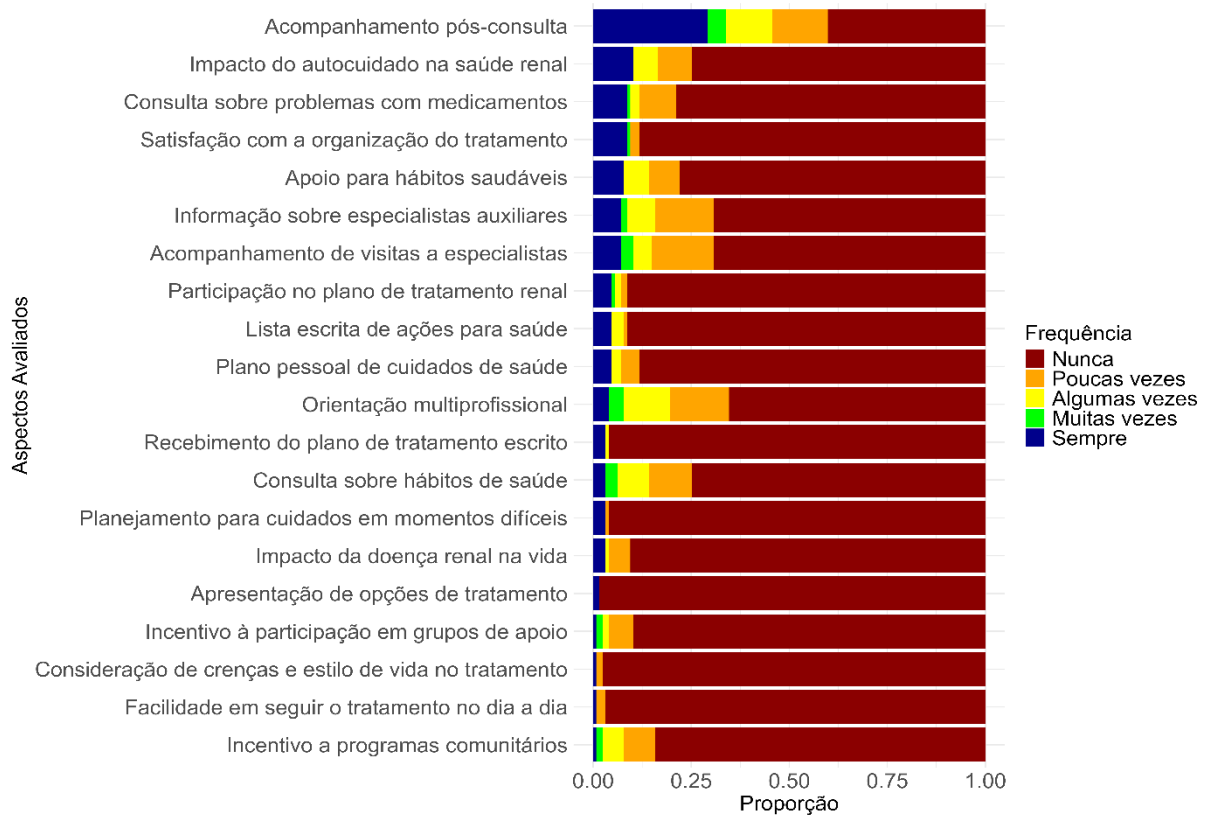
Figura 4 - Aspectos avaliados pelo PACIC, ordenados pelas maiores proporções de resposta “Nunca” entre usuários do SUS em hemodiálise. Alfenas, MG, 2024 (N = 127; proporções por item de 0 a 1)



Fonte: Autores (2025).

A Figura 5 representa os itens que obtiveram maior frequência de respostas na categoria “Sempre”, ainda que em proporções reduzidas. Observa-se destaque positivo nos itens “Acompanhamento pós-consulta”, “Impacto do autocuidado na saúde renal”, “Consulta sobre problemas com medicamentos” e “Satisfação com a organização do tratamento”, que concentram as proporções mais elevadas de respostas nessa categoria.

Figura 5 - Aspectos avaliados pelo PACIC, ordenados pelas maiores proporções de resposta “Sempre” entre usuários do SUS em hemodiálise. Alfenas, MG, 2024 (N = 127; proporções por item de 0 a 1)

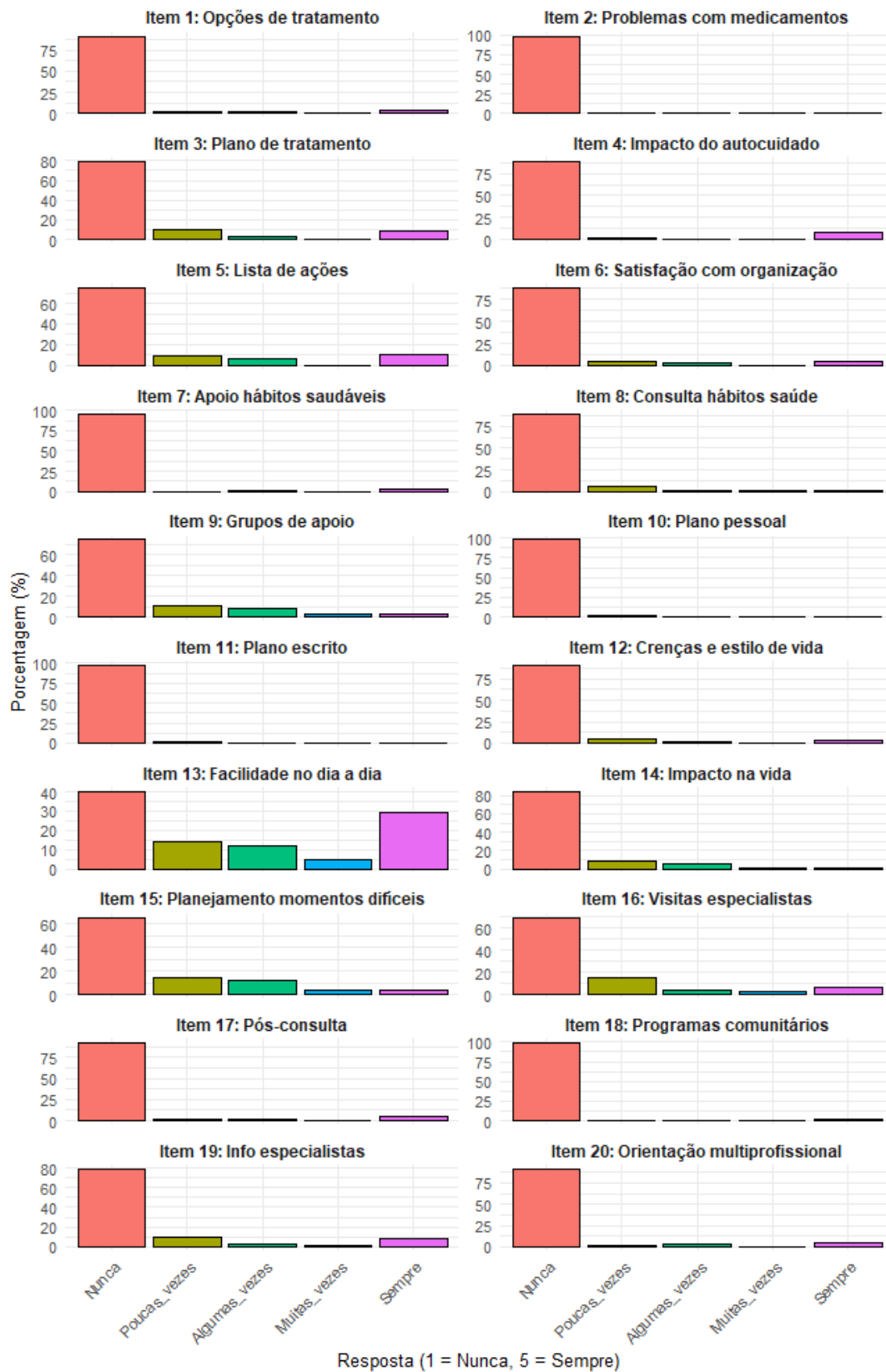


Fonte: Autores (2025).

A Figura 6 apresenta a distribuição percentual das avaliações referentes aos 20 itens do instrumento. Observa-se uma predominância de respostas nas categorias inferiores da escala - “Nunca” e “Poucas vezes” -, o que indica baixa frequência de avaliações positivas em relação ao cuidado recebido.

Como exceção parcial a esse padrão, destaca-se o item 13 (“Facilidade em seguir o tratamento no dia a dia”), que demonstrou maior equilíbrio nas respostas, com 31,5% dos participantes assinalando as categorias “Muitas vezes” ou “Sempre”.

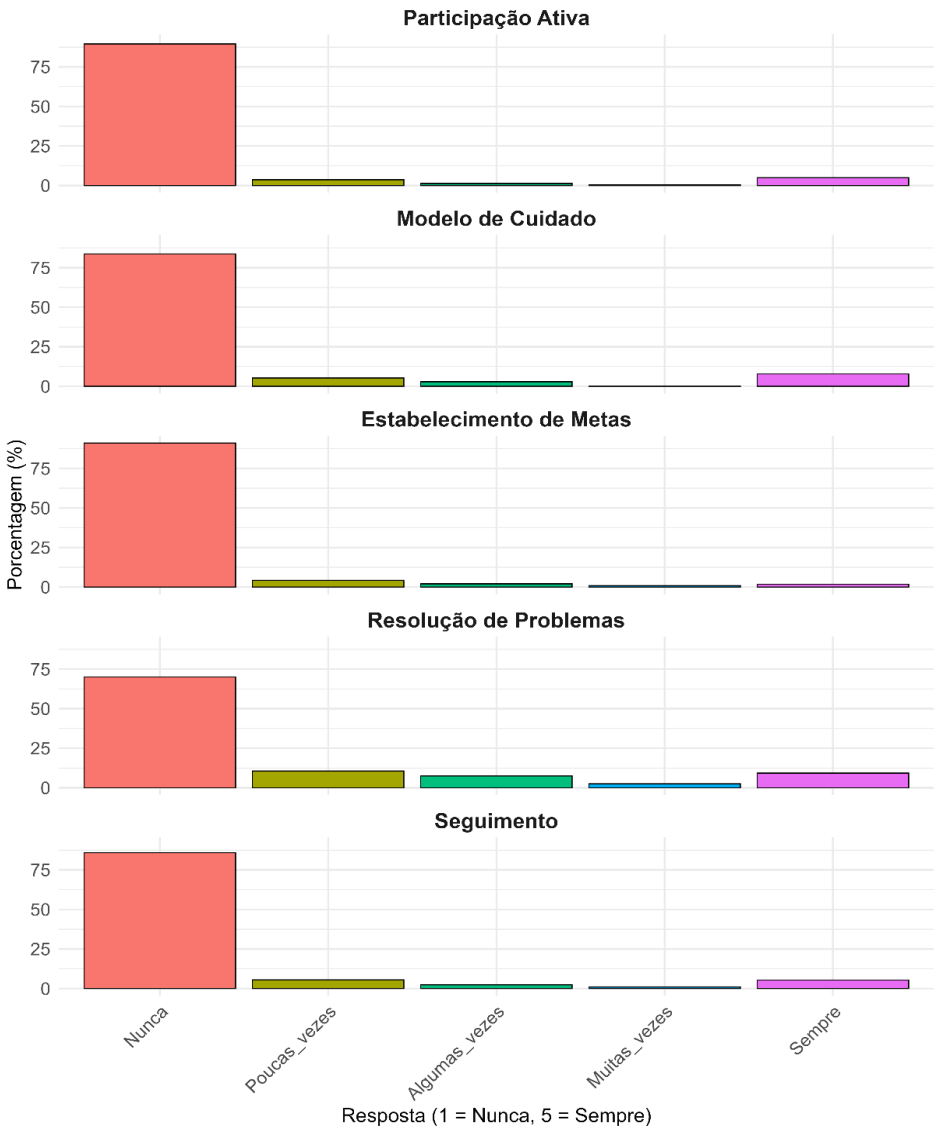
Figura 6 - Distribuição percentual das respostas dos participantes aos 20 itens do instrumento PACIC (N = 127; 100%)



Fonte: Autores (2025).

A Figura 7 apresenta os itens organizados conforme as cinco dimensões do instrumento PACIC: “Participação ativa”; “Modelo de cuidado”; “Estabelecimento de metas”; “Resolução de problemas” e “Seguimento”. Observa-se predomínio de avaliações negativas em todas as dimensões, com destaque para a dimensão “Estabelecimento de metas”, na qual a frequência de respostas na categoria “Sempre” foi inferior a 10%.

Figura 7 - Distribuição percentual das respostas dos participantes aos itens do PACIC, agrupados segundo as dimensões da atenção à saúde renal (N = 127; 100%)



Fonte: Autores (2025).

4.3.3 Diferenças na distribuição das respostas entre as dimensões do PACIC

A aplicação do teste do qui-quadrado revelou assimetrias marcantes na distribuição das respostas entre as categorias da escala em todas as dimensões do PACIC, com estatísticas variando de $\chi^2 = 805,72$ (Resolução de Problemas) a $\chi^2 = 2003,89$ (Estabelecimento de Metas), todas com valor-p inferior a 0,001. Esses resultados indicam que os padrões de resposta se desviaram significativamente da distribuição esperada sob a hipótese nula (Tabela 3).

Tabela 3 - Resultados do teste do qui-quadrado de aderência aplicado às dimensões do instrumento PACIC. Alfenas, MG (N = 127).

Dimensões	Estatística (χ^2)	GL	Valor de p
Participação Ativa	1152,69	4	$p < 0,001$
Modelo de Cuidado	973,11	4	$p < 0,001$
Estabelecimento de Metas	2003,89	4	$p < 0,001$
Resolução de Problemas	805,72	4	$p < 0,001$
Seguimento	1724,58	4	$p < 0,001$

Fonte: Autores (2025).

Legenda: χ^2 : estatística do teste do qui-quadrado de aderência; GL: graus de liberdade; p: valor de probabilidade associado ao teste de hipótese estatística.

As análises *post hoc*, baseadas nos resíduos padronizados, ajustados com correção de Bonferroni, evidenciaram predominância da categoria “Nunca” em todas as dimensões. Os maiores desvios positivos foram observados em “Estabelecimento de Metas” ($z = 44,74$), “Seguimento” ($z = 41,47$) e “Participação Ativa” ($z = 33,91$), o que sinaliza maior frequência observada em relação à esperada. Em contrapartida, as demais categorias - “Poucas vezes”, “Algumas vezes”, “Muitas vezes” e “Sempre” - apresentaram resíduos negativos expressivos, o que sugere sub-representação dessas avaliações no conjunto das respostas (Tabela 4).

Tabela 4 - Resíduos padronizados ajustados e valores de p após correção de Bonferroni, segundo dimensão e categoria de resposta do PACIC. Alfenas, MG (N = 127).

Dimensão	Categoria de Resposta	Resíduo Padronizado	Valor de p ajustado
Participação Ativa	Algumas vezes	-9,12	< 0,001
	Muitas vezes	-9,50	< 0,001
	Nunca	33,92	< 0,001
	Poucas vezes	-7,97	< 0,001
	Sempre	-7,33	< 0,001
Modelo de Cuidado	Algumas vezes	-8,35	< 0,001
	Muitas vezes	-9,63	< 0,001
	Nunca	31,10	< 0,001
	Poucas vezes	-7,20	< 0,001
	Sempre	-5,92	< 0,001
Estabelecimento de Metas	Algumas vezes	-11,31	< 0,001
	Muitas vezes	-12,00	< 0,001
	Nunca	44,74	< 0,001
	Poucas vezes	-9,92	< 0,001
	Sempre	-11,51	< 0,001
Resolução de Problemas	Algumas vezes	-7,05	< 0,001
	Muitas vezes	-9,83	< 0,001
	Nunca	28,22	< 0,001
	Poucas vezes	-5,28	< 0,001
	Sempre	-6,06	< 0,001
Seguimento	Algumas vezes	-11,11	< 0,001
	Muitas vezes	-12,00	< 0,001
	Nunca	41,47	< 0,001
	Poucas vezes	-9,13	< 0,001
	Sempre	-9,23	< 0,001

Fonte: Autores (2025).

Legenda: Resíduos padronizados ajustados do teste qui-quadrado com correção de Bonferroni. Valores de $p < 0,001$ indicam significância estatística. Resíduos positivos apontam excesso de respostas; negativos, frequência abaixo do esperado.

Esses achados reforçam os resultados descritivos apresentados na Tabela 2 e nas Figuras 4 a 7, que indicam o predomínio de avaliações negativas concentradas nas categorias inferiores da escala.

A predominância de respostas nas categorias “Nunca” e “Poucas vezes” evidencia também a limitada incorporação dos atributos do cuidado crônico na APS, especialmente nas dimensões relacionadas ao estabelecimento de metas terapêuticas e ao seguimento longitudinal - aspectos essenciais para a gestão adequada da DRC.

4.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO TRANSVERSAL

As características dos usuários com doença renal crônica em hemodiálise revelaram um conjunto de vulnerabilidades sociais, de barreiras assistenciais e de limitações no cuidado longitudinal desde a fase não dialítica, que comprometem a efetividade da atenção prestada pelo SUS.

Com base nos achados empíricos, esses elementos fundamentaram cinco eixos analíticos que orientaram o aprofundamento da discussão: (i) impactos das vulnerabilidades sociais e das desigualdades no perfil dos usuários sobre a abordagem terapêutica da DRC na APS; (ii) fragilidades da Atenção Primária à Saúde no diagnóstico oportuno e no acompanhamento clínico da DRC não dialítica; (iii) análise dos cuidados da APS a partir das dimensões do PACIC; (iv) fragilidades no seguimento longitudinal e na coordenação do cuidado; e (v) contribuições da prática de Enfermagem e estratégias para o fortalecimento institucional no cuidado à DRC não dialítica na APS. Este último eixo subdivide-se em dois focos: o papel estratégico da Enfermagem na coordenação do cuidado e no manejo clínico da DRC não dialítica, e as estratégias sistêmicas e organizacionais voltadas ao fortalecimento do cuidado na APS.

4.4.1 Impactos na abordagem terapêutica da DRC na APS: Vulnerabilidades sociais e desigualdades no perfil dos usuários

A análise dos dados sociodemográficos dos 127 participantes demonstrou que a maioria apresenta baixa escolaridade, renda familiar igual ou inferior a dois salários-mínimos e, ainda, uma parcela importante dessas pessoas não tem vínculo de trabalho formal, o que configura uma confirmação de altos índices de marcadores de vulnerabilidade social. Esse perfil, ainda que identificado quando os pacientes se encontravam em terapia renal substitutiva (TRS), podem ter contribuído como desafios adicionais para o manejo da DRC no contexto do SUS, desde o período não dialítico, pois tais condições associam-se a barreiras de acesso, menor capacidade de autocuidado e piores desfechos clínicos (Malta *et al.*, 2019).

Para além da alfabetização, a baixa escolaridade repercute de forma negativa no letramento em saúde (LS), o que reduz a compreensão e a aplicação de informações essenciais à prevenção e ao manejo de condições crônicas. Nesse contexto, Ribeiro *et al.*, 2024, corroboram que o autogerenciamento da DRC é

influenciado pelas condições de LS, pois a compreensão adequada das informações acerca gravidade da doença e da importância da adesão às medidas nefroprotetoras pode impactar de forma concreta no prognóstico evolutivo da DRC. À medida que a DRC avança, as atividades de manejo da doença tornam-se mais complexas e podem não ser bem desempenhadas pelo paciente, na medida em que, simultaneamente à piora do quadro, sintomas relativos ao comprometimento renal tornam-se exacerbados e sua capacidade do estado funcional pode estar reduzida, e, portanto, tornando-o mais suscetível a desfechos indesejáveis na condução da preservação das funções renais.

Além disso, a baixa escolaridade agregada a outro fator de vulnerabilidade social, que é a renda reduzida, favorece a busca por jornadas de trabalho extenuantes, que podem comprometer a disponibilidade para o acompanhamento na APS, e, dessa maneira, impactar na prevenção e no controle da DRC, bem como alimentar o círculo vicioso de diagnósticos e de abordagens terapêuticas tardios (Brasil, 2023; Malta *et al.*, 2019). A literatura aponta que as DCNT, incluindo a DRC, acometem com maior frequência populações de baixa renda devido à maior vulnerabilidade social e ao menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção e de prevenção (Malta *et al.*, 2019). Em países em desenvolvimento, como o Brasil, essas condições mitigam a mudança de estilo de vida, limitam o acesso à alimentação adequada, à prática de atividade física e à convivência em ambientes saudáveis, o que contribui para a progressão da DRC e reduz a qualidade de vida dessas pessoas (OMS, 2018).

Outro ponto a ser discutido, no âmbito da vulnerabilidade em saúde, são as questões raciais - a proporção de pessoas autodeclaradas negras entre os participantes foi de (47,2%). No Brasil, segundo o Censo Demográfico 2022, a soma das populações que se autodeclaram pretas ou pardas representa a maioria da população, o que incita uma atenção à avaliação de políticas públicas voltadas para a equidade racial em saúde. Estudos apontam que indivíduos negros, tanto no Brasil quanto em outros países, estão desproporcionalmente expostos a piores condições socioeconômicas, à maior carga de fatores de risco para DCNT, entre as quais, a DRC, e a menores oportunidades de acesso a cuidados de saúde resolutivos e culturalmente adequados (IBGE, 2023; Brasil, 2017).

Além das desigualdades socioeconômicas encontradas e discutidas até aqui, a faixa etária predominante no estudo, acima de 46 anos, com muitos participantes inseridos na faixa etária idosa, salienta a necessidade de se pensar em controle da

saúde geral para prevenir condições crônicas inerentes ao envelhecimento e ao declínio funcional. Nessa fase da vida, a conjunção de baixa escolaridade, de reduzida renda e de ausência de trabalho formal complica ainda mais o acesso, a continuidade e a efetividade do cuidado com a saúde, em especial, quando há comprometimento renal (Brasil, 2024).

Por outro lado, evidências recentes mostram que, de forma paradoxal, adultos jovens (18 a 34 anos) da população geral apresentam 21% mais comportamentos de risco para as DCNT - como sedentarismo, má alimentação, tabagismo e consumo abusivo de álcool - em comparação a idosos com 60 anos ou mais (UFMG, 2024; Silva *et al.*, 2022). Esses hábitos precoces não apenas elevam o risco de DCNT, como também apontam para um potencial futuro à instalação da DRC em faixas etárias mais jovens, antecipando invalidez, perda de produtividade e sobrecarga no sistema de saúde (Brasil, 2024).

A análise integrada dos resultados deste estudo com a literatura recente evidencia que desigualdades sociais estruturais atravessam todo o curso da DRC. Elas aumentam o risco de adoecimento, aceleram a progressão, dificultam o diagnóstico oportuno na Atenção Primária à Saúde e comprometem a adesão ao tratamento. Revisões recentes apontam que determinantes sociais, como desemprego, baixa renda, insegurança alimentar, baixa escolaridade, instabilidade habitacional e barreiras de acesso, explicam parte importante dessas disparidades e atuam tanto por vias biocomportamentais quanto por assistenciais (Chen; Knicely; Grams, 2019; Soares *et al.*, 2022; de Sousa *et al.*, 2023; Ribeiro *et al.*, 2025).

Nesse contexto, a adoção do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) nos serviços de saúde apresenta-se como uma resposta pertinente, sobretudo diante da vulnerabilidade social que atravessa o cuidado à DRC. Ao organizar o cuidado a partir das necessidades concretas da população, o MACC reconhece as desigualdades sociais, orienta a estratificação de riscos e favorece a alocação equitativa de recursos. Esse arranjo fortalece a APS como eixo do cuidado contínuo, longitudinal e integrado, conforme proposto por Mendes (2012).

4.4.2 Fragilidades da Atenção Primária à Saúde nos cuidados referentes ao diagnóstico oportuno e ao acompanhamento clínico da DRC não dialítica

A APS é conhecida pela literatura como o nível assistencial mais estratégico para a vigilância e para o manejo inicial da DRC, pois permite a detecção precoce, o

controle de fatores de risco e o encaminhamento oportuno para a atenção especializada (Starfield, 2002; Mendes, 2011; Brasil, 2014; KDIGO, 2024). No entanto, os dados deste estudo revelam que apenas 9,4% dos diagnósticos foram realizados na APS, o que sugere um desempenho aquém do potencial esperado para esse nível de atenção. Essa lacuna pode estar associada à ausência da efetivação dos protocolos clínicos propostos para a condução de pacientes em risco de desenvolver a DRC, à baixa integração entre a APS e a Atenção Especializada/nefrologia e à subutilização adequada de marcadores laboratoriais precoces, aspectos amplamente relatados em outras investigações (Brasil, 2024).

Além disso, observou-se que 63% dos participantes iniciaram hemodiálise em menos de seis meses após o diagnóstico, o que caracteriza uma elevada proporção de casos diagnosticados tardiamente, sem a oportunidade de intervenção pré-dialítica adequada. Esse manejo inadequado da DRC nos estágios iniciais aumenta a probabilidade de complicações cardiovasculares e eleva os custos assistenciais, o que sobrecarrega a posteriori a atenção especializada, com abordagens terapêuticas atropeladas no preparo para início urgente de terapias renais substitutivas (TRS) (Chong *et al.*, 2022; Figueiredo *et al.*, 2023). Além disso, literatura evidencia que o início abrupto da terapia dialítica está fortemente associado a piores desfechos clínicos. (Cavanaugh *et al.*, 2008; Harvey *et al.*, 2015; Cortez *et al.*, 2022).

Segundo o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes (2012), a APS deve organizar o cuidado a partir da estratificação da população por níveis de risco clínico e social, orientar intervenções proporcionais às necessidades e assegurar o acompanhamento longitudinal de grupos prioritários. À luz desse referencial, os achados deste estudo indicam que a ausência dessa estratificação comprometeu a identificação oportuna de indivíduos em maior vulnerabilidade para o desenvolvimento e para a progressão da DRC.

A implementação do MACC poderia ter possibilitado a identificação precoce de usuários com fatores de risco conhecidos, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, condições socioeconômicas desfavoráveis e barreiras de acesso aos serviços. Esses indivíduos poderiam ter sido acompanhados de forma sistemática e submetidos a intervenções clínicas e educativas antes do agravamento da função renal, conforme preconiza Mendes (2012).

Breilh (2006) enfatiza que o modelo biomédico hegemônico, quando desarticulado das condições concretas de vida, contribui para a reprodução das

iniquidades em saúde. E, quando se trata da DRC, a ausência de uma abordagem intersetorial que considere todo o contexto social assistencial pode perpetuar o diagnóstico tardio e dificultar a adesão ao tratamento (Maia, 2024).

O conjunto desses achados - baixo percentual de diagnóstico oportuno na APS, elevada proporção de início súbito de diálise e deficiências na coordenação do cuidado - trazem à tona a necessidade de reestruturar os fluxos assistenciais e de fortalecer a capacidade resolutiva da APS. Estratégias como a facilitação de teleconsultorias, o rastreamento ativo de grupos de risco e a capacitação de equipes multiprofissionais podem ampliar a detecção precoce e retardar a progressão da DRC (Baskerville; Liddy; Hogg, 2012; Van Gelder *et al.*, 2018).

Cabe destacar que, no Centro de Hemodiálise onde o estudo foi realizado, apenas 26% dos participantes eram residentes no município-sede, enquanto 74% eram provenientes de outros municípios das microrregiões de saúde. Esse perfil implica que as respostas obtidas refletem experiências distintas da APS, condicionadas às diferenças de estrutura e de disponibilidade de recursos em cada localidade, ainda que orientadas por uma diretriz organizacional comum às regiões. Nesse sentido, torna-se necessário integrar a dimensão clínica às análises dos determinantes sociais e às demandas específicas de cada comunidade, de modo a subsidiar a construção de um cuidado territorializado e equitativo.

4.4.3 Analisando os cuidados da APS a partir das dimensões do PACIC

Numa avaliação ampla sobre os 20 itens propostos no PACIC, a predominância de respostas nas categorias “Nunca” e “Poucas vezes” na maior parte revela uma fragilidade estrutural significativa no modelo de cuidado ofertado para preservação das funções renais pela APS. Tal padrão indica que, sob a perspectiva dos usuários, práticas essenciais do cuidado crônico - como estimular o autogerenciamento por meio de definição de metas terapêuticas, de apoio ao autocuidado, de acompanhamento sistemático e de coordenação interprofissional - estão ausentes ou ocorrem de forma esporádica. Esse resultado contraria princípios fundamentais do cuidado crônico, que orientam a APS a atuar como coordenadora do cuidado, para assegurar o autocuidado apoiado, a longitudinalidade, a integralidade e o vínculo com a população adscrita (Brasil, 2023; Brasil, 2024; Mendes, 2018).

Outro aspecto relevante refere-se à “hierarquia” entre as dimensões do PACIC. Enquanto “Participação ativa”, “Modelo de cuidado” e, sobretudo, “Estabelecimento

de metas” concentraram as avaliações mais negativas, dimensões como “Resolução de problemas” e “Seguimento” também apresentaram desempenho insatisfatório, embora em menor magnitude. Essa diferenciação sugere uma ordem invertida de prioridades analíticas e assistenciais, pois intervenções voltadas ao fortalecimento de planos terapêuticos individualizados e à participação efetiva do paciente deveriam ocupar posição central, seguidas por estratégias de aprimoramento do seguimento longitudinal e da articulação interprofissional. Tal ordenamento é apresentado como coerente pela literatura que enfatiza a pactuação de metas e o autocuidado apoiado como fundamentos indispensáveis para a efetividade da APS no manejo das condições crônicas e, em especial, manejo das doenças renais (Glasgow *et al.*, 2005; Mendes, 2018; Castro *et al.*, 2018).

Entre as dimensões avaliadas, “Participação ativa”, “Modelo de cuidado” e “Estabelecimento de metas” apresentaram os piores desempenhos, o que revela ausência de planejamento terapêutico, de apoio sistemático ao autocuidado e de empoderamento do usuário. A baixa pontuação encontrada sugere que os pacientes não são sistematicamente envolvidos nas decisões sobre o próprio tratamento, o que limita a autonomia e a corresponsabilização pelo manejo da doença. O baixo desempenho no “Modelo de cuidado” aponta para a inexistência de uma abordagem estruturada e integrada, com fragilidades na coordenação entre profissionais e na utilização de protocolos clínicos baseados em evidências. Por fim, a dimensão “Estabelecimento de metas” apresentou índices ainda mais críticos, o que corrobora a postura exclusiva de coparticipação do paciente no próprio tratamento, representada pela ausência de planos terapêuticos individualizados e de pactuação de objetivos com o paciente, o que compromete de maneira sensível a prática do autocuidado apoiado e potencializa a perpetuação de um cuidado reativo e centrado em episódios agudos (Brasil, 2023; Mendes, 2018; Castro *et al.*, 2018; Samaan *et al.*, 2022).

Itens específicos como “plano pessoal de cuidados de saúde” (97,6% nunca), “consulta sobre medicamentos” (98,4% nunca) e “incentivo à participação em programas comunitários” (98,4% nunca) reforçam esse cenário de desarticulação. A inexistência de planos de cuidado limita o compartilhamento das ações terapêuticas, o que compromete a coordenação da atenção nos vários níveis de saúde e o monitoramento da evolução clínica. Também é preocupante a aparente banalização das revisões medicamentosas sistemáticas uma vez que pacientes renais crônicos

são caracteristicamente usuários da polifarmácia, e, portanto, mais susceptíveis a interações medicamentosas. Há que se atentar para essa atribuição das equipes de saúde da família e da AE, no sentido de realizar as avaliações regulares dos medicamentos em uso, para ajustes devidos e mitigações de complicações advindas de interações medicamentosas moderadas e graves (Silva *et al.*, 2022). A baixa promoção da participação em programas comunitários deixa de proporcionar a rica oportunidade de troca de experiências que potencializa o autocuidado e a construção das redes de apoio (Brasil, 2023; Mendes, 2018; Castro *et al.*, 2018; Samaan *et al.*, 2022).

Na contramão das avaliações negativas, quando o item do PACIC buscava identificar a corresponsabilização do paciente no tratamento, como o item 13 do PACIC “facilidade em seguir o tratamento no dia a dia”, uma parcela importante dos pacientes entendeu que conseguiam cumprir de forma corriqueira as propostas terapêuticas ofertadas. Cerca de um terço dos participantes assinalou “Muitas vezes” ou “Sempre”, apesar de muitas fragilidades assistenciais por parte do sistema, enquanto “ator” do próprio cuidado, conseguia desempenhar satisfatoriamente o próprio papel. Esse achado pode estar associado a fatores extra-assistenciais, como apoio familiar, redes comunitárias de suporte ou resiliência individual, mas também sugere que determinados arranjos locais conseguem oferecer suporte mínimo para a adesão prática. A análise desse resultado destoante reforça a necessidade de investigar experiências positivas que possam ser sistematizadas e ampliadas como boas práticas.

4.4.4 Fragilidades no seguimento longitudinal e na coordenação do cuidado

A dimensão “Seguimento” apresentou elevada frequência de avaliações negativas, com destaque para os itens “acompanhamento pós-consulta” (91,3% nunca) e “orientação multiprofissional” (91,3% nunca). Apesar do predomínio de avaliações negativas, alguns itens apresentaram proporções residuais de respostas positivas, como “satisfação com a organização do tratamento” e “acompanhamento de visitas a especialistas”. Esses resultados, ainda que minoritários, representam boas práticas pontuais que merecem valorização, pois indicam que, em determinados territórios ou equipes, há esforços de organização e de articulação do cuidado capazes de alcançar reconhecimento pelos usuários. A identificação e a disseminação dessas experiências podem fornecer subsídios valiosos para intervenções escaláveis,

voltadas ao fortalecimento da coordenação do cuidado na APS.

Todavia, no conjunto dos dados, a predominância de respostas negativas evidencia que tais experiências permanecem pontuais e não refletem a realidade da maioria dos usuários. Nesse sentido, observa-se quebra significativa na continuidade do cuidado e fragilidades estruturais na coordenação das práticas assistenciais entre diferentes pontos da RAS. A ausência de monitoramento sistemático entre consultas e a falta de encaminhamentos ou de referências para outros profissionais comprometem diretamente o papel da APS como coordenadora do cuidado, sobretudo no manejo pré-dialítico DRC, etapa em que intervenções oportunas podem retardar a progressão da doença e prevenir complicações (Polati *et al.*, 2024; Almeida *et al.*, 2025).

Esses resultados convergem com investigações que identificam a rotatividade profissional, a sobrecarga assistencial e as deficiências de integração intersetorial como barreiras centrais à continuidade do cuidado. Fragilidades na coordenação clínica, organizacional e informacional resultam em desarticulação entre equipes e dificultam o acompanhamento longitudinal. Em contextos de maior vulnerabilidade geográfica, atributos como longitudinalidade e coordenação permanecem frágeis, o que agrava o risco de perda de vínculo e de fragmentação do cuidado (Polati *et al.*, 2024).

No cenário internacional, também se observa que lacunas no seguimento e na coordenação do cuidado ocorrem em diferentes sistemas de saúde, influenciadas por fatores nos níveis individual, organizacional e sistêmico. A ausência de tecnologias de comunicação e a instabilidade das equipes deterioram a continuidade relacional, o que mina a confiança dos usuários e o vínculo com a equipe de referência, elementos centrais para a efetividade do cuidado crônico (Almeida *et al.*, 2025).

A confirmação estatística do predomínio da categoria “Nunca” em todas as dimensões do PACIC, evidenciada pelo teste do qui-quadrado e pelas análises *post hoc* ($p < 0,001$), indica uma diferença significativa entre as categorias avaliadas. Esse resultado não se limita à descrição numérica, mas revela uma limitação estrutural do modelo de cuidado, refletida na percepção dos usuários reais de que a Atenção Primária à Saúde ainda não incorporou, de modo sistemático, os atributos essenciais do Modelo de Cuidado Crônico. No contexto de condições complexas, como a doença renal crônica, tal padrão reforça a insuficiência da capacidade institucional da APS e aponta para a necessidade de ações educativas, organizacionais e clínicas voltadas

à reorientação das práticas assistenciais.

À luz dessas lacunas, a prática da enfermagem emerge como eixo estratégico para reorganizar e para fortalecer a coordenação do cuidado às DCNT e à DRC não dialítica na APS.

4.5 CONTRIBUIÇÕES DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO INSTITUCIONAL NO CUIDADO À DRC NÃO DIALÍTICA NA APS

4.5.1 O Papel Estratégico da Enfermagem na Coordenação do Cuidado e no Manejo Clínico da DRC Não Dialítica

A constatação pelo usuário das fragilidades persistentes sobre os cuidados com pessoas em risco de desenvolver a DRC, bem como com aquelas com DRC ainda não dialítica instalada na APS, agregada às recomendações consensuais das diretrizes (KDIGO, 2024; Brasil, 2018) para os cuidados longitudinais e multiprofissionais com foco na preservação da saúde renal, incita a busca pelo papel desses profissionais para uma assistência de qualidade a essa população.

No que diz respeito ao enfermeiro e referindo ao modelo de atenção às condições crônicas (Mendes, 2011), seria pertinente pensar no reposicionamento desse profissional, como eixo estruturante da gestão da doença renal como uma condição crônica. Isso é dito, pois, nesse contexto assistencial, o enfermeiro exerce papel estratégico na coordenação do cuidado, ao assegurar o acompanhamento longitudinal, a articulação interprofissional e a implementação do autocuidado apoiado. Essa centralidade decorre da capacidade da enfermagem de transitar entre as dimensões clínica, educativa e de gestão e de promover vínculos terapêuticos, continuidade do acompanhamento e integração com outros pontos da RAS. O resgate da efetivação dessa postura na condução da doença renal na APS desponta como um ponto de partida importante para a sensibilização e para o envolvimento de toda a equipe no direcionamento de esforços para a ampliação de diagnósticos em tempo oportuno e para o acompanhamento adequado dessa população, a fim de mitigar os potenciais desfechos indesejáveis (Mendes, 2018; Starfield, 2002; OPAS, 2018).

Além disso, a presença constante da enfermagem na APS e sua interface direta com a comunidade permitem identificar precocemente agravos e intervir de forma oportuna, com vistas a contribuir para a redução de internações evitáveis e para a melhoria da qualidade de vida dos usuários (Malta *et al.*, 2017; Sousa *et al.*, 2021).

Uma aplicação prática que poderia ser indicada a partir dos resultados deste estudo seria a utilização sistemática da ferramenta PACIC pela enfermagem como uma estratégia valiosa para mensurar o avanço dos atributos do cuidado crônico individualizado ao paciente, o monitoramento de indicadores de qualidade, além da identificação dos pontos que precisam de atenção para o alcance de um acompanhamento longitudinal de qualidade. O enfermeiro, ao incorporar essa ferramenta à sua prática, pode não apenas avaliar a efetividade das intervenções, mas também direcionar melhorias na gestão clínica e na educação em saúde, para fortalecer a coordenação do cuidado e a participação ativa do paciente (Castro *et al.*, 2018; Samaan *et al.*, 2022).

Por fim, os indicadores de qualidade na APS para DRC, particularmente aqueles relacionados à educação em saúde e ao acompanhamento multiprofissional, encontram na enfermagem um agente central para sua execução e alcance. A atuação proativa do enfermeiro, baseada em protocolos e em uma abordagem centrada no paciente, é determinante para assegurar que as diretrizes de cuidado sejam efetivamente implementadas, a fim de contribuir para a prevenção de complicações, para a redução da morbimortalidade e para a promoção da qualidade de vida das pessoas com DRC (Samaan *et al.*, 2022; OPAS, 2018; Mendes, 2018).

O manejo da DRC em sua fase não dialítica na APS exige do enfermeiro não apenas habilidades clínicas, mas também visão ampliada sobre a “construção” de uma pessoa com DRC pelo sistema e sobre seus desdobramentos. A prevenção da progressão para a fase dialítica demanda acompanhamento rigoroso dos fatores de risco, especialmente para o controle da HAS e do DM, condições responsáveis pela maioria dos casos de DRC (Malta *et al.*, 2017; Mendes, 2018; OPAS, 2018).

A alta demanda de trabalho na APS é outro fator que compromete o acompanhamento adequado. O número elevado de atendimentos, associado a múltiplas atribuições administrativas e a programas de saúde, frequentemente impede um acompanhamento sistemático e personalizado de pacientes com HAS e DM. Essa realidade exige estratégias de organização do processo de trabalho, como o uso de agendas programadas, estratificação de risco para a priorização de atendimentos e integração de equipes para dividir responsabilidades no seguimento de casos mais complexos (Mendes, 2018; OPAS, 2018). O uso de ferramentas como o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e listas de pacientes em risco pode otimizar o tempo e direcionar esforços para aqueles com maior vulnerabilidade.

Como reflexão final, cabe reconhecer que o enfermeiro é, muitas vezes, o profissional que mais mantém contato com o paciente ao longo do tempo na APS. Esse contato contínuo é uma oportunidade única para identificar mudanças sutis no quadro clínico e para intervir precocemente. Entretanto, para que isso ocorra, é necessário que a prática de enfermagem seja sustentada por conhecimento atualizado acerca dos cuidados com a lesões renais, por processos de trabalho organizados e por políticas institucionais que valorizem e viabilizem o acompanhamento prolongado das pessoas com DRC, com o intuito de retardar a evolução para a fase dialítica (Malta *et al.*, 2017; Mendes, 2018; OPAS, 2018).

4.5.2 Estratégias Sistêmicas e Organizacionais para o Fortalecimento do Cuidado à DRC Não Dialítica na APS

Superar as limitações do cuidado à DRCND na APS exige uma abordagem estratégica e integrada, fundamentada em evidências e alinhada às diretrizes nacionais e internacionais para o manejo das condições crônicas. As ações devem priorizar tanto a reestruturação organizacional quanto o fortalecimento das competências profissionais, de forma a garantir a detecção precoce, a continuidade do cuidado de forma sensível às realidades diversas, e a prevenção da progressão para a fase dialítica.

Uma prioridade é a incorporação sistemática de protocolos clínicos e de rastreamento renal na rotina da APS, seguindo os passos propostos pela linha de cuidados, por exemplo, com solicitação anual de TFG e albuminúria para todos os pacientes com HAS e DM. Essa medida deve vir acompanhada da estratificação de risco e do monitoramento contínuo (Samaan *et al.*, 2022; Mendes, 2018).

A integração efetiva entre a APS e a atenção especializada é igualmente central. Isso requer a implantação de fluxos claros de referência e de contrarreferência, com utilização de sistemas de informação interoperáveis, como o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) integrado a plataformas regionais. Essa conectividade favorece a comunicação entre equipes multiprofissionais e garante que informações clínicas relevantes sejam compartilhadas em tempo oportuno (Peng *et al.*, 2019; OPAS, 2018).

Para lidar com a sobrecarga de trabalho das equipes, é necessário adotar modelos de organização do processo assistencial que priorizem o acompanhamento longitudinal. Estratégias como agendas programadas, consultas de enfermagem para casos de risco moderado e alto, e uso de listas ativas de pacientes estratificados por

risco clínico podem otimizar recursos e assegurar o seguimento adequado (Castro *et al.*, 2018; Manns *et al.*, 2019).

A educação permanente deve ser fortalecida, com ênfase no manejo integrado da DRC não dialítica e no papel estratégico da enfermagem. Treinamentos presenciais e a distância, baseados em casos clínicos reais e alinhados às diretrizes, podem ampliar a capacidade das equipes de identificar sinais iniciais de deterioração renal, ajustar condutas terapêuticas e promover o autocuidado apoiado (Wagner, 1998; Mendes, 2018).

Por fim, a valorização do papel do enfermeiro como peça central do acompanhamento deve ser uma meta prioritária. Essa prática deve incluir avaliação clínica, revisão terapêutica, pactuação de metas com o paciente e educação em saúde direcionada à sua cultura e realidade, para fortalecer o vínculo e aumentar a adesão ao tratamento. Associada a indicadores de qualidade monitorados periodicamente, essa abordagem pode transformar a APS em um espaço efetivo de prevenção e de manejo qualificado da DRC (Starfield, 2002; Saaman, 2022; Breilh, 2006).

Em síntese, os resultados desta pesquisa indicam que o manejo da DRC não dialítica na APS ainda é marcado por fragilidades estruturais, processuais e relacionais. Ao mesmo tempo, revelam possibilidades de fortalecimento da capacidade institucional por meio da reorganização da rede, da incorporação de tecnologias, da prática interprofissional e da valorização da enfermagem. Essas reflexões fundamentam a conclusão, que sintetiza as principais contribuições teóricas e práticas do estudo e ressalta suas implicações para o SUS e para a Enfermagem.

5 CONCLUSÃO

Esta dissertação integrou evidências da literatura e a perspectiva de usuários em hemodiálise, ao salientar fragilidades da Atenção Primária à Saúde (APS) no manejo da Doença Renal Crônica não dialítica (DRC-ND). A revisão de escopo identificou experiências positivas em diferentes contextos, como uso de tecnologias de informação, de integração multiprofissional e de participação comunitária. Entretanto, a capacidade institucional da APS permanece desigual e limitada. No cenário analisado, os dados empíricos mostraram que uma proporção reduzida de diagnósticos ocorreu na APS e que o início da terapia dialítica, frequentemente, se deu de forma abrupta, o que reflete falhas na detecção precoce, no acompanhamento clínico e na coordenação do cuidado.

Na perspectiva dos usuários, os resultados do PACIC confirmaram a baixa incorporação dos atributos essenciais do cuidado crônico, especialmente a ausência de planos terapêuticos individualizados, de apoio sistemático ao autocuidado e de seguimento contínuo. Essa avaliação evidencia um modelo fragmentado, distante das diretrizes do Modelo de Cuidados Crônicos e do papel esperado da APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde. O perfil sociodemográfico dos participantes, marcado por baixa escolaridade, por renda reduzida e por alta proporção de pessoas negras, reforça o peso dos determinantes sociais na ampliação da vulnerabilidade e no acesso desigual, o que aponta para a necessidade de estratégias culturalmente sensíveis, de territorialidades e orientadas pela equidade.

Para a Enfermagem, a dissertação ressalta a centralidade do enfermeiro na condução do cuidado às pessoas com DRC-ND. O diálogo entre literatura e achados empíricos demonstra que a consulta de enfermagem, quando apoiada por protocolos clínicos, por instrumentos avaliativos como o PACIC e por estratégias educativas, pode ampliar a detecção precoce, favorecer a adesão terapêutica e estimular o autocuidado apoiado. Nessa perspectiva, o enfermeiro firma-se como ator essencial na gestão das condições crônicas, o que fortalece sua autonomia e contribui para a consolidação de modelos de atenção integral, resolutiva e centrada na pessoa no âmbito do SUS.

Os limites metodológicos, como o delineamento transversal e o viés de recordação, restringem a generalização dos achados, mas não anulam sua relevância. O estudo contribui ao identificar pontos críticos da institucionalização do cuidado à

DRC-ND, ao propor a valorização da prática de enfermagem na APS e ao indicar caminhos para reorganização do cuidado crônico. A principal contribuição desta dissertação consiste em articular evidências teóricas e percepções de usuários, ao oferecer subsídios para o fortalecimento da APS como eixo estruturante da atenção às condições crônicas no SUS.

Reconhecem-se limitações adicionais ao estudo, mesmo diante dos cuidados metodológicos adotados. O uso exclusivo de pacientes já em Terapia Renal Substitutiva pode ter introduzido viés de seleção, ao excluir indivíduos que permaneceram nas fases iniciais da DRC ou que não acessaram o serviço especializado. Esse recorte tende a superestimar a fragilidade da APS, uma vez que contempla apenas aqueles que evoluíram para a diálise. Deve-se considerar, ainda, a possibilidade de viés de sobrevivência, já que o conjunto de participantes é formado por pacientes que se mantiveram em acompanhamento e sobreviveram até o momento da coleta.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Vinícius Rodrigues; ALMEIDA, Alice Andrade; AMORIM, Lara Vasconcelos de Melo; CEDRIM, Liz Ferrari; DIAS, Flávia Maria Tenório Cavalcante; SILVA, Jean Marcos da; GALDINO, Felice Caxico de Abreu; CAVALCANTE, Ruan Lucas Gomes; LESSA, Adryan Emanuel Cavalcante; SOUZA, Karina Araújo de Melo Tenorio de; CHAVES, Rita Karoline Nascimento; ANDRADE NETO, Antônio Gomes de. Impacto da Atenção Primária na Prevenção e Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis: desafios e estratégias. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 12, p. 2816-2829, dez. 2024. Disponível em : <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/4808>. Acesso em : 20 jan. 2025.

PENG, Suyuan; HE, Jiawei; HUANG, Jiasheng; LUN, Longwei; ZENG, Jiahao; ZENG, Shan; ZHANG, La; LIU, Xusheng; WU, Yifan. Self-management interventions for chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. **BMC Nephrology**, v. 20, n. 142, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1309-y>. Acesso em: 28 abr. 2025.

ALMEIDA, Caroline Marques de; FERREIRA, Gabriela Francisca; RODRIGUES, Graziela Alves; SOUZA, Juliana Pereira de; PEREIRA, Maria Gabriela Santos; CARVALHO, Nathália Neves de. Práticas humanizadas na Atenção Primária à Saúde: um olhar para o cuidado integral. **Revista APS em Revista**, v. 1, n. 1, p. 1-11, 2025. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/347>. Acesso em: 15 set. 2025.

BASKERVILLE, Neill Bruce; LIDDY, Clare; HOGG, William. Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings. **Annals of Family Medicine**, Oxford, v. 10, n. 1, p. 63-74, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22230833/>. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Doença Renal Crônica no Brasil**. v. 55, n. 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-12.pdf/view>. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas:**

estratégias para atenuar a progressão da doença renal crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2023/20230418_relatorio_pcdt_estrategias_para_atenuar_a_progressao_da_drc_cp_11.pdf. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2018: uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade. **Nota Metodológica C5 - Cuidado da pessoa com hipertensão na Atenção Primária à Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-atencao-primaria-e-saude-da-familia/nota-metodologica-c5-cuidado-da-pessoa-com-hipertensao>. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade. **Nota Metodológica C4 - Cuidado da pessoa com diabetes na Atenção Primária à Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-atencao-primaria-e-saude-da-familia/nota-metodologica-c4-cuidado-da-pessoa-com-diabetes>. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Cenário da doença renal crônica no Brasil no período de 2010 a 2023.** Boletim Epidemiológico, Brasília, v. 55, n. 12, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-12.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 64 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf. Acesso em: 20 abr. 2024.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CAMPBELL-CROFTS, Sandra; RODEN, Janet. Primary health care decision making in pre-dialysis chronic kidney disease. **Renal Society of Australasia Journal**, Sydney, v. 13, n. 1, p. 12-18, 2017. Disponível em : <https://journals-sagepub-com.ez37.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1177/1742395317729001>. Acesso em: 20

abr. 2024.

CASTRO, Flávia Alves Ximenes de; TEIXEIRA, Carla Regina de Souza; ISTILLI, Patrícia Tiemi; ZANETTI, Maria Antonieta da Costa Guimarães; BECKER, Taciana Aparecida de Carvalho; ALMEIDA, Fernanda Alves. Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in Brazilian diabetics. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 89-102, jan. 2018. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2400>. Acesso em: 21 abr. 2024.

CAVANAUGH, Kerri Lynn; MERKIN, Sharon Stein; PLANTINGA, Laura Christine; FINK, Nancy Elizabeth; SADLER, John Harold; POWE, Neil Richard. Accuracy of patients' reports of comorbid disease and their association with mortality in ESRD. **American Journal of Kidney Diseases**, Philadelphia, v. 52, n. 1, p. 118-127, 2008. Disponível em : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18589216/>. Acesso em: 22 jan. 2025.

CHONG, Christy; CAMPBELL, David; ELLIOT, Meghan; AGHAJAFARI, Fariba; RONKSLEY, Paul. Determining the Association Between Continuity of Primary Care and Acute Care Use in Chronic Kidney Disease: A Retrospective Cohort Study. **Annals of Family Medicine**, Canadá, v. 20, n. 3, p. 237-245, may 2022. Disponível em: <https://www.annfammed.org/content/20/3/237>. Acesso em: 04 nov. 2024.

CHEN, Tereza K.; KNICELY, Daphne H.; GRAMS, Morgan E. Chronic Kidney. Chronic kidney disease detection, staging, and management: A review. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 322, n. 13, p. 1294-1304, 2019. Disponível em : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31573641/>. Acesso em: 20 set. 2025.

CORTEZ, Eduardo Nogueira; ROCHA, Fernanda Henriques; GONTIJO, Tarcísio Laerte; OTONI, Alba. Assistance to patients with Chronic Kidney Disease in primary health care: a systematic literature review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 4, p. e35011427389, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/27389/23976>. Acesso em: 22 abr. 2024.

CREWS, Deidra Candice; PFAFF, Teresa; POWE, Neil R. Socioeconomic factors and racial disparities in kidney disease outcomes. **Seminars in Nephrology**, v. 33, n. 5, p. 468-475, set. 2020. Disponível em : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24119852/>. Acesso em: 03 fev. 2025.

CRINSON, Ian; GALLAGHER, Hugh; THOMAS, Nicola; DE LUSIGNAN, Simon. How ready is general practice to improve quality in chronic kidney disease? A diagnostic analysis. **British Journal of General Practice**, London, v. 60, n. 573, p. 403-409, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20529495/>. Acesso em: 05 fev. 2025.

CUETO-MANZANO, Alfonso Martín; MARTÍNEZ-RAMÍREZ, Héctor Ramón CORTÉS-SANABRIA, Laura. Comparison of primary health-care models in the management of chronic kidney disease. **Kidney International Supplements**, v. 3, n. 2, p. 210-214, 2013. Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4089658/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

DAKER-WHITE, Gavin; ROGERS, Anne; KENNEDY, Anne; BLAKEMAN, Thomas; BLICKEM, Christian; CHEW-GRAHAM, Carolyn. Non-disclosure of chronic kidney disease in primary care and the limits of instrumental rationality in chronic illness self-management. **Social Science & Medicine**, Reino Unido, v. 131, p. 31-39, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25748112/>. Acesso em: 05 maio 2024.

DE SOUSA, Letícia Cristina Machado; SILVA, Nathalia Rabello; AZEREDO, Catarina Machado; RINALDI, Ana Elisa Madalena; DA SILVA, Luciana Saraiva. Health-related patterns and chronic kidney disease in the Brazilian population: National Health Survey, 2019. **Frontiers in Public Health**, Lausanne, v. 11, 1090196, 2023. Disponível em : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10117670/>. Acesso em: 07 set. 2025.

EDGOOSE, Jennifer Y. C.; ANAYA, Yohualli B.; RAKEL, David. Face-to-face relationships still matter in a digital age: a call for a 5th C in the core tenets of primary care. **Annals of Family Medicine**, v. 22, n. 5, p. 453-455, set./out. 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11419726/>. Acesso em: 10 maio 2024.

FIGUEIREDO, Maysa de Carvalho; TEIXEIRA, Leticia de Souza; LOPES, Rafaela Andrade dos Santos; RIBEIRO, Fernanda Henrique Rocha; CORTEZ, Eduardo Nogueira; ROMANO, Márcia Christina Caetano; OTONI, Alba. Avaliação da atenção primária na prevenção da doença renal em pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: perspectiva dos usuários do Sistema Único de Saúde. **Revista Científica Multidisciplinar - RECIMA**, v. 4, n. 5, p. e453155, 2023. Disponível em: <https://recima21.com.br/recima21/article/view/3155>. Acesso em: 01 out. 2025.

GAFFNEY, Hannah; BLAKEMAN, Thomas; BLICKEM, Christian; KENNEDY, Anne; REEVES, David; DAWSON, Shoba; MOSSABIR, Rahena; BOWER, Peter; GARDNER, Caroline; LEE, Victoria; ROGERS, Anne. Predictors of patient self-report of chronic kidney disease: baseline analysis of a randomised controlled trial. **BMC Family Practice**, London, v. 15, p. 196, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25433525/>. Acesso em: 15 set. 2025.

GLASGOW, Russell E.; WAGNER, Edward H.; SCHAEFER, Judith; MAHONEY, Lisa D.; REID, Robert J.; GREENE, Sarah M. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). **Medical Care**, Philadelphia, v. 43, n. 5, p. 436-444, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15838407/>. Acesso em: 15 set. 2025.

HARVEY, Gill; OLIVER, Kathryn; HUMPHREYS, John; ROTHWELL, Katie; HEGARTY, John. Improving the identification and management of chronic kidney disease in primary care: lessons from a staged improvement collaborative. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 27, n. 1, p. 10-16, 2015. Disponível em : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4340270/>. Acesso em: 22 jun. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022: características da população e dos domicílios - resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 03 jun. 2024.

JHAMB, Manisha; WELTMAN, Michael R.; YABES, Jonathan G.; TUMMALAPALLI, Sudeshna L.; NADKARNI, Girish N.; NAVANEETHAN, Sankar D.; EDELMAN, Dena; NAVAR, Ann Marie; YOUNG, Barbara A.; PAI, Ahna S.; PERLSTEIN, Todd S.; FINK, Jeffrey C.; LEE, Brian J.; WEINHANDL, Eric D.; KRAMER, Holly J.; WHALEY-CONNELL, Adam; SHLIPAK, Michael G.; JHAVERI, Kenar D.; ISAKOVA, Tamara; SINGH, Karandeep; WILSON, Francis P. Electronic health record based population health management to optimize care in CKD: Design of the Kidney Coordinated HeAlth Management Partnership (K-CHAMP) trial. **Contemporary Clinical Trials**, v. 131, p. 107269, 2023. Disponível em : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551714423001921>. Acesso em: 05 maio 2024.

KDIGO. KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO) CKD WORK GROUP. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney International**, v. 105, n. 4 Suppl., p. S117-S314, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38490803/>. Acesso em: 20 abr. 2024.

LAURELL, Asa Cristina. **A saúde-doença como processo social**. **Revista Latino-Americana de Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 7-25, 1982. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1231969>. Acesso em: 05 maio 2024.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, out. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2024.

LI, Philip Kam-Tao; GARCIA-GARCIA, Guillermo; LUI, Siu-Fai; ANDREOLI, Sharon; FUNG, Winston Wing-Shing; HRADSKY, Anne; KUMARASWAMI, Latha; LIAKOPOULOS, Vassilios; RAKHIMOVA, Ziyoda; SAADI, Gamal; STRANI, Luisa; ULASI, Ifeoma; KALANTAR-ZADEH, Kamyar; WORLD KIDNEY DAY STEERING COMMITTEE. Kidney health for everyone everywhere-from prevention to detection and equitable access to care. **Pediatric Nephrology**, v. 35, n. 10, p. 1801-1810, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32588223/>. Acesso em: 20 abr. 2024.

MAIA, Luiz Faustino dos Santos. Educação antirracista no contexto da enfermagem: uma abordagem necessária para a saúde inclusiva. **Revista Recien**, v. 14, n. 42, p. 808-817, 2024. Disponível em: https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/905?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 19 ago. 2025.

MALTA, Deborah Carvalho; BERNAL, Regina Tomie Ivata; LIMA, Margareth Guimarães; ARAÚJO, Silvânia Suely Caribé de; SILVA, Marta Maria Alves da; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, Brasil, v. 51, n. supl.1, p. 4s-, 2017. Disponível em: https://revistas.usp.br/rsp/pt_BR/article/view/138487?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 08 maio 2024.

MALTA, Deborah Carvalho; DUNCAN, Bruce Bartholow; SCHMIDT, Maria Inês; et al. Socioeconomic inequalities related to noncommunicable diseases and their limitations: National Health Survey, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 24, supl. 2, e210011, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34910058/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

MALTA, Monica; CARDOSO, Letícia Oliveira; BASTOS, Francisco Inácio; MAGNANINI, Monica Maria Ferreira; DA SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 559-565, 2010. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C10_STROBE.pdf. Acesso em: 10 maio. 2024.

MANNS, Braden; HEMMELGARN, Brenda; TONELLI, Marcello; AU, Flora; SO, Helen; WEAVER, Rob; QUINN, Amity Elizabeth; KLARENBACH, Scott; CANADIANS SEEKING SOLUTIONS AND INNOVATIONS TO OVERCOME CHRONIC KIDNEY DISEASE. The cost of care for people with chronic kidney disease. **Canadian Journal of Kidney Health and Disease**, v. 6, p. 2054358119835521, 2019. Disponível em : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31057803/>. Acesso em: 15 set. 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012. 512 p. Disponível em : https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 20 abr. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. Interview: The chronic conditions approach by the Unified Health System. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 431-436, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29412401/>. Acesso em: 05 maio 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 05 maio 2024.

MOYSÉS, Samuel Jorge; KUSMA, Sônia Zanella; SCHWAB, Gisele L.; DE LUSIGNAN, Simon. Validação transcultural dos instrumentos ACIC e PACIC para avaliação da percepção das equipes e das pessoas usuárias sobre a atenção às

condições crônicas. In: MOYSÉS, Simone Tetu; SILVEIRA FILHO, Antônio Dias; MOYSÉS, Samuel Jorge (org.). *Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná*. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, 2012. p. 80-101. Disponível em: <https://iris.paho.org/items/caef67a5-b41b-4bc9-b026-b4c6561e91f9>. Acesso em: 27 abr. 2024.

NEALE, Elizabeth P.; MIDDLETON, Justin; LAMBERT, Kelly. Barriers and enablers to detection and management of chronic kidney disease in primary healthcare: A systematic review. **BMC Nephrology**, Londres, v. 21, n. 1, p. 83, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32160886/>. Acesso em: 05 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The world health report 2008: primary health care - now more than ever**. Genebra: World Health Organization, 2008. 148 p. ISBN 9789241563734. Disponível em: https://www.paho.org/sites/default/files/PHC_The_World_Health_Report-2008.pdf. Acesso em: 03 maio. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Genebra: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>. Acesso em: 06 maio. 2024.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde**. Washington, DC: OPAS, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/ampliacao-do-papel-dos-enfermeiros-na-atencao-primaria-saude>. Acesso em: 02 maio 2024.

PAGE, Matthew J.; MCKENZIE, Joanne E.; BOSSUYT, Patrick M.; BOUTRON, Isabelle; HOFFMANN, Tammy C.; MULROW, Cynthia D.; SHAMSEER, Larissa; TETZLAFF, Jennifer M.; AKL, Elie A.; BRENNAN, Sue E.; CHOU, Roger; GLANVILLE, Julie; GRIMSHAW, Jeremy M.; HRÓBJARTSSON, Asbjørn; LALU, Manoj M.; LI, Tianjing; LODER, Elizabeth W.; MAYO-WILSON, Evan; MCDONALD, Steve; MCGUINNESS, Luke A.; STEWART, Lesley A.; THOMAS, James; TRICCO, Andrea C.; WELCH, Vivian A.; WHITING, Penny; MOHER, David. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **British Medical Association**, v. 372, p. 71, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33782057/>(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33782057/>). Acesso em: 27 nov. 2024.

PAULA, Elaine Amaral; COSTA, Mônica Barros; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile; BASTOS, Rita Maria Rodrigues; VANELLI, Chislene Pereira; LEITE, Christiane Chaves Augusto; CAMINHAS, Márcio Santos; PAULA, Rogério Baumgratz de. Potencialidades da atenção primária à saúde no cuidado à doença renal crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 24, e2801, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/LZxWcfN9N5pTmwyKNtYnkcf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 05 fev. 2025.

PETERS, Micah D. J.; MARNIE, Christina; TRICCO, Andrea C.; POLLOCK, Danielle; MUNN, Zachary; ALEXANDER, Lyndsay; MCINERNEY, Patricia; GODFREY, Christina M.; KHALIL, Hanan. Chapter 11: scoping reviews. In: JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **JBI Manual for Evidence Synthesis**. Adelaide: Joanna Briggs Institute, 2020. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>. Acesso em: 27 abr. 2024.

POLATI, Amanda Moraes; SARTI, Thiago Dias; FONTENELLE, Leonardo Ferreira; ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho. Coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde na atenção às pessoas com doenças crônicas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, Brasil, v. 57, n. 4, p. e-220586, 2024. Disponível em: https://revistas.usp.br/rmrp/pt_BR/article/view/220586. Acesso em: 20 ago. 2025.

REIS, Ana Cristina; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; ARRUDA, Marcela Rocha de; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 330-344, mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JqLgckdQVKNL4tMLTyQgy4R/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2024.

RIBEIRO, Fernanda Henriques Rocha; CORTEZ, Eduardo Nogueira; MORAIS, Flávio Augusto de; PINTO, Flávio Mendonça; MORAES, Katarinne Lima; ROMANO, Márcia Christina Caetano; MARTINS, Maria Auxiliadora Parreiras; OTONI, Alba. Letramento funcional em saúde em renais crônicos: um desafio na abordagem preventiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 37, p. eAPE007111, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO00007111>. Acesso em: 27 abr. 2024.

RIBEIRO, Yasmim dos Anjos; GONÇALVES, Ana Carolina Silva; GONÇALVES, Danilo Lemes Naves; SILVA, Luciana Saraiva da. Use of health services by the Brazilian population with chronic kidney disease: a cross-sectional analysis, National Health Survey, 2019. **Archives of Public Health**, v. 83, p. 175, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40605079/>. Acesso em: 27 abr. 2024.

SAMAAN, Farid; FERNANDES, Danilo Euclides; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni; SESSO, Ricardo de Castro Cintra; MALIK, Ana Maria. Quality indicators for primary health care in chronic kidney disease in the public service of a city in the State of São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. e00090821, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00090821>. Acesso em: 27 abr. 2024.

SANTA CASA DE ALFENAS. Santa Casa de Alfenas. Alfenas, [s.d.]. Disponível em: <https://santacasaalfenas.com.br/site1/>. Acesso em: 10 abr. 2024.

SILVA, Ana Luiza Corrêa; PAOLINELLI, João Pedro Vasconcelos; CONTAIFFER, Paula Camilo; QUADROS, Karla Amaral Nogueira; MORAIS, Flávio Augusto de; BALDONI, André Oliveira; OTONI, Alba. Potenciais interações medicamentosas graves em pacientes com doença renal crônica não dialítica: uma frequência preocupante. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 1, e36311124907, 2022. Disponível em :

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24907>. Acesso em: 15 maio 2024.

SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa; SILVA, Líliam Barbosa; SANTOS, Joseph Fabiano Guimarães; SOARES, Sônia Maria. Brazilian public policy for chronic kidney disease prevention: challenges and perspectives. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 86, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001708>. Acesso em: 24 abr. 2024.

SOARES, Ana Cristina de Oliveira; CATTAFESTA, Monica; PAIXÃO, Mirian Patrícia Castro Pereira; SANTOS NETO, Edson Theodoro dos; SALAROLI, Luciane Bresciani. Determinants of access to hemodialysis services in a metropolitan region of Brazil. **BMC Public Health**, v. 22, p. 1868, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14258-7>. Acesso em: 20 abr. 2024.

SOUSA, Solange Meira de; BERNARDINO, Elizabeth; PERES, Aida Maris; MARTINS, Maria Manuela; GONÇALVES, Luciana Schleder; LACERDA, Maria Ribeiro. Atuação do enfermeiro na integração dos cuidados às pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e20200131, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0131>. Acesso em: 10 abr. 2024.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 05 maio 2024.

THEERANUT, Ampornpan; METHAKANJANASAK, Nonglak; LERTSINUXDOM, Sunee; SURIT, Pattama; PANYAEK, Nichanun; LEELADAPATTARAKUL, Saisamon; NILPETCH, Peangtikumporn; KESSOMBOON, Pattapong; CHALERMWAT, Chalongchai; RINTARA, Watcharapong; KHONGTONG, Wudipong; PAKTIPAT, Pawich; BANCHONHATTAKIT, Pannee; CHUNLERTRITH, Darunee; SHARMA, Amod; CHA'ON, Ubon; ANUTRAKULCHAI, Sirirat. Integrated care model by the Village Health Volunteers to prevent and slow down progression of chronic kidney disease in a rural community, Thailand. **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 15, 2024. eCollection 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/21501319241234567>. Acesso em: 23 abr. 2025.

TRICCO, Andrea C.; LILLIE, Erin; ZARIN, Wasifa; O'BRIEN, Kelly K.; COLQUHOUN, Heather; LEVAC, Danielle; MOHER, David; PETERS, Micah D. J.; HORSLEY, Tanya; WEEKS, Laura; HEMPEL, Susanne; AKL, Elie A.; CHANG, Christine; MCGOWAN, Jessie; STEWART, Lesley; HARTLING, Lisa; ALDCROFT, Adrian; WILSON, Michael G.; GARRITTY, Chantelle; LEWIN, Simon; GODFREY, Christina M.; MACDONALD, Marilyn T.; LANGLOIS, Etienne V.; SOARES-WEISER, Karla; MORIARTY, Jo; CLIFFORD, Tammy; TUNÇALP, Özge; STRAUS, Sharon E. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178033/>. Acesso em: 08 maio 2024.

TUOT, Delphine S.; PLANTINGA, Laura C.; HSU, Chi-Yuan; JORDAN, Regina; BURROWS, Nilka Ríos; HEDGEMAN, Elizabeth; POWE, Neil R. Adoption of

electronic health records and barriers to meaningful use for chronic kidney disease care. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 57, n. 5, p. 740-747, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2010.12.029>. Acesso em: 17 mar. 2025.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. **Jovens apresentam comportamentos de risco para DCNT 21% maior que idosos, afirma estudo**. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, 2024. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/jovens-apresentam-comportamentos-de-risco-para-dcnt-21-maior-que-idosos-afirma-estudo/>. Acesso em: 02 abr. 2024.

VAN GELDER, Vincent A.; SCHERPBIER-DE HAAN, Nynke D.; VAN BERKEL, Saskia; AKKERMANS, Reinier P.; DE GRAUW, Inge S.; ADANG, Eddy M. M.; ASSENDELFT, Wim J. J.; BIERMANS, Marion C. J.; WETZELS, Jack F. M. Web-based consultation between general practitioners and nephrologists: a cluster randomized controlled trial. *Family Practice*, v. 34, n. 4, p. 430-436, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw131>. Acesso em: 04 mar. 2025.

WAGNER, Edward H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, Philadelphia, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10345255/>. Acesso em: 10 mai. 2024.

WANG, Andrew; POLLACK, Teresa; KADZIEL, Lauren A.; ROSS, Samuel M.; MCHUGH, Megan; JORDAN, Neil; KHO, Abel N. Impact of practice facilitation in primary care on chronic disease care processes and outcomes: a systematic review. **Journal of General Internal Medicine**, v. 33, n. 11, p. 1968-1977, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4581-9>. Acesso em: 05 fev. 2025.

WRIGHT-NUNES, Julie A.; LUTHER, James M.; IKIZLER, Talat A.; CAVANAUGH, Kerri L. Patient knowledge of blood pressure target is associated with improved blood pressure control in chronic kidney disease. **Patient Education and Counseling**, v. 88, n. 2, p. 184-188, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.03.008>. Acesso em: 20 jan. 2025.

APÊNDICE A - ESTRATÉGIAS DE BUSCA DA REVISÃO DE ESCOPO

#	Pubmed	Nº de documentos (31 de janeiro de 2025)
#1	("Primary Health Care"[tiab] OR "Community Health Services"[tiab] OR "Family Health"[tiab] OR "Family Practice"[tiab] OR "Health Services Accessibility"[tiab] OR "Health Facility Planning"[tiab] OR "Organizational Capacity"[tiab] OR "Institutional Capacity"[tiab] OR "Health System Strengthening"[tiab] OR "Service Delivery"[tiab] OR "Health Care Management"[tiab] OR "Health Workforce"[tiab] OR "Health Service Utilization"[tiab] OR "Comprehensive Health Care"[tiab] OR "Primary Care Models"[tiab] OR "First Level of Care"[tiab] OR "Basic Health Services"[tiab] OR "Essential Health Services"[tiab] OR "Health Services Organization"[tiab] OR "Health System Capacity"[tiab] OR "Healthcare Infrastructure"[tiab] OR "Universal Health Coverage"[tiab] OR "Health Service Coverage"[tiab] OR "Human Resources for Health"[tiab] OR "Primary Healthcare Policies"[tiab] OR "PHC Performance"[tiab])	96,087
#2	("Chronic Kidney Disease"[tiab] OR "Renal Insufficiency, Chronic"[tiab] OR "Kidney Diseases"[tiab] OR "Renal Disease"[tiab] OR "Chronic Kidney Insufficiency"[tiab] OR "CKD"[tiab] OR "Pre-dialysis Kidney Disease"[tiab] OR "Non-dialysis CKD"[tiab] OR "Non-dialysis Dependent CKD"[tiab] OR "ND-CKD"[tiab] OR "Pre-dialysis Renal Disease"[tiab] OR "Chronic Renal Dysfunction"[tiab] OR "Early Stage CKD"[tiab] OR "Stage 1 CKD"[tiab] OR "Stage 2 CKD"[tiab] OR "Stage 3 CKD"[tiab] OR "Mild CKD"[tiab] OR "Moderate CKD"[tiab] OR "Chronic Renal Failure Non-Dialysis"[tiab])	166,926
#3	("Health Services Accessibility"[tiab] OR "Delivery of Health Care"[tiab] OR "Health Policy"[tiab] OR "Health Planning"[tiab] OR "Patient Care Management"[tiab] OR "Primary Prevention"[tiab] OR "Secondary Prevention"[tiab] OR "Tertiary Prevention"[tiab] OR "Guideline Adherence"[tiab] OR "Healthcare Quality"[tiab] OR "Health Policy Implementation"[tiab] OR "Health Service Availability"[tiab] OR "Health Service Utilization"[tiab] OR "Health Equity"[tiab] OR "Health System Responsiveness"[tiab] OR "Public Health Policies"[tiab] OR "Chronic Disease Management"[tiab] OR "Continuity of Care"[tiab] OR "Integrated Care"[tiab] OR "Team-Based Care"[tiab] OR "Interdisciplinary Care"[tiab] OR "Referral and Consultation"[tiab] OR "Care Coordination"[tiab] OR "Population Health Management"[tiab] OR "Healthcare Effectiveness"[tiab] OR "Evidence-Based Practice"[tiab] OR "Healthcare Quality Assessment"[tiab] OR "Service Efficiency"[tiab] OR "Institutional Readiness"[tiab])	179,436
#4	#1 AND #2 AND #3	92

#	Web of Science	Nº de documentos (31 de janeiro de 2025)
#1	TS=("Primary Health Care" OR "Community Health Services" OR "Family Health" OR "Family Practice" OR "Health Services Accessibility" OR "Health Facility Planning" OR "Organizational Capacity" OR "Institutional Capacity" OR "Health System Strengthening" OR "Service Delivery" OR "Health Care Management" OR "Health Workforce" OR "Health Service Utilization" OR "Comprehensive Health Care" OR "Primary Care Models" OR "First Level of Care" OR "Basic Health Services" OR "Essential Health Services" OR "Health Services Organization" OR "Health System Capacity" OR "Healthcare Infrastructure" OR "Universal Health Coverage" OR "Health Service Coverage" OR "Human Resources for Health" OR "Primary Healthcare Policies" OR "PHC Performance")	106,972

#2	TS=("Chronic Kidney Disease" OR "Renal Insufficiency, Chronic" OR "Kidney Diseases" OR "Renal Disease" OR "Chronic Kidney Insufficiency" OR "CKD" OR "Pre-dialysis Kidney Disease" OR "Non-dialysis CKD" OR "Non-dialysis Dependent CKD" OR "ND-CKD" OR "Pre-dialysis Renal Disease" OR "Chronic Renal Dysfunction" OR "Early Stage CKD" OR "Stage 1 CKD" OR "Stage 2 CKD" OR "Stage 3 CKD" OR "Mild CKD" OR "Moderate CKD" OR "Chronic Renal Failure Non-Dialysis")	195,275
#3	TS=("Health Services Accessibility" OR "Delivery of Health Care" OR "Health Policy" OR "Health Planning" OR "Patient Care Management" OR "Primary Prevention" OR "Secondary Prevention" OR "Tertiary Prevention" OR "Guideline Adherence" OR "Healthcare Quality" OR "Health Policy Implementation" OR "Health Service Availability" OR "Health Service Utilization" OR "Health Equity" OR "Health System Responsiveness" OR "Public Health Policies" OR "Chronic Disease Management" OR "Continuity of Care" OR "Integrated Care" OR "Team-Based Care" OR "Interdisciplinary Care" OR "Referral and Consultation" OR "Care Coordination" OR "Population Health Management" OR "Healthcare Effectiveness" OR "Evidence-Based Practice" OR "Healthcare Quality Assessment" OR "Service Efficiency" OR "Institutional Readiness")	188,529
#4	#1 AND #2 AND #3	96

#	Scopus	Nº de documentos (31 de janeiro de 2025)
#1	TITLE-ABS ("Primary Health Care" OR "Community Health Services" OR "Family Health" OR "Family Practice" OR "Health Services Accessibility" OR "Health Facility Planning" OR "Organizational Capacity" OR "Institutional Capacity" OR "Health System Strengthening" OR "Service Delivery" OR "Health Care Management" OR "Health Workforce" OR "Health Service Utilization" OR "Comprehensive Health Care" OR "Primary Care Models" OR "First Level of Care" OR "Basic Health Services" OR "Essential Health Services" OR "Health Services Organization" OR "Health System Capacity" OR "Healthcare Infrastructure" OR "Universal Health Coverage" OR "Health Service Coverage" OR "Human Resources for Health" OR "Primary Healthcare Policies" OR "PHC Performance")	140,431
#2	TITLE-ABS ("Chronic Kidney Disease" OR "Renal Insufficiency, Chronic" OR "Kidney Diseases" OR "Renal Disease" OR "Chronic Kidney Insufficiency" OR "CKD" OR "Pre-dialysis Kidney Disease" OR "Non-dialysis CKD" OR "Non-dialysis Dependent CKD" OR "ND-CKD" OR "Pre-dialysis Renal Disease" OR "Chronic Renal Dysfunction" OR "Early Stage CKD" OR "Stage 1 CKD" OR "Stage 2 CKD" OR "Stage 3 CKD" OR "Mild CKD" OR "Moderate CKD" OR "Chronic Renal Failure Non-Dialysis")	220,917
#3	TITLE-ABS ("Health Services Accessibility" OR "Delivery of Health Care" OR "Health Policy" OR "Health Planning" OR "Patient Care Management" OR "Primary Prevention" OR "Secondary Prevention" OR "Tertiary Prevention" OR "Guideline Adherence" OR "Healthcare Quality" OR "Health Policy Implementation" OR "Health Service Availability" OR "Health Service Utilization" OR "Health Equity" OR "Health System Responsiveness" OR "Public Health Policies" OR "Chronic Disease Management" OR "Continuity of Care" OR "Integrated Care" OR "Team-Based Care" OR "Interdisciplinary Care" OR "Referral and Consultation" OR "Care Coordination" OR "Population Health Management" OR "Healthcare Effectiveness" OR "Evidence-Based Practice" OR "Healthcare Quality Assessment" OR "Service Efficiency" OR "Institutional Readiness")	200,245
#	#1 AND #2 AND #3	95
#	Embase	Nº de documentos (31 de janeiro de 2025)

#1	('primary health care':ti,ab OR 'community health services':ti,ab OR 'family health':ti,ab OR 'family practice':ti,ab OR 'health services accessibility':ti,ab OR 'health facility planning':ti,ab OR 'organizational capacity':ti,ab OR 'institutional capacity':ti,ab OR 'health system strengthening':ti,ab OR 'service delivery':ti,ab OR 'health care management':ti,ab OR 'health workforce':ti,ab OR 'health service utilization':ti,ab OR 'comprehensive health care':ti,ab OR 'primary care models':ti,ab OR 'first level of care':ti,ab OR 'basic health services':ti,ab OR 'essential health services':ti,ab OR 'health services organization':ti,ab OR 'health system capacity':ti,ab OR 'healthcare infrastructure':ti,ab OR 'universal health coverage':ti,ab OR 'health service coverage':ti,ab OR 'human resources for health':ti,ab OR 'primary healthcare policies':ti,ab OR 'phc performance':ti,ab)	96,248
#2	('chronic kidney disease':ti,ab OR 'chronic renal insufficiency':ti,ab OR 'renal disease':ti,ab OR 'chronic kidney insufficiency':ti,ab OR 'ckd':ti,ab OR 'pre dialysis kidney disease':ti,ab OR 'non dialysis ckd':ti,ab OR 'non dialysis dependent ckd':ti,ab OR 'nd ckd':ti,ab OR 'pre dialysis renal disease':ti,ab OR 'chronic renal dysfunction':ti,ab OR 'early stage ckd':ti,ab OR 'stage 1 ckd':ti,ab OR 'stage 2 ckd':ti,ab OR 'stage 3 ckd':ti,ab OR 'mild ckd':ti,ab OR 'moderate ckd':ti,ab OR 'chronic renal failure non dialysis':ti,ab)	253,475
#3	('health services accessibility':ti,ab OR 'delivery of health care':ti,ab OR 'health policy':ti,ab OR 'health planning':ti,ab OR 'patient care management':ti,ab OR 'primary prevention':ti,ab OR 'secondary prevention':ti,ab OR 'tertiary prevention':ti,ab OR 'guideline adherence':ti,ab OR 'healthcare quality':ti,ab OR 'health policy implementation':ti,ab OR 'health service availability':ti,ab OR 'health service utilization':ti,ab OR 'health equity':ti,ab OR 'health system responsiveness':ti,ab OR 'public health policies':ti,ab OR 'chronic disease management':ti,ab OR 'continuity of care':ti,ab OR 'integrated care':ti,ab OR 'team based care':ti,ab OR 'interdisciplinary care':ti,ab OR 'referral and consultation':ti,ab OR 'care coordination':ti,ab OR 'population health management':ti,ab OR 'healthcare effectiveness':ti,ab OR 'evidence based practice':ti,ab OR 'healthcare quality assessment':ti,ab OR 'service efficiency':ti,ab OR 'institutional readiness':ti,ab)	190,058
#	#1 AND #2 AND #3	77

#	LILACS Plus (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)	Nº de documentos (31 de janeiro de 2025)
#1	((“Atenção Primária à Saúde” OR “Atenção Primária” OR “Atenção Básica à Saúde” OR “Cuidados Primários de Saúde” OR “Atenção à Saúde Primária” OR “Serviços Comunitários de Saúde” OR “Unidade Básica de Saúde” OR “UBS” OR “Saúde da Família” OR “Medicina de Família” OR “Estratégia Saúde da Família” OR “Atenção Primária Forte” OR “Serviços de Saúde Básica” OR “Cobertura Universal de Saúde” OR “Modelo de Atenção Primária” OR “Serviços de Saúde Comunitária” OR “Sistema de Saúde Primário” OR “Políticas de Saúde Pública” OR “Organização dos Serviços de Saúde” OR “Gestão da Saúde” OR “Capacidade Institucional” OR “Capacidade Organizacional” OR “Fortalecimento do Sistema de Saúde” OR “Planejamento em Saúde” OR “Acessibilidade aos Serviços de Saúde” OR “Infraestrutura em Saúde” OR “Recursos Humanos em Saúde” OR “Utilização dos Serviços de Saúde” OR “Capacidade da APS” OR "Primary Health Care" OR "Primary Care" OR "Basic Health Care" OR "Community Health Services" OR "Primary Health Attention" OR "Health Services Organization" OR "Family Health" OR "Family Medicine" OR "Family Health Strategy" OR "Comprehensive Primary Care" OR "Universal Health Coverage" OR "Primary Care Model" OR "Health System Strengthening" OR "Health Policy" OR "Institutional Capacity" OR "Organizational Capacity" OR "Health Planning" OR "Health Workforce" OR "Health Service Utilization" OR "PHC Capacity" OR	63,449

	"Atención Primaria de Salud" OR "Atención Primaria" OR "Atención Básica de Salud" OR "Cuidados Primarios de Salud" OR "Atención Primaria en Salud" OR "Servicios Comunitarios de Salud" OR "Salud de la Familia" OR "Medicina Familiar" OR "Estrategia de Salud Familiar" OR "Cobertura Universal de Salud" OR "Modelo de Atención Primaria" OR "Sistema de Salud Primario" OR "Capacidad Institucional" OR "Capacidad Organizativa" OR "Fortalecimiento del Sistema de Salud" OR "Planificación en Salud" OR "Accesibilidad a los Servicios de Salud" OR "Recursos Humanos en Salud" OR "Utilización de los Servicios de Salud" OR "Capacidad de la APS"))	
#2	(("Doença Renal Crônica" OR "DRC" OR "Insuficiência Renal Crônica" OR "Doença Renal Progressiva" OR "Doença Renal Não Dialítica" OR "Doença Renal Pré-dialítica" OR "Doença Renal Estágio 1" OR "Doença Renal Estágio 2" OR "Doença Renal Estágio 3" OR "Doença Renal Moderada" OR "Doença Renal Leve" OR "Insuficiência Renal Progressiva" OR "Doença Renal em Estágio Inicial" OR "ND-DRC" OR "CKD Não Dialítica" OR "Doença Renal Crônica Não Dialítica" OR "Insuficiência Renal Crônica Não Dialítica" OR "Manejo da Doença Renal Crônica" OR "Doença Renal e APS" OR "Prevenção da Progressão da DRC" OR "Detecção Precoce da Doença Renal" OR "Doença Renal Precoce" OR "Chronic Kidney Disease" OR "CKD" OR "Chronic Renal Insufficiency" OR "Progressive Kidney Disease" OR "Non-Dialysis Chronic Kidney Disease" OR "Pre-dialysis Kidney Disease" OR "Stage 1 CKD" OR "Stage 2 CKD" OR "Stage 3 CKD" OR "Mild CKD" OR "Moderate CKD" OR "Early Stage Kidney Disease" OR "Non-Dialysis Dependent CKD" OR "ND-CKD" OR "Chronic Renal Failure Non-Dialysis" OR "Chronic Kidney Disease Prevention" OR "Enfermedad Renal Crónica" OR "ERC" OR "Insuficiencia Renal Crónica" OR "Enfermedad Renal Progresiva" OR "Enfermedad Renal No Dialítica" OR "Enfermedad Renal Pre-dialítica" OR "Enfermedad Renal Etapa 1" OR "Enfermedad Renal Etapa 2" OR "Enfermedad Renal Etapa 3" OR "ERC No Dialítica" OR "Fallo Renal Crónico No Dialítico" OR "Prevención de la Enfermedad Renal Crónica"))	6,507
#3	"Organização e Administração dos Serviços de Saúde" OR "Política de Saúde" OR "Planejamento e Administração em Saúde" OR "Gestão dos Serviços de Saúde" OR "Qualidade da Atenção em Saúde" OR "Implementação de Políticas de Saúde" OR "Modelos de Atenção à Saúde" OR "Gestão da APS" OR "Atenção Primária e Doença Crônica" OR "Estratégias de Cuidado na APS" OR "Gestão da Doença Renal Crônica" OR "Melhoria dos Serviços de Saúde" OR "Atenção Integral à Saúde" OR "Cuidado Centrado no Paciente" OR "Promoção da Saúde" OR "Linha de Cuidado da Doença Renal Crônica" OR "Atenção Secundária à Doença Renal" OR "Referência e Contrarreferência" OR "Eficiência dos Serviços de Saúde" OR "Equidade em Saúde" OR "Gestão da Qualidade na APS" OR "Continuidade do Cuidado" OR "Coordenação do Cuidado na APS" OR "Integração dos Serviços de Saúde" OR "Gestão do Cuidado na APS" OR "Health Services Organization" OR "Health Policy" OR "Health Planning and Administration" OR "Health Care Management" OR "Health Service Quality" OR "Health Policy Implementation" OR "Primary Care and Chronic Disease" OR "Primary Care Strategies" OR "Chronic Kidney Disease Management" OR "Health System Efficiency" OR "Referral and Counter-Referral System" OR "Continuity of Care" OR "Integrated Health Care" OR "Health Service Improvement" OR "Care Coordination" OR "Primary Care Quality Management" OR "Organización de los Servicios de Salud" OR "Política de Salud" OR "Planificación y Administración en Salud" OR "Gestión de Servicios de Salud" OR "Calidad de la Atención en Salud" OR "Implementación de Políticas de Salud" OR "Modelos de Atención en Salud" OR "Eficiencia del Sistema de Salud" OR "Coordinación del Cuidado" OR "Gestión de la Enfermedad Renal Crónica" OR "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" OR "Gestión de Calidad en APS"	36,127
#4	#1 AND #2 AND #3	37

#	SciELO (Scientific Electronic Library Online) - INGLÊS	Nº de documentos (31 de janeiro de 2025)
#1	("primary health care") OR ("community health services") OR ("family health") OR ("family practice") OR ("health services accessibility") OR ("health facility planning") OR ("organizational capacity") OR ("institutional capacity") OR ("health system strengthening") OR ("service delivery") OR ("health care management") OR ("health workforce") OR ("health service utilization") OR ("comprehensive health care") OR ("primary care models") OR ("First level of care") OR ("basic health services") OR ("essential health services") OR ("health services organization") OR ("health system capacity") OR ("healthcare infrastructure") OR ("universal health coverage") OR ("health service coverage") OR ("human resources for health") OR ("primary healthcare policies") OR ("phc performance")	21,153
#2	("chronic kidney disease") OR ("Renal Insufficiency, Chronic") OR ("kidney diseases") OR ("renal disease") OR ("chronic kidney insufficiency") OR ("ckd") OR ("Pre-dialysis Kidney Disease") OR ("non dialysis ckd") OR ("nd ckd") OR ("Pre-dialysis Renal Disease") OR ("chronic renal dysfunction") OR ("early stage ckd") OR ("stage 1 ckd") OR ("stage 2 ckd") OR ("stage 3 ckd") OR ("mild ckd") OR ("moderate ckd") OR ("Chronic Renal Failure Non-Dialysis")	3,746
#3	("Health Services Accessibility") OR ("delivery of health care") OR ("health policy") OR ("health planning") OR ("patient care management") OR ("primary prevention") OR ("secondary prevention") OR ("tertiary prevention") OR ("guideline adherence") OR ("healthcare quality") OR ("health policy implementation") OR ("health service availability") OR ("health service utilization") OR ("health equity") OR ("health system responsiveness") OR ("public health policies") OR ("chronic disease management") OR ("continuity of care") OR ("integrated care") OR ("team based care") OR ("interdisciplinary care") OR ("referral and consultation") OR ("care coordination") OR ("population health management") OR ("healthcare effectiveness") OR ("evidence based practice") OR ("healthcare quality assessment") OR ("service efficiency") OR ("institutional readiness")	9,617
#4	#1 AND #2 AND #3	12

#	BDENF - Base de Dados em Enfermagem	Nº de documentos (31 de janeiro de 2025)
#1	((“Atenção Primária à Saúde” OR “Atenção Primária” OR “Atenção Básica à Saúde” OR “Cuidados Primários de Saúde” OR “Atenção à Saúde Primária” OR “Serviços Comunitários de Saúde” OR “Unidade Básica de Saúde” OR “UBS” OR “Saúde da Família” OR “Medicina de Família” OR “Estratégia Saúde da Família” OR “Atenção Primária Forte” OR “Serviços de Saúde Básica” OR “Cobertura Universal de Saúde” OR “Modelo de Atenção Primária” OR “Serviços de Saúde Comunitária” OR “Sistema de Saúde Primário” OR “Políticas de Saúde Pública” OR “Organização dos Serviços de Saúde” OR “Gestão da Saúde” OR “Capacidade Institucional” OR “Capacidade Organizacional” OR “Fortalecimento do Sistema de Saúde” OR “Planejamento em Saúde” OR “Acessibilidade aos Serviços de Saúde” OR “Infraestrutura em Saúde” OR “Recursos Humanos em Saúde” OR “Utilização dos Serviços de Saúde” OR “Capacidade da APS” OR	11.352

	"Primary Health Care" OR "Primary Care" OR "Basic Health Care" OR "Community Health Services" OR "Primary Health Attention" OR "Health Services Organization" OR "Family Health" OR "Family Medicine" OR "Family Health Strategy" OR "Comprehensive Primary Care" OR "Universal Health Coverage" OR "Primary Care Model" OR "Health System Strengthening" OR "Health Policy" OR "Institutional Capacity" OR "Organizational Capacity" OR "Health Planning" OR "Health Workforce" OR "Health Service Utilization" OR "PHC Capacity" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atención Primaria" OR "Atención Básica de Salud" OR "Cuidados Primarios de Salud" OR "Atención Primaria en Salud" OR "Servicios Comunitarios de Salud" OR "Salud de la Familia" OR "Medicina Familiar" OR "Estrategia de Salud Familiar" OR "Cobertura Universal de Salud" OR "Modelo de Atención Primaria" OR "Sistema de Salud Primario" OR "Capacidad Institucional" OR "Capacidad Organizativa" OR "Fortalecimiento del Sistema de Salud" OR "Planificación en Salud" OR "Accesibilidad a los Servicios de Salud" OR "Recursos Humanos en Salud" OR "Utilización de los Servicios de Salud" OR "Capacidad de la APS"))	
#2	("Doença Renal Crônica" OR "DRC" OR "Insuficiência Renal Crônica" OR "Doença Renal Progressiva" OR "Doença Renal Não Dialítica" OR "Doença Renal Pré-dialítica" OR "Doença Renal Estágio 1" OR "Doença Renal Estágio 2" OR "Doença Renal Estágio 3" OR "Doença Renal Moderada" OR "Doença Renal Leve" OR "Insuficiência Renal Progressiva" OR "Doença Renal em Estágio Inicial" OR "ND-DRC" OR "CKD Não Dialítica" OR "Doença Renal Crônica Não Dialítica" OR "Insuficiência Renal Crônica Não Dialítica" OR "Manejo da Doença Renal Crônica" OR "Doença Renal e APS" OR "Prevenção da Progressão da DRC" OR "Detecção Precoce da Doença Renal" OR "Doença Renal Precoce" OR "Chronic Kidney Disease" OR "CKD" OR "Chronic Renal Insufficiency" OR "Progressive Kidney Disease" OR "Non-Dialysis Chronic Kidney Disease" OR "Pre-dialysis Kidney Disease" OR "Stage 1 CKD" OR "Stage 2 CKD" OR "Stage 3 CKD" OR "Mild CKD" OR "Moderate CKD" OR "Early Stage Kidney Disease" OR "Non-Dialysis Dependent CKD" OR "ND-CKD" OR "Chronic Renal Failure Non-Dialysis" OR "Chronic Kidney Disease Prevention" OR "Enfermedad Renal Crónica" OR "ERC" OR "Insuficiencia Renal Crónica" OR "Enfermedad Renal Progresiva" OR "Enfermedad Renal No Dialítica" OR "Enfermedad Renal Pre-dialítica" OR "Enfermedad Renal Etapa 1" OR "Enfermedad Renal Etapa 2" OR "Enfermedad Renal Etapa 3" OR "ERC No Dialítica" OR "Fallo Renal Crónico No Dialítico" OR "Prevención de la Enfermedad Renal Crónica"))	779
#3	("Organização e Administração dos Serviços de Saúde" OR "Política de Saúde" OR "Planejamento e Administração em Saúde" OR "Gestão dos Serviços de Saúde" OR "Qualidade da Atenção em Saúde" OR "Implementação de Políticas de Saúde" OR "Modelos de Atenção à Saúde" OR "Gestão da APS" OR "Atenção Primária e Doença Crônica" OR "Estratégias de Cuidado na APS" OR "Gestão da Doença Renal Crônica" OR "Melhoria dos Serviços de Saúde" OR "Atenção Integral à Saúde" OR "Cuidado Centrado no Paciente" OR "Promoção da Saúde" OR "Linha de Cuidado da Doença Renal Crônica" OR "Atenção Secundária à Doença Renal" OR "Referência e Contrarreferência" OR "Eficiência dos Serviços de Saúde" OR "Equidade em Saúde" OR "Gestão da Qualidade na APS" OR "Continuidade do Cuidado" OR "Coordenação do Cuidado na APS" OR "Integração dos Serviços de Saúde" OR "Gestão do Cuidado na APS" OR "Health Services Organization" OR "Health Policy" OR "Health Planning and Administration" OR "Health Care Management" OR "Health Service Quality" OR "Health Policy Implementation" OR "Primary Care and Chronic Disease"	6,474

	OR "Primary Care Strategies" OR "Chronic Kidney Disease Management" OR "Health System Efficiency" OR "Referral and Counter-Referral System" OR "Continuity of Care" OR "Integrated Health Care" OR "Health Service Improvement" OR "Care Coordination" OR "Primary Care Quality Management" OR "Organización de los Servicios de Salud" OR "Política de Salud" OR "Planificación y Administración en Salud" OR "Gestión de Servicios de Salud" OR "Calidad de la Atención en Salud" OR "Implementación de Políticas de Salud" OR "Modelos de Atención en Salud" OR "Eficiencia del Sistema de Salud" OR "Coordinación del Cuidado" OR "Gestión de la Enfermedad Renal Crónica" OR "Sistema de Referencia y Contrarreferencia" OR "Gestión de Calidad en APS"))	
#4	#1 AND #2 AND #3	7

#	PsycINFO (APA PsycNet)	Nº de documentos (31 de janeiro de 2025)
#1	(TI,AB,KW("Primary Health Care" OR "Community Health Services" OR "Family Health" OR "Family Practice" OR "Health Services Accessibility" OR "Health Facility Planning" OR "Organizational Capacity" OR "Institutional Capacity" OR "Health System Strengthening" OR "Service Delivery" OR "Health Care Management" OR "Health Workforce" OR "Health Service Utilization" OR "Comprehensive Health Care" OR "Primary Care Models" OR "First Level of Care" OR "Basic Health Services" OR "Essential Health Services" OR "Health Services Organization" OR "Health System Capacity" OR "Healthcare Infrastructure" OR "Universal Health Coverage" OR "Health Service Coverage" OR "Human Resources for Health" OR "Primary Healthcare Policies" OR "PHC Performance"))	90,945
#2	(TI,AB,KW("Chronic Kidney Disease" OR "Renal Insufficiency, Chronic" OR "Kidney Diseases" OR "Renal Disease" OR "Chronic Kidney Insufficiency" OR "CKD" OR "Pre-dialysis Kidney Disease" OR "Non-dialysis CKD" OR "Non-dialysis Dependent CKD" OR "ND-CKD" OR "Pre-dialysis Renal Disease" OR "Chronic Renal Dysfunction" OR "Early Stage CKD" OR "Stage 1 CKD" OR "Stage 2 CKD" OR "Stage 3 CKD" OR "Mild CKD" OR "Moderate CKD" OR "Chronic Renal Failure Non-Dialysis"))	9,324
#3	(TI,AB,KW("Health Services Accessibility" OR "Delivery of Health Care" OR "Health Policy" OR "Health Planning" OR "Patient Care Management" OR "Primary Prevention" OR "Secondary Prevention" OR "Tertiary Prevention" OR "Guideline Adherence" OR "Healthcare Quality" OR "Health Policy Implementation" OR "Health Service Availability" OR "Health Service Utilization" OR "Health Equity" OR "Health System Responsiveness" OR "Public Health Policies" OR "Chronic Disease Management" OR "Continuity of Care" OR "Integrated Care" OR "Team-Based Care" OR "Interdisciplinary Care" OR "Referral and Consultation" OR "Care Coordination" OR "Population Health Management" OR "Healthcare Effectiveness" OR "Evidence-Based Practice" OR "Healthcare Quality Assessment" OR "Service Efficiency" OR "Institutional Readiness"))	129,466
#4	#1 AND #2 AND #3	96

**APÊNDICE B - CODEBOOK DO INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADO
UTILIZADA NA REVISÃO DE ESCOPO**

Seção	Campo	Descrição / Opções
1. Identificação do Estudo	ID do estudo	Número sequencial interno
	Autor(es)	Nome(s) conforme citação
	Ano de publicação	Ano
	País	País de realização do estudo
	Base de dados	☐ PubMed ☐ Scopus ☐ Web of Science ☐ Embase ☐ BDENF ☐ PsycINFO ☐ ProQuest ☐ LILACS ☐ SciELO ☐ Google Scholar ☐ Outro(s): _____
	Tipo de publicação	☐ Artigo científico ☐ Dissertação ☐ Tese ☐ Revisão ☐ Relatório revisado por pares ☐ Outro(s): _____
	Tipo de estudo (delineamento)	☐ Quantitativo ☐ Qualitativo ☐ Misto ☐ Revisão ☐ Outro(s): _____
	Idioma	Língua original do texto
2. População (P)	População-alvo	Descrição livre
	Tamanho da amostra (n)	Número total de participantes
	Faixa etária	Média / Mediana / Intervalo
	Sexo/gênero	☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Ambos ☐ Não informado ☐ Outro(s): _____
	Estágio da DRC	☐ Estágio 1 ☐ Estágio 2 ☐ Estágio 3 ☐ Estágio 4 ☐ Não especificado ☐ Múltiplos estágios ☐ Outro(s): _____
	Comorbidades relatadas	☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Doença cardiovascular ☐ Nenhuma ☐ Não informado ☐ Outro(s): _____
	Crítérios de inclusão/exclusão	Transcrição livre ou resumo
3. Conceito - Capacidade Institucional (C)	Dimensões abordadas	☐ Estrutura ☐ Organização ☐ Financiamento ☐ Acesso ☐ Continuidade do cuidado ☐ Recursos humanos ☐ Tecnologias ☐ Governança ☐ Avaliação/monitoramento ☐ Outro(s): _____
	Objetivo relacionado ao conceito	Redação conforme os autores
	Métodos de avaliação institucional	☐ Survey ☐ Entrevista ☐ Análise documental ☐ Registros clínicos ☐ Grupo focal ☐ Outro(s): _____
	Instrumento validado utilizado	☐ ACIC ☐ PACIC ☐ Outro(s): _____ ☐ Nenhum
	Indicadores/variáveis analisadas	Ex: acesso, cobertura, longitudinalidade
4. Contexto (C)	Participação de usuários/pacientes	☐ Sim ☐ Não ☐ Não informado
	Nível de atenção analisado	☐ APS ☐ Outro(s): _____
	Modelo de cuidado/APS	☐ Estratégia Saúde da Família ☐ Modelo tradicional ☐ Outro(s): _____
	Localização geográfica	☐ Urbana ☐ Rural ☐ Remota ☐ Mista ☐ Não informado ☐ Outro(s): _____
	Integração com outros níveis	☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial ☐ Não informado ☐ Outro(s): _____
	Sistema de saúde envolvido	☐ SUS ☐ Público (não SUS) ☐ Privado ☐ Misto ☐ Outro(s): _____

5. Rastreamento e acompanhamento da DRC	Exames para rastreamento/classificação da DRC Tipo de ação realizada pela APS	☐ Creatinina ☐ Taxa de filtração ☐ Albuminúria ☐ Urina tipo 1 ☐ Nenhum ☐ Não informado ☐ Outro(s): _____ ☐ Rastreamento ☐ Acompanhamento ☐ Ambos ☐ Outro(s): _____
6. Resultados e Implicações	Principais achados sobre capacidade institucional Barreiras identificadas Facilitadores identificados Lacunas relatadas pelos autores Implicações práticas ou para gestão Relevância para políticas públicas	Resumo livre ☐ Recursos insuficientes ☐ Falta de capacitação ☐ Infraestrutura precária ☐ Descontinuidade do cuidado ☐ Outro(s): _____ ☐ Protocolos ☐ Equipes treinadas ☐ Articulação intersetorial ☐ Suporte institucional ☐ Outro(s): _____ Transcrição ou resumo ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial ☐ Não informado ☐ Outro(s): _____ ☐ Alta ☐ Moderada ☐ Baixa ☐ Não aplicável ☐ Outro(s): _____
7. Observações do Revisor	Comentários adicionais	Campo livre

APÊNDICE C - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL (TAI)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-000
Fone: (35) 3701 9153



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – TAI

Eu, *Túlio Lima da Silva*, no papel de *Secretário Municipal de Saúde de Alfenas-MG* e responsável pela *Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas, Minas Gerais*, manifesto plena ciência, concordância e autorizo formalmente a realização da pesquisa intitulada **“Capacidade institucional da Atenção Primária à Saúde na abordagem das condições crônicas associadas à doença renal crônica, sob a perspectiva de gestores, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde em Alfenas, Minas Gerais”**.

Esta pesquisa, coordenada pelos pesquisadores Murilo César do Nascimento e Alba Otoni Collares, tem como objetivo *Avaliar a capacidade institucional da Atenção Primária à Saúde na abordagem das condições crônicas associadas à doença renal crônica, sob a perspectiva de gestores, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde em Alfenas, Minas Gerais*. Tal avaliação será realizada por meio das perspectivas de gestores, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde em Alfenas, Minas Gerais, proporcionando uma visão abrangente e multifacetada sobre o tema.

Reconheço a importância desta pesquisa para o avanço na saúde renal e a melhoria da assistência aos pacientes. Comprometo-me com a ética, assegurando que todos os procedimentos seguirão as diretrizes éticas nacionais e internacionais, garantindo integridade, segurança e respeito aos direitos dos participantes. Portanto, a pesquisa será realizada em consonância com as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, com a Lei 13.709/18 Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que tratam dos aspectos éticos em pesquisa e tratamento de dados pessoais envolvendo seres humanos.

Afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, bem como dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

Afirmo ainda que todo procedimento a ser desenvolvido neste instituto/organização, que envolva o participante de pesquisa, será iniciado apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas -UNIFAL-MG, responsável pelo acompanhamento ético de pesquisas com seres humanos, localizado na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala O 314-E, Alfenas/MG, no telefone (35) 3701-9153, ou no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br.

Alfenas, 16 de fevereiro de 2024

TULIO LIMA DA
SILVA:10411714635

Assinado de forma
digital por TULIO LIMA
DA SILVA:10411714635

Túlio Lima da Silva
Secretário Municipal de Saúde de Alfenas-MG

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Alfenas, de de 2024 **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO - TCLE**
-Participante da Pesquisa-USUÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE

Dados de Identificação

Título da pesquisa: Capacidade institucional da Atenção Primária à Saúde na abordagem da doença renal crônica não dialítica como condição crônica, sob a perspectiva de gestores, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde em Alfenas, Minas Gerais

Pesquisador responsável: Murilo César do Nascimento

Pesquisadora participante: Alba Otoni Collares

Nome do participante:

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa parcialmente realizado na Santa Casa de Alfenas e intitulado "Capacidade institucional da Atenção Primária à Saúde na abordagem da doença renal crônica não dialítica como condição crônica, sob a perspectiva de gestores, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde em Alfenas, Minas Gerais", de responsabilidade do pesquisador Murilo César do Nascimento. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador(a) responsável. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar, ao final desse documento, se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa.

1. Esta pesquisa tem por objetivo: avaliar a capacidade institucional da Atenção Primária à Saúde na abordagem da doença renal crônica não dialítica como condição crônica, sob a perspectiva de gestores, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde em Alfenas, Minas Gerais. Ou seja, esta pesquisa quer saber se a unidade de saúde (PSF/UBS) foi capaz de assistir você adequadamente com relação a sua doença renal, antes de você entrar em diálise.

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista onde você irá responder as perguntas feitas pelo pesquisador, logo antes de você fazer sua sessão de hemodiálise, em sala reservada. Estas perguntas se referem a seus dados sociodemográficos, ou seja, sexo, idade, escolaridade e acesso aos serviços de saúde,

Rubrica do(a) pesquisador(a): _____ Rubrica do(a) participante: _____ Pág. 1 de 3



Ministério da Educação
Universidade Federal de Alfenas
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP - UNIFAL/MG
Telefone: (35) 3701-9153

além de perguntas contidas em um questionário específico, chamado PACIC, sobre orientações e os cuidados relativos a doença renal antes de entrar em diálise que você tenha recebido da unidade de saúde (PSF/UBS). Todas as perguntas serão digitadas em um tablet, com chave de segurança para acesso, e arquivadas para análise da pesquisa. Somente os pesquisadores responsáveis terão acesso a estes dados.

3. Durante a execução da pesquisa, poderá haver risco psíquico de desconforto/constrangimento em responder as perguntas e quebra de sigilo e anonimato, ou seja, vazamento de informações. Entretanto, para minimizar esses riscos além de uma sala reservada para a entrevista, você tem a liberdade para não responder questões constrangedoras. E para diminuir o risco de vazamento de informações, todos os dados coletados serão arquivados no tablet com dispositivo de segurança e utilizados exclusivamente para fins científicos.

4. Ao participar dessa pesquisa você contribuirá de forma indireta para a compreensão sobre como a Atenção Primária de Saúde presta assistência a pessoas com doença renal crônica não dialítica e os possíveis pontos que precisam de melhorias e aprimoramento.

5. Sua participação neste projeto terá a duração de aproximadamente 30 minutos que é o tempo necessário para coletar as informações na entrevista.

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo que a entrevista não implica em gastos; e você poderá deixar de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado(a) e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito a buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito à assistência integral e imediata, de forma gratuita pelo pesquisador responsável, pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Você poderá consultar o(a) pesquisador(a), Murilo César do Nascimento, no seguinte telefone 35 9163-2720 ou email murilo.nascimento@unifal-mg.edu.br e/ou o

Rubrica do(a) pesquisador(a): _____ Rubrica do(a) participante: _____ Pág. 2 de 3



Ministério da Educação
Universidade Federal de Alfenas
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP - UNIFAL/MG
Telefone: (35) 3701-9153

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

**O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

Eu, _____, declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrito.

(Assinatura do(a) participante da pesquisa)

(Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável / pesquisador(a) participante)

Rubrica do(a) pesquisador(a): _____ Rubrica do(a) participante: _____ Pág. 3 de 3

APÊNDICE E - REGISTRO DO PROTOCOLO DE REVISÃO NA OPEN SCIENCE FRAMEWORK (OSF)


OSFHOME




Project Navigation

Institutional Capacity of Primary Health Care in Addressing Non-Dialytic Chronic Kidney Disease: Scoping Review

0.0B
Private
Make Public
0
...

Contributors: [Marina de Azevedo Duarte](#), [José Édson Caetano da Silva](#), [Alba Otoni](#), [Murilo César do Nascimento](#)

Date created: 2025-04-28 06:12 PM | Last Updated: 2025-04-29 05:59 PM

Category:  Project

Description:

Chronic Kidney Disease (CKD), classified among Non-Communicable Diseases (NCDs), is experiencing rapid growth and poses a challenge for global public health. The lack of comprehensive strategies undermines the effectiveness of primary health care in preventing and managing patients with Non-Dialytic Chronic Kidney Disease (ND-CKD), a population still eligible for therapeutic alternatives before the need for Renal Replacement Therapy (RRT). This scope review aimed to map and synthesize international scientific evidence regarding the institutional capacity of primary health care in addressing Non-Dialytic Chronic Kidney Disease as a chronic condition. The methodology followed the structure proposed by the Joanna Briggs Institute (JBI) and was reported according to the PRISMA-ScR guidelines. Systematic searches were conducted in the PubMed, Scopus, Embase, Web of Science, LILACS, and Google Scholar databases. No time restrictions were applied. The selection process was conducted by two independent reviewers, and the extracted data were organized into a descriptive framework. A total of 14 studies were included in the final synthesis. Data analysis revealed that, although recognized as a strategic level for managing non-dialytic chronic kidney disease, primary health care still faces significant barriers, such as fragmented care, the absence of standardized protocols, low integration with specialized services, and limited use of information technologies. Successful strategies, such as community interventions, multidisciplinary support, and care management programs, were reported in specific contexts, but their implementation remains limited. It is concluded that the institutional capacity of primary health care in managing Non-Dialytic Chronic Kidney Disease is constrained in various countries, highlighting the need to strengthen early screening actions, care coordination, self-care support, and service integration to promote effective management of this chronic condition within primary health care.

License: CC-BY Attribution 4.0 International

DUARTE, Marina de Azevedo; SILVA, José Édson Caetano da; OTONI, Alba; NASCIMENTO, Murilo César do. *Institutional capacity of primary health care in addressing non-dialytic chronic kidney disease: scoping review*. Center for Open Science, 2025. Disponível em: <https://osf.io/tcqzw/>. Acesso em: 30 abr. 2025.

ANEXO A - ESCALA PACIC (PATIENT ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE)

Manter-se saudável pode ser difícil quando se tem uma condição crônica. Nós gostaríamos de saber como você, nessa condição, é atendido pela equipe de saúde. Isso inclui seu médico, enfermeira e outros profissionais da equipe que tratam seus problemas de saúde. Suas respostas serão confidenciais e não serão compartilhadas com profissionais da equipe.

Durante os últimos seis meses, quando recebeu atendimento para seu problema de saúde:

	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Perguntaram minha opinião quando definimos o plano para tratamento de meu problema de saúde (Doença Renal Crônica)?	.1	2	3	4	5
2. Deram opções de tratamento para que pudesse pensar sobre elas?	1	2	3	4	5
3. Perguntaram se tive problemas no uso dos medicamentos ou seus efeitos?	1	2	3	4	5
4. Recebi, por escrito, uma lista de coisas que poderia fazer para melhorar minha saúde?	1	2	3	4	5
5. Fiquei satisfeito com a organização do meu tratamento?	1	2	3	4	5
6 Explicaram que o que eu faço para cuidar de mim mesmo influencia meu problema de saúde (doença renal crônica)?	1	2	3	4	5
7. Perguntaram o que eu pretendo fazer para cuidar do meu problema de saúde (doença renal crônica)?	1	2	3	4	5
8. Ajudaram a definir como melhorar minha alimentação, praticar exercícios físicos, controlar o estresse, parar de fumar e evitar uso abusivo de álcool?	1	2	3	4	5
9. Recebi uma cópia, por escrito, do plano para tratamento de meu problema de saúde (doença renal crônica)?	1	2	3	4	5
10. Incentivaram a participar de grupos específicos (para hipertensos, diabéticos, caminhadas e reeducação alimentar) que pudessem me ajudar a enfrentar meu problema de saúde (doença renal crônica)?	1	2	3	4	5
11. Perguntaram sobre meus hábitos de saúde?	1	2	3	4	5
12. A equipe de saúde levou em conta o que eu penso, no que acredito, meu modo de vida, quando indicou meu tratamento?	1	2	3	4	5
13. Ajudaram a fazer um tratamento para que eu pudesse seguir no meu dia a dia?	1	2	3	4	5
14. Ajudaram a planejar como cuidar da minha saúde nos momentos mais difíceis da vida?	1	2	3	4	5
15. Perguntaram como meu problema de saúde (doença renal crônica) afeta minha vida?	1	2	3	4	5
16. A equipe de saúde me procurou, após a consulta, para saber como estava indo meu tratamento?	1	2	3	4	5
17. Incentivaram a participar de programas comunitários, como grupo de mães, pastoral do idoso, associações, que pudessem me ajudar?	1	2	3	4	5

18. Orientaram, individualmente ou em grupo, por um nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social, equipe de saúde bucal e/ou profissional de educação física, sobre cuidados com minha saúde?	1	2	3	4	5
19. Informaram que consultas com outros médicos especialistas, como oftalmologistas, cardiologistas, psiquiatras, podem ajudar no meu tratamento?	1	2	3	4	5
20. Perguntaram como estavam indo as visitas a outros médicos especialistas?					

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIFAL-MG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Capacidade institucional da Atenção Primária à Saúde na abordagem da doença renal não dialítica como condição crônica, sob a perspectiva de gestores, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde em Alfenas, Minas Gerais

Pesquisador: Murilo César do Nascimento

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78867824.1.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.832.772

Apresentação do Projeto:

No Brasil, evidenciou-se em torno de 6(seis) milhões de pessoas portadoras de doença renal ou algum comprometimento das funções renais sem o conhecimento prévio dessa condição de saúde (MARINHO et al., 2017). Ainda assim, percebe-se uma realidade assistencial fragilizada em todo território brasileiro no que diz respeito a abordagem preventiva que impacte na tomada de decisão terapêutica assertiva por parte do paciente a ponto de prevenir a evolução para a fase mais grave da doença renal (JESUS et al., 2019). Assim, conforme registra Ribeiro et al, (2019) seria de suma importância compreender na perspectiva da gestão da saúde e profissionais assistenciais na APS, bem como na perspectiva dos usuários dos serviços de saúde, qual a capacidade da instituição maior (APS) em assistir o paciente com doença renal ainda nos estágios não dialíticos onde muito se pode fazer para preservar a saúde dos rins. Este refere a um projeto de pesquisa de pós doutorado, com financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Quanto ao objetivo: Avaliar a capacidade institucional da Atenção Primária à Saúde na abordagem da doença renal crônica não dialítica como condição crônica, sob a perspectiva de gestores, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde em Alfenas, Minas Gerais.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.832.772

Análise do CEP:

1. claro e bem definido;
2. coerente com a propositura geral do projeto;
3. exequível (considerando tempo, recursos e método)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

1. Quanto ao risco refere que os gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema único de saúde, durante a execução da pesquisa, poderá haver risco mínimo, psíquico de desconforto/constrangimento em responder as perguntas e quebra de sigilo e anonimato. Entretanto, para minimizar esses riscos, os participantes terão liberdade para não responder questões que considerarem constrangedoras. E para diminuir o risco de vazamento de informações, todos os dados recebidos serão armazenados em tablet com dispositivo de segurança e utilizados exclusivamente para fins científicos. Os participantes poderão fazer qualquer pergunta sobre o estudo antes de aceitar participar e antes de assinar o TCLE, ou em qualquer fase do desenvolvimento da pesquisa, podendo contatar o pesquisador caso sinta necessidade. Será garantido o sigilo (segredo) das informações, o anonimato dos participantes, bem como a possibilidade de deixar de participar deste estudo a qualquer momento, mesmo após ter assinado o termo de consentimento, sem qualquer prejuízo assistencial. Ainda o participante poderá retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízos morais ou penalizações. Após o término e análise dos dados coletados, os pesquisadores devolverão aos gestores e profissionais de saúde, um relatório detalhado acerca das descobertas advindas da pesquisa, além de sugestões de propostas de abordagens e encaminhamentos adequados conforme descobertas em relação à assistência da DRC não dialítica na APS.

2. Quanto aos benefícios refere que os resultados obtidos poderão auxiliar na diagnóstico assistencial aos pacientes renais crônicos não dialíticos na APS. Além disso, poderão subsidiar o aprimoramento da assistência no município, viabilizando uma assistência de excelência para pessoas com DRC não dialítica.

Análise do CEP:

1. os riscos de execução do projeto foram descritos.
2. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos;

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro CEP: 37.130-001
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 6.832.772

3. para cada risco descrito, o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva desse risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Análise do CEP:

1. Metodologia da pesquisa - adequada aos objetivos do projeto, atualizada;
2. Referencial teórico da pesquisa - atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
3. Cronograma de execução da pesquisa - coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto.
4. Orçamento - presente e adequado.
5. Instrumentos - presentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Presente e adequado.
2. Termo de Assentimento (TA) - não se aplica.
3. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) - não se aplica.
4. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) - não se aplica.
5. Termo de Anuência Institucional (TAI) - presente e adequado.
6. Folha de rosto - presente e adequado.
7. Declaração de responsabilidade do pesquisador responsável - presente e adequado.
8. Projeto de pesquisa completo e detalhado- presente

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise, a Coordenação do CEP emite parecer ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2259551.pdf	16/05/2024 08:39:56		Aceito
Projeto Detalhado	PROJETO_DETALHADO_16_05_2024	16/05/2024	Murilo César do	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
 Bairro: centro CEP: 37.130-001
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL**



Continuação do Parecer: 6.832.772

/ Brochura Investigador	_assinado.pdf	08:38:03	Nascimento	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencia_CEP_UNIFAL_assinado.pdf	16/05/2024 08:37:40	Murilo César do Nascimento	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Compromisso_assinado.pdf	16/05/2024 08:36:50	Murilo César do Nascimento	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	16/05/2024 08:36:06	Murilo César do Nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGESTORESEPROFISSIONAISDESAUDE.pdf	02/04/2024 10:58:17	Alba Otoni	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAI_Tulio_Lima_da_Silva_240307_132945.pdf	19/03/2024 14:23:08	Alba Otoni	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAI_Dr_Carlos_Marcelo_de_Barros.pdf	19/03/2024 14:22:55	Alba Otoni	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 18 de Maio de 2024

Assinado por:
Ana Cláudia Mesquita Garcia
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br