

ALBUMINÚRIA, FUNÇÃO RENAL E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS PARA A IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NO SUS

ALBUMINURIA, KIDNEY FUNCTION AND RISK STRATIFICATION IN PRIMARY CARE: CHALLENGES FOR EARLY IDENTIFICATION OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN THE BRAZILIAN HEALTH SYSTEM

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.061-056>

Laila Thamares Ribeiro Rodrigues

Graduanda em Medicina

E-mail: lailathamares@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1794-3971>

Ivo Eduardo Amaral Vignardi

Acadêmico de Medicina pela Unisul, Tubarão – SC

E-mail: ivoedu123@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9535-5109>

Raul Souza da Cruz

Mestrando em Educação, Cuidado em Saúde e Enfermagem na Amazônia pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Associação UEPA/UFAM

E-mail: souzacruz246@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2372-9625>

Noedi Leoni de Freitas

Mestre em Ciências Ambientais pela Universidade Brasil

E-mail: leonirp@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3231-2717>

Alexandre Vendrame Bertucci

Acadêmico de Medicina pela UNISALESIANO de Araçatuba

E-mail: alexandrebertucci@ventucci.com.br

Amanda Oliva Spaziani

Mestra em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

E-mail: spazianimedica@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8651-8078>

Jefferson Lucas Sobrinho Rodrigues de Araújo

Pós-graduado em Urgência e Emergência

E-mail: Jeffersonluca.12@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5850-244X>

Wagner Rafael da Silva

Doutor em Engenharia Biomédica pela Universidade Brasil – UB

E-mail: wagner.silva@ub.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0952-4877>

Marcos Paulo Pereira Alves

Acadêmico de Medicina pela Universidade Brasil – UB

E-mail: marcospauloalves1978@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9725-6000>

José Martins Pinto Neto

Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo – USP

E-mail: jmpintoneto@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6794-8379>

Kaio Genario Ferreira de Melo

Graduando em Medicina pela Universidade Brasil, Fernandópolis – SP

E-mail: kaioamelomed@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5120-3560>

Daniel Drayton Ponês Antunes

Acadêmico de Medicina

E-mail: danieldrayton45@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4928-6284>

Vinicius de Lima Lovadini

Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo – USP

E-mail: viniciuslovadini@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9066-2160>

Resumo

A Doença Renal Crônica constitui condição de elevada relevância para a saúde pública, sobretudo por apresentar evolução frequentemente silenciosa e forte associação com hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e envelhecimento. Este capítulo teve como objetivo discutir a identificação precoce da doença renal na Atenção Primária à Saúde, com ênfase na avaliação conjunta da taxa de filtração glomerular estimada e da albuminúria, na estratificação prognóstica e na continuidade do cuidado no Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma revisão narrativa de caráter teórico e de atualização, fundamentada em diretrizes internacionais, documentos oficiais brasileiros e estudos recentes relacionados à detecção e ao manejo da doença renal crônica na atenção primária. A literatura evidencia que a utilização isolada da creatinina sérica pode deixar sem reconhecimento pessoas com lesão renal e filtração ainda preservada, enquanto a subutilização da relação albumina-creatinina urinária compromete a identificação de indivíduos sob maior risco. A combinação entre taxa de filtração glomerular estimada e albuminúria permite qualificar o diagnóstico, o prognóstico, a periodicidade do monitoramento e a definição dos casos que demandam cuidado compartilhado com a nefrologia. Conclui-se que a ampliação da detecção precoce

depende menos de rastreamento indiscriminado e mais da incorporação sistemática da avaliação renal aos grupos de risco, do seguimento dos resultados alterados, da educação permanente das equipes e da organização de fluxos assistenciais capazes de transformar achados laboratoriais em intervenções nefroprotetoras oportunas.

Palavras-chave: Albuminúria; Atenção Primária à Saúde; Doença renal crônica; Sistema Único de Saúde; Taxa de filtração glomerular.

Abstract

Chronic Kidney Disease is a major public health condition, particularly because it often progresses silently and is strongly associated with hypertension, diabetes mellitus, cardiovascular disease and ageing. This chapter aimed to discuss early identification of kidney disease in Primary Health Care, emphasizing the combined assessment of estimated glomerular filtration rate and albuminuria, prognostic risk stratification and continuity of care within the Brazilian Unified Health System. This is a narrative, theoretical and update review based on international guidelines, official Brazilian documents and recent studies related to the detection and management of chronic kidney disease in primary care. The literature indicates that isolated use of serum creatinine may fail to identify individuals with kidney damage and still-preserved filtration, whereas underuse of the urine albumin-creatinine ratio compromises recognition of patients at higher risk. Combining estimated glomerular filtration rate and albuminuria improves diagnosis, prognosis, monitoring frequency and the identification of cases requiring shared nephrology care. It is concluded that improving early detection depends less on indiscriminate population screening and more on systematically incorporating kidney assessment into the care of high-risk groups, following up abnormal results, providing continuing professional education, and organizing care pathways capable of translating laboratory findings into timely kidney-protective interventions.

Keywords: Albuminuria; Chronic kidney disease; Glomerular filtration rate; Primary health care; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) representa um problema crescente para os sistemas de saúde em razão de sua elevada morbidade, associação com doenças cardiovasculares, progressão potencial para falência renal e repercussões sobre qualidade de vida, hospitalizações e mortalidade. Sua relevância é ampliada pelo fato de que os estágios iniciais costumam ser assintomáticos, o que reduz a procura

espontânea por assistência motivada por sintomas renais e transfere aos serviços de saúde a responsabilidade de reconhecer precocemente indivíduos sob maior risco (KDIGO, 2024; Brasil, 2025).

A definição contemporânea de DRC considera a presença de alterações da estrutura ou da função renal persistentes por período superior a três meses e com implicações para a saúde. Essa definição inclui tanto a redução da taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) quanto marcadores de lesão renal, entre os quais a albuminúria apresenta importância clínica e prognóstica central. Consequentemente, a ausência de elevação expressiva da creatinina sérica não exclui comprometimento renal, principalmente quando a filtração permanece preservada e existe perda aumentada de albumina na urina (KDIGO, 2024).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na identificação da DRC porque acompanha longitudinalmente grande parte das pessoas com hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, obesidade, idade avançada e outras condições associadas ao risco renal. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), esse nível assistencial também exerce função de coordenação do cuidado, devendo articular ações preventivas, monitoramento clínico, tratamento das condições de base e encaminhamento oportuno quando a complexidade ultrapassa a capacidade resolutiva local (Brasil, 2025).

Entretanto, a potencialidade da APS não é automaticamente convertida em diagnóstico oportuno. Uma das principais lacunas é a avaliação renal centrada apenas na creatinina sérica, sem estimativa adequada da filtração glomerular ou sem mensuração da relação albumina-creatinina urinária. Em estudo envolvendo adultos com hipertensão ou diabetes, Chu et al. (2023) observaram ampla subutilização do teste de albuminúria e estimaram que parcela substancial dos indivíduos com albuminúria permanecia não identificada justamente pela ausência de testagem.

Essa lacuna produz uma forma de invisibilidade clínica. O usuário pode frequentar regularmente a unidade de saúde, realizar consultas e exames periódicos e, ainda assim, não ser reconhecido como portador de DRC ou como indivíduo de alto risco para progressão. A consequência é a perda de oportunidades para controle mais rigoroso de fatores modificáveis, revisão de medicamentos potencialmente nefrotóxicos, instituição de terapias nefroprotetoras quando indicadas e organização de um plano de seguimento proporcional ao risco (Chu et al., 2023; KDIGO, 2024).

Diante desse cenário, o recorte adotado neste capítulo concentra-se na integração entre albuminúria, função renal e estratificação de risco como componentes da identificação precoce da DRC na APS. O objetivo é discutir as limitações da avaliação baseada exclusivamente na creatinina, a utilidade da TFGe e da albuminúria, os obstáculos ao seguimento de resultados alterados e as possibilidades de organização do cuidado longitudinal no SUS, com ênfase na atuação multiprofissional e na coordenação entre os níveis assistenciais.

2 METODOLOGIA

O capítulo foi desenvolvido como revisão narrativa de caráter teórico e de atualização, orientada para a prática na Atenção Primária à Saúde. A construção do texto priorizou documentos normativos e diretrizes clínicas de reconhecida relevância para a DRC, com destaque para a diretriz *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* de 2024 e para documentos oficiais do Ministério da Saúde relacionados à doença renal crônica e às estratégias destinadas a atenuar sua progressão no SUS (KDIGO, 2024; Brasil, 2025).

Complementarmente, foram considerados estudos contemporâneos sobre testagem de albuminúria, reconhecimento de grupos de risco, rastreamento direcionado e manejo da DRC na atenção primária, com ênfase em publicações recentes e em evidências capazes de sustentar a discussão sobre lacunas diagnósticas. A seleção foi realizada por pertinência temática, consistência metodológica e aplicabilidade ao problema discutido, sem pretensão de exaustividade ou metanálise, característica compatível com o propósito de uma revisão narrativa de atualização.

A síntese foi organizada em eixos analíticos: natureza silenciosa da DRC; limitações da creatinina sérica isolada; papel da TFG_e; albuminúria como marcador de lesão e prognóstico; estratificação de risco; oportunidades relacionadas ao acompanhamento de hipertensão e diabetes; seguimento de resultados alterados; manejo longitudinal; atuação da enfermagem e da equipe multiprofissional; e organização da linha de cuidado no SUS. A discussão buscou articular evidências clínicas à perspectiva de saúde coletiva, considerando acesso, continuidade, territorialidade, equidade e coordenação da Rede de Atenção à Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A NATUREZA SILENCIOSA DA DRC E AS OPORTUNIDADES DE DETECÇÃO NA APS

A DRC pode evoluir durante anos sem produzir sintomas específicos. Edema, náuseas, fadiga intensa, alterações marcantes do volume urinário e manifestações urêmicas são mais frequentes em estágios avançados e, portanto, não constituem marcadores adequados para estratégias de detecção precoce. Essa característica exige uma lógica assistencial baseada em risco, na qual a presença de condições predisponentes desencadeia a avaliação renal mesmo na ausência de queixas (KDIGO, 2024).

Hipertensão arterial e diabetes mellitus constituem as principais portas de entrada para essa abordagem. Como essas condições são acompanhadas rotineiramente pelas equipes de saúde da família, a avaliação renal pode ser incorporada ao próprio seguimento clínico, sem a necessidade de criar uma linha paralela de atendimento. A mesma lógica se aplica a pessoas com doença cardiovascular, histórico familiar de doença renal, idade avançada, obesidade, exposição a medicamentos nefrotóxicos ou outras situações que aumentem o risco de deterioração da função renal (KDIGO, 2024; Safdar et al., 2025).

A ausência de sintomas também possui implicação educativa. Muitos usuários apresentam dificuldade para compreender a necessidade de realizar exames ou manter tratamento quando não percebem manifestações clínicas. Cabe à equipe explicar que o objetivo do acompanhamento renal é justamente identificar alterações antes que a perda funcional se torne clinicamente evidente. A comunicação clara sobre risco e prevenção pode favorecer adesão aos exames e reduzir a percepção de que a investigação renal somente se torna necessária diante de sintomas graves.

Na perspectiva da saúde coletiva, a detecção dirigida aos grupos de maior risco tende a ser mais racional do que o rastreamento indiscriminado de toda a população. Revisão sistemática recente sobre estratégias baseadas em fatores de risco destaca que a seleção de grupos de alto risco pode melhorar o rendimento diagnóstico e a eficiência do rastreamento na atenção primária, especialmente em cenários com recursos limitados (Korsa et al., 2025).

3.2 LIMITAÇÕES DA CREATININA SÉRICA E A IMPORTÂNCIA DA TFG

A creatinina sérica é amplamente utilizada na prática clínica, mas sua interpretação isolada apresenta limitações relevantes. Sua concentração é influenciada por massa muscular, idade, sexo, alimentação e outras características individuais. Assim, um resultado aparentemente situado dentro de uma faixa laboratorial de referência pode coexistir com redução clinicamente significativa da função renal, sobretudo em idosos, pessoas com baixa massa muscular e indivíduos com características corporais distintas daquelas pressupostas por uma interpretação puramente numérica (Inker et al., 2021; KDIGO, 2024).

A estimativa da taxa de filtração glomerular representa abordagem mais adequada para interpretar a função renal a partir da creatinina. As equações contemporâneas permitem classificar a TFG em categorias que participam diretamente da definição e da estratificação da DRC. A adoção de equações sem coeficiente racial também reflete avanços metodológicos voltados à redução de distorções clínicas e à maior equidade na interpretação da função renal (Inker et al., 2021).

A TFG, entretanto, não deve ser interpretada como medida isolada ou estática. A definição de doença crônica exige persistência da alteração por período superior a três meses ou outras evidências inequívocas de cronicidade. Reduções transitórias podem ocorrer por desidratação, infecção, alterações hemodinâmicas, uso de medicamentos e lesão renal aguda. A repetição do exame e a comparação com resultados prévios são, portanto, etapas essenciais para diferenciar uma alteração episódica de uma condição crônica (KDIGO, 2024).

Nesse ponto, a longitudinalidade da APS constitui vantagem concreta. A equipe que acompanha o usuário ao longo do tempo pode reconhecer a trajetória da TFG e identificar quedas progressivas que seriam menos perceptíveis em atendimentos fragmentados. Para que essa potencialidade seja efetiva, os

prontuários precisam facilitar a visualização de resultados anteriores e os profissionais devem interpretar tendências, não apenas valores isolados.

3.3 ALBUMINÚRIA COMO MARCADOR DE LESÃO RENAL E PROGNÓSTICO

A albuminúria possui dupla importância no cuidado renal: pode indicar lesão renal mesmo quando a TFG_e ainda está preservada e, simultaneamente, funciona como marcador prognóstico para progressão da DRC e eventos cardiovasculares. A relação albumina-creatinina urinária é recomendada como forma prática de avaliação e permite classificar a albuminúria em A1, A2 e A3, categorias que correspondem a níveis crescentes de excreção urinária de albumina e de risco clínico (KDIGO, 2024).

A categoria A1 corresponde a relação albumina-creatinina inferior a 30 mg/g, A2 a valores entre 30 e 300 mg/g e A3 a valores superiores a 300 mg/g. Essas categorias não devem ser analisadas separadamente da TFG_e. A matriz combinada de risco demonstra que um indivíduo com filtração relativamente preservada e albuminúria elevada pode apresentar risco considerável, enquanto pacientes com valores semelhantes de TFG_e podem ter prognósticos distintos conforme a intensidade da albuminúria (KDIGO, 2024).

A baixa utilização do exame continua sendo um obstáculo importante. Chu et al. (2023), em coorte com 192.108 adultos com hipertensão ou diabetes, identificaram que apenas 17,5% tinham registro de testagem de albuminúria no período analisado. Entre os indivíduos com albuminúria estimada, aproximadamente dois terços não haviam sido identificados pela ausência do teste. O estudo também observou associação entre testagem e maior utilização de terapias destinadas a reduzir risco renal e cardiovascular.

A relevância prática desses achados é direta para a APS. Um paciente com hipertensão e creatinina aparentemente estável pode não ser considerado portador de lesão renal se a albuminúria nunca for pesquisada. A situação é ainda mais crítica quando o resultado da relação albumina-creatinina é solicitado, mas não é repetido diante de possíveis fatores transitórios, como infecção urinária, exercício intenso ou descompensações clínicas. A confirmação da persistência evita tanto subdiagnóstico quanto classificação inadequada (KDIGO, 2024).

A subutilização da albuminúria não deve ser interpretada apenas como falha individual do profissional. Rotinas laboratoriais, disponibilidade do exame, protocolos locais, sistemas de informação e modelos de financiamento podem influenciar a frequência da testagem. Por isso, a qualificação do cuidado demanda intervenções organizacionais além da atualização do conhecimento clínico.

3.4 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E INDIVIDUALIZAÇÃO DO SEGUIMENTO

A classificação contemporânea da DRC utiliza a causa provável, a categoria de TFGe e a categoria de albuminúria. Essa estrutura permite abandonar uma visão simplificada em que todos os pacientes com a mesma filtração são tratados como se apresentassem risco equivalente. Quanto maior a combinação de redução da TFGe e albuminúria, maior tende a ser o risco de progressão, eventos cardiovasculares e necessidade de terapia renal substitutiva (KDIGO, 2024).

Na APS, a estratificação tem utilidade tanto clínica quanto gerencial. Pacientes em categorias de menor risco podem ser acompanhados longitudinalmente pela equipe de referência, com periodicidade de monitoramento adequada e controle dos fatores associados. Indivíduos com maior risco, deterioração rápida, albuminúria acentuada ou suspeita de etiologia específica podem demandar avaliação especializada ou cuidado compartilhado com a nefrologia.

Essa lógica ajuda a racionalizar encaminhamentos. Sistemas que encaminham todos os indivíduos com pequenas alterações laboratoriais tendem a sobrecarregar a atenção especializada, enquanto sistemas que utilizam apenas limiares muito avançados de creatinina ou TFGe podem encaminhar tardiamente pacientes de alto risco. A combinação entre marcadores e a trajetória clínica permite selecionar melhor quem realmente necessita de maior complexidade assistencial.

A estratificação também facilita a comunicação com o usuário. Em vez de transmitir apenas um valor de creatinina ou de TFGe, a equipe pode explicar que o risco renal resulta da combinação de diferentes informações e que a intensidade do acompanhamento é definida de acordo com esse conjunto. Essa abordagem favorece decisões compartilhadas e compreensão da necessidade de monitoramento mesmo quando a pessoa se sente clinicamente bem.

3.5 HIPERTENSÃO E DIABETES COMO JANELAS DE OPORTUNIDADE

Grande parte das pessoas com risco elevado de DRC já mantém contato frequente com a APS por hipertensão arterial ou diabetes mellitus. Essa realidade transforma o seguimento dessas condições em uma das principais janelas de oportunidade para detecção de lesão renal. A avaliação da função renal não deve ser um evento eventual, mas componente integrado da linha de cuidado das doenças crônicas (Brasil, 2025; KDIGO, 2024).

No diabetes, a identificação de albuminúria pode anteceder reduções importantes da TFGe e possui implicações prognósticas e terapêuticas. A avaliação conjunta da função glomerular e da albuminúria é recomendada para reconhecer precocemente indivíduos sob risco de progressão e orientar terapias com benefício renal e cardiovascular. A manutenção de acompanhamento baseado apenas em glicemia, hemoglobina glicada e creatinina pode, portanto, deixar uma lacuna relevante no cuidado (KDIGO, 2024).

Na hipertensão, a relação é bidirecional. A pressão arterial elevada favorece lesão renal e progressão da DRC, enquanto o comprometimento renal pode dificultar o controle pressórico. A presença de albuminúria acrescenta informação prognóstica e reforça a necessidade de abordagem integrada do risco cardiovascular e renal. Chu et al. (2023) evidenciaram que a testagem de albuminúria era particularmente baixa entre pessoas com hipertensão sem diabetes, indicando um grupo em que a doença renal pode permanecer subdetectada.

A incorporação de protocolos simples à rotina pode reduzir essa lacuna. Durante consultas de hipertensão e diabetes, a equipe pode verificar quando foram realizadas a creatinina com TFG_e e a relação albumina-creatinina, se resultados anormais foram repetidos e se existe classificação atualizada de risco. Essa checagem transforma o acompanhamento renal em parte do processo de trabalho, reduzindo dependência de decisões esporádicas.

3.6 O RESULTADO ALTERADO SEM SEGUIMENTO COMO PONTO CRÍTICO

Uma das falhas mais relevantes na linha de cuidado ocorre depois que o exame já foi realizado. Solicitar creatinina ou albuminúria não produz benefício se o resultado alterado não for visualizado, interpretado, confirmado quando necessário e incorporado ao plano terapêutico. A perda de seguimento transforma um exame potencialmente útil em informação sem consequência clínica.

A confirmação da cronicidade é especialmente importante. Um único valor de TFG_e abaixo de 60 mL/min/1,73 m² pode refletir situação transitória, e uma única medida de albuminúria pode ser influenciada por condições agudas. A persistência por mais de três meses ou a presença de outros marcadores de cronicidade é necessária para definição adequada da DRC (KDIGO, 2024).

Prontuários eletrônicos podem apoiar essa etapa por meio de alertas para resultados alterados, listas de usuários sem repetição de exames e visualização gráfica da trajetória da função renal. Contudo, a simples geração de alertas não resolve o problema se não houver fluxos definidos. Sistemas excessivamente carregados de avisos podem produzir fadiga, reduzindo a atenção justamente aos sinais de maior relevância clínica.

A responsabilidade pelo retorno do resultado precisa ser organizacionalmente clara. Em equipes multiprofissionais, enfermeiros, médicos e outros profissionais podem compartilhar mecanismos de acompanhamento, desde que exista definição sobre quem revisa os exames, quem aciona o usuário e quais alterações demandam reavaliação imediata, repetição programada ou encaminhamento.

3.7 MANEJO LONGITUDINAL E PREVENÇÃO DA PROGRESSÃO

A utilidade do diagnóstico precoce está vinculada à possibilidade de modificar a trajetória da doença. O reconhecimento de DRC permite intensificar o controle pressórico e glicêmico, revisar exposições nefrotóxicas, orientar cessação do tabagismo, promover atividade física e alimentação adequada e considerar terapias farmacológicas nefroprotetoras conforme indicação clínica (Brasil, 2025; KDIGO, 2024).

Os avanços terapêuticos recentes aumentaram a relevância da identificação precoce. A disponibilidade de medicamentos com benefício renal e cardiovascular em grupos específicos faz com que a informação sobre TFGe e albuminúria influencie diretamente decisões terapêuticas. Assim, a testagem deixa de ser apenas diagnóstica e passa a funcionar como elemento necessário para direcionar intervenções capazes de reduzir desfechos adversos.

O Ministério da Saúde atualizou em 2025 o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas das estratégias para atenuar a progressão da DRC, reforçando a importância de medidas destinadas a preservar função renal e prevenir complicações. A incorporação dessas orientações à APS requer que os profissionais reconheçam quais pacientes apresentam risco aumentado e acompanhem respostas, tolerabilidade e segurança do tratamento (Brasil, 2025).

A revisão de medicamentos merece atenção particular. Anti-inflamatórios não esteroides, combinações potencialmente nefrotóxicas e fármacos que exigem ajuste conforme a função renal podem contribuir para eventos adversos quando prescrições são mantidas sem reavaliação. O acompanhamento longitudinal favorece reconciliação medicamentosa e educação do usuário sobre riscos da automedicação.

O manejo também deve considerar risco cardiovascular, porque a DRC frequentemente se associa a eventos cardiovasculares antes mesmo da progressão para falência renal. A abordagem fragmentada, que separa cuidado renal, controle da pressão arterial, diabetes e prevenção cardiovascular, perde a oportunidade de intervir sobre mecanismos compartilhados de risco.

3.8 ENFERMAGEM E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO CUIDADO RENAL

A enfermagem possui posição relevante na detecção e no acompanhamento da DRC na APS. Consultas de enfermagem destinadas a hipertensão, diabetes, pessoas idosas e outras condições crônicas permitem revisar fatores de risco, resultados laboratoriais, adesão, uso de medicamentos, hábitos de vida e dificuldades de acesso ao cuidado. Essa atuação contribui para transformar a avaliação renal em prática longitudinal e não apenas em demanda médica eventual.

O enfermeiro pode identificar ausência de exames recentes, reconhecer resultados que necessitam avaliação compartilhada, reforçar a importância da coleta de albuminúria e orientar o usuário sobre o caráter silencioso da doença. A educação em saúde é particularmente importante porque muitos pacientes associam

doença renal apenas à presença de sintomas ou à necessidade de diálise, dificultando a compreensão de medidas preventivas nas fases iniciais.

Agentes comunitários de saúde podem colaborar na identificação de usuários com seguimento irregular, na busca ativa daqueles que não retornaram para avaliação de exames e no reconhecimento de barreiras sociais que dificultam a continuidade do cuidado. A proximidade com o território também permite reconhecer práticas de automedicação e condições de vulnerabilidade que interferem na adesão.

Farmacêuticos, nutricionistas e outros profissionais podem contribuir para revisão de medicamentos, adequação alimentar, educação e manejo das múltiplas condições associadas. A efetividade dessa abordagem depende, entretanto, de integração real entre os profissionais. A simples presença de diferentes categorias não garante cuidado multiprofissional se as informações permanecem fragmentadas e as decisões não são compartilhadas.

A discussão de casos, protocolos comuns e definição de critérios de encaminhamento fortalecem a coordenação. O objetivo não é transformar toda a equipe em especialista em nefrologia, mas garantir competências suficientes para reconhecer risco, acompanhar situações de menor complexidade e identificar oportunamente quando o suporte especializado é necessário.

3.9 ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO E EQUIDADE NO SUS

No SUS, a DRC deve ser abordada dentro da Rede de Atenção à Saúde, com a APS exercendo papel de coordenação e a atenção especializada funcionando de modo articulado. Um fluxo adequado inicia pela identificação de pessoas sob risco, segue pela avaliação de TFG_e e albuminúria, confirmação da cronicidade, estratificação e definição de um plano de monitoramento. O encaminhamento à nefrologia deve ocorrer conforme risco, progressão, complexidade etiológica e critérios clínicos, sem interromper a responsabilidade da APS pelo cuidado integral (Brasil, 2025).

A equidade deve orientar essa organização. Pessoas residentes em áreas rurais, periferias ou municípios com baixa disponibilidade laboratorial podem enfrentar obstáculos para realizar exames e consultas especializadas. Exigir o mesmo percurso assistencial de populações com diferentes condições de acesso pode reproduzir desigualdades. Estratégias como coleta descentralizada, transporte sanitário, telessaúde e apoio matricial podem ser necessárias conforme a realidade territorial.

A gestão pode utilizar indicadores para acompanhar a qualidade do cuidado renal. A proporção de pessoas com diabetes ou hipertensão que apresentam avaliação de TFG_e e albuminúria atualizada, o percentual de resultados alterados com repetição adequada, o tempo entre identificação de alto risco e avaliação especializada e a frequência de seguimento segundo categoria prognóstica são exemplos de indicadores com maior valor clínico do que a simples contagem de exames realizados.

A integração dos sistemas de informação também é estratégica. Resultados de laboratório, prescrições, atendimentos especializados e dados de internação precisam estar acessíveis à equipe que coordena o cuidado. Quando as informações permanecem dispersas, aumentam repetição de exames, falhas na conciliação terapêutica e perda de oportunidades para reconhecer progressão.

O fortalecimento da APS permite enfrentar a DRC antes que o problema seja traduzido apenas em demanda por diálise ou transplante. Sob a perspectiva da saúde coletiva, a eficiência do sistema depende de deslocar parte do esforço assistencial para estágios nos quais a prevenção da progressão ainda é possível, articulando vigilância de fatores de risco, diagnóstico oportuno e manejo longitudinal.

4 CONCLUSÃO

A identificação precoce da Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde exige superar uma abordagem centrada exclusivamente na creatinina sérica. A combinação entre taxa de filtração glomerular estimada e albuminúria oferece uma avaliação mais abrangente da presença de lesão renal e do risco de progressão, permitindo reconhecer indivíduos que permaneceriam invisíveis quando apenas a filtração é considerada (KDIGO, 2024).

A subutilização da relação albumina-creatinina urinária constitui uma lacuna relevante, principalmente entre pessoas com hipertensão e diabetes, grupos que já mantêm contato frequente com a APS. Incorporar a avaliação renal aos protocolos dessas condições representa estratégia pragmática para ampliar detecção sem recorrer a rastreamento indiscriminado da população (Chu et al., 2023; Korsa et al., 2025).

Entretanto, ampliar a solicitação de exames não é suficiente. O resultado precisa ser interpretado, repetido quando necessário, classificado e convertido em um plano assistencial. A perda de seguimento após achados anormais constitui um ponto crítico capaz de neutralizar os benefícios da testagem. Sistemas de informação, fluxos de retorno e definição de responsabilidades entre os profissionais podem reduzir essa ruptura.

A estratificação prognóstica permite adequar a intensidade do cuidado ao risco e orientar a integração entre APS e nefrologia. O acompanhamento especializado deve ser acionado de forma oportuna, sem que a equipe de atenção primária deixe de exercer sua função de coordenação e de atenção integral às demais condições do usuário.

No SUS, o fortalecimento da identificação e do manejo precoces da DRC depende da combinação entre educação permanente, disponibilidade laboratorial, organização regional, atuação multiprofissional e atenção às desigualdades territoriais. Transformar TFGe e albuminúria em instrumentos cotidianos de decisão clínica pode ampliar a capacidade da APS para preservar função renal, reduzir complicações cardiovasculares e retardar a progressão para estágios avançados da doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Renais Crônicas (DRC)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/drc>. Acesso em: 9 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas das Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/e/estrategias-para-atenuar-a-progressao-da-doenca-renal-cronica/view>. Acesso em: 9 ago. 2026.

CHU, C. D. et al. Estimated prevalence and testing for albuminuria in US adults at risk for chronic kidney disease. **JAMA Network Open**, v. 6, n. 7, e2326230, 2023. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.26230.

CHEN, T. K.; KNICELY, D. H.; GRAMS, M. E. Chronic kidney disease diagnosis and management: a review. **JAMA**, v. 322, n. 13, p. 1294-1304, 2019. DOI: 10.1001/jama.2019.14745.

INKER, L. A. et al. New creatinine- and cystatin C-based equations to estimate GFR without race. **New England Journal of Medicine**, v. 385, n. 19, p. 1737-1749, 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa2102953.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney International**, v. 105, supl. 4S, p. S117-S314, 2024.

KORSA, A. *et al.* **Risk factor-based screening for early detection of chronic kidney disease in primary care: a systematic review**. *Kidney Medicine*, 2025.

SAFDAR, F. *et al.* Chronic kidney disease in the primary care setting. **Journal of Clinical Medicine**, 2025.

SCHRAUBEN, S. J.; APPLE, B. J.; CHANG, A. R. Modifiable lifestyle behaviors and CKD progression: a narrative review. **Kidney360**, v. 3, n. 4, p. 752-778, 2022. DOI: 10.34067/KID.0003122021.

SUMIDA, K. *et al.* Conversion of urine protein-creatinine ratio or urine dipstick protein to urine albumin-creatinine ratio for use in chronic kidney disease screening and prognosis: an individual participant-based meta-analysis. **Annals of Internal Medicine**, v. 173, n. 6, p. 426-435, 2020. DOI: 10.7326/M20-0529.