



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 13, Issue, 03, pp. 61906-61910, March, 2023

<https://doi.org/10.37118/ijdr.25953.03.2023>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

ATUAÇÃO DO MÉDICO NO RASTREIO E MANEJO DA NEFROPATIA DIABÉTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*Larissa Dias Biolcati Rodrigues da Costa, Adelardo Rhian Oliveira Dos Santos Silva, Ana Paula De Paula, Cleidonilton Pereira Sales Junior and Marianne Da Guia Fernandes Da Costa Oliveira

Brazil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 03rd January, 2023

Received in revised form

10th February, 2023

Accepted 27th February, 2023

Published online 28th March, 2023

KeyWords:

"Médicos", "Nefropatias Diabéticas" e "Atenção Primária à Saúde".

*Corresponding author:

Larissa Dias Biolcati Rodrigues da Costa

ABSTRACT

Introdução: O adequado reconhecimento e manejo da nefropatia diabética desde as suas fases iniciais é fundamental para a prevenção de complicações e redução de desfechos clínicos. A atuação bem sucedida do médico da atenção primária na detecção precoce e no manejo da nefropatia diabética é um fator determinante para uma adequada condução desses pacientes desde as suas fases iniciais. **Objetivo:** esclarecer o papel do médico no diagnóstico e acompanhamento da nefropatia diabética na atenção primária. **Métodos:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre o papel do médico na abordagem da nefropatia diabética na atenção primária à saúde. A busca dos artigos foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período de agosto a setembro de 2022, nas bases de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). **Resultados:** Foram selecionados 6 estudos. Os artigos selecionados eram todos provenientes da base de dados Medline. Nenhum estudo foi realizado no Brasil. **Conclusão:** Por fim, foi constatado que o manejo eficiente de pacientes portadores de nefropatia diabética na atenção primária tem como premissas a realização de exames de triagem e graduação do risco renal de maneira periódica, adaptação da terapia medicamentosa dos problemas associados, incentivo à mudança de hábitos de vida, identificação precoce de pacientes com piora de caso e encaminhamento ao nefrologista em tempo hábil.

Copyright©2023, Larissa Dias Biolcati Rodrigues da Costa et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Larissa Dias Biolcati Rodrigues da Costa. 2023. "Atuação do médico no rastreio e manejo da nefropatia diabética na atenção primária: uma revisão integrativa", *International Journal of Development Research*, 13, (03), 61906-61910.

INTRODUCTION

A doença renal crônica (DRC) é uma das complicações mais relevantes do diabetes mellitus (DM), na qual o controle glicêmico inadequado é um dos fatores mais determinantes da sua progressão. Outros fatores associados ao diabetes também contribuem para a progressão da DRC, como hipertensão arterial sistêmica, hiperfiltração glomerular, tabagismo, dislipidemia, albuminúria, ingestão proteica, a presença de retinopatia diabética e de neuropatia periférica e as doenças cardiovasculares (Siviero, Machado & Cherchiglia, 2014; Murussi *et al.*, 2003). As barreiras para o reconhecimento da DRC avançada, incluindo a nefropatia diabética (ND), provavelmente incluem ausência de sintomas e concentrações minimamente elevadas de creatinina sérica (SCr), particularmente em pacientes idosos e frágeis. A primeira manifestação da ND costuma ser a presença de albuminúria (Robbins, 2013). Desse modo, as dosagens de albumina em amostra de urina são uma importante ferramenta para a sua detecção, inclusive precoce, sendo um procedimento rápido e de baixo custo (REF). Outra ferramenta utilizada é a avaliação da taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) com base na SCr do indivíduo, realizada com dados calculados a partir de fórmulas populacionais,

como o Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaborations (CKD-EPI), que vai relacionar a dosagem de creatinina com idade, gênero e etnia (Maciel *et al.*, 2019). Dada a elevada morbidade e mortalidade associada à progressão da doença renal diabética, o seu adequado reconhecimento e manejo desde as suas fases iniciais se torna fundamental para prevenção de complicações e redução da progressão e de desfechos clínicos. Considerando que os pacientes nessas fases iniciais se encontram conduzidos pela atenção primária no nosso país, fica claro que o monitoramento da função renal e da albuminúria são medidas simples e passíveis de serem realizadas em todos os níveis de atenção à saúde, principalmente na atenção básica. Além do rastreio e monitorização, a implementação de estratégias terapêuticas com evidência no retardo da progressão da nefropatia diabética é de suma importância desde o início da doença. De fato, a atuação bem sucedida do médico da atenção primária no diagnóstico e acompanhamento da nefropatia diabética se torna o principal fator determinante de uma adequada condução desses pacientes desde as suas fases iniciais. Diante disso, esta revisão procurou esclarecer o papel do médico no diagnóstico e acompanhamento da nefropatia diabética na atenção primária.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho é uma revisão integrativa da literatura, que se baseou nos seis passos descritos por Whittemore e Knafl¹⁷ (2007). A questão norteadora da pesquisa foi: "Qual o papel do médico na abordagem da nefropatia diabética na atenção primária à saúde?". A busca dos artigos foi realizada pela biblioteca virtual de saúde, no período de agosto a setembro de 2022, nas bases de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), na língua portuguesa, inglesa e espanhola: "Médicos", "Nefropatias Diabéticas" e "Atenção Primária à Saúde". Na estratégia de busca foi utilizado o operador booleano OR entre os termos em português, inglês e espanhol de mesmo significado e o operador AND para a interação entre os três descritores-base ("Médicos" OR "Physicians" OR "Médico" AND "Nefropatias Diabéticas" OR "Diabetic Nephropathies" OR "Nefropatías Diabéticas" AND "Atenção Primária à Saúde" OR "Primary Health Care" OR Atención Primaria de Salud"). Foram utilizados como critérios de inclusão na pesquisa, os artigos disponíveis nos últimos 10 anos, com texto completo em inglês, português ou espanhol, que abordassem o tema do estudo. Foram excluídos artigos incompletos, artigos com tema fora da atenção primária à saúde, ou que abordassem outras causas de doença renal ou transplante renal. Com a estratégia de busca, foram encontrados 31 artigos. Com base nos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 16 artigos. Desses, 10 artigos foram excluídos após análise do título e resumo. Em seguida, os artigos restantes foram avaliados na íntegra. Após esta avaliação, todos os artigos foram selecionados, resultando em uma amostra final de 6 artigos. Seguindo os critérios da pesquisa, elaborou-se um diagrama de fluxo (baseado no PRISMA) das etapas referentes à busca de evidências nas bases de dados (Figura 1).

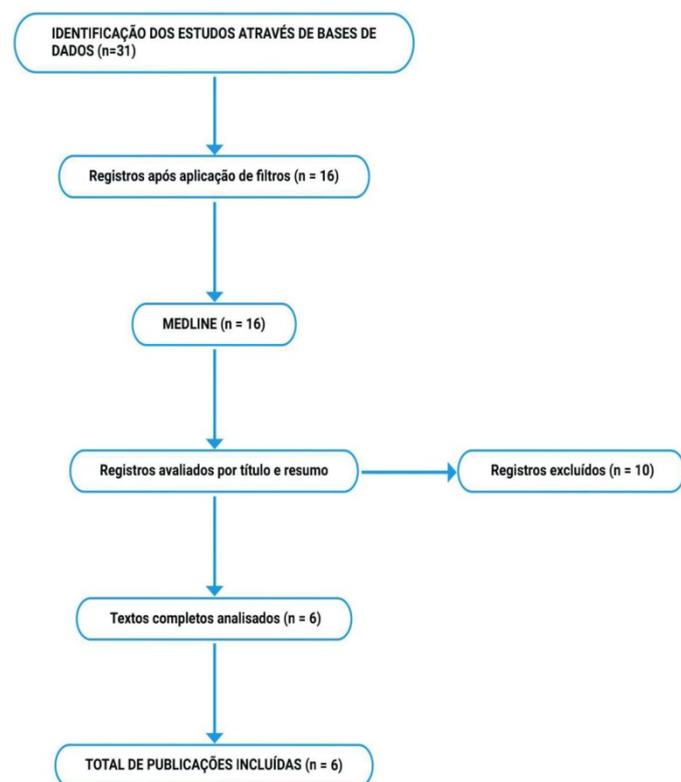


Figura 1. Diagrama de fluxo baseado no PRISMA

RESULTADOS

A presente revisão integrativa foi desenvolvida a partir de 6 estudos. Os artigos selecionados eram todos provenientes da base de dados Medline. Nenhum estudo foi realizado no Brasil. Os resultados foram organizados em duas tabelas e, posteriormente descritos em eixos de

análise. Na tabela 1, encontramos as características dos estudos quanto aos autores, ano de publicação, título do artigo e periódico de publicação. Para melhor apresentação dos resultados e da discussão, os estudos foram codificados de A1 a A6. A tabela 2, por sua vez, traz informações sobre os tipos de estudo e população, nível de evidência, objetivos e principais resultados de cada artigo.

DISCUSSÃO

Para uma análise eficiente dos dados, os artigos foram separados em 3 eixos temáticos baseados em suas semelhanças de abordagem geral. O primeiro eixo diz respeito à abordagem do contexto da atenção primária. Nesse sentido, encaixam-se os artigos A1 e A5, que abordam, respectivamente, lacunas apresentadas pelo acompanhamento oferecido na atenção primária e a comparação entre processos e custos dos cuidados de idosos portadores de DM por enfermeiros ou médicos da atenção primária. A2 compara o atendimento fornecido pela atenção primária em 5 países europeus e identifica fatores que influenciam o acompanhamento da DRD em cada contexto. A3, A4 e A6, por fim, foram analisados juntos no que se refere aos objetivos de desempenho do médico no exercício de seu papel na atenção primária.

O contexto da atenção primária na abordagem da DRD: Sobre demandas não cumpridas pela atenção básica, A1 expõe, por meio do resultado qualitativo de entrevistas, eixos de resultados. Ele enlencba baixa taxa de realização de testes de função renal em consultas corriqueiras de pacientes com diabetes para uma possível identificação precoce de nefropatia. O exame de albuminúria era pouco realizado pelos participantes da pesquisa. Além disso, A1 expõe lacunas do conhecimento dos médicos, que fazia com que a maioria dos diagnósticos registrados ocorresse em fases mais avançadas da doença. Ainda, erros muito comuns entre os participantes da pesquisa foram a estratificação de risco errônea e o encaminhamento tardio ao nefrologista. A5, por sua vez, compara o perfil de atendimentos de médicos e enfermeiros da atenção primária. Os resultados do estudo mostram um perfil de pacientes que, apesar de estarem distribuídos de forma equilibrada entre o grupo atendido por médicos e o grupo atendido por enfermeiros em relação à idade, sexo, raça e complicações do diabetes mellitus com ou sem controle, os participantes atendidos por enfermeiros tinham menos comorbidades. A5 mostra, também, que enfermeiros realizavam menos testes de triagem de risco nefrológico e realizavam mais encaminhamentos a especialistas quando comparados com os atendimentos feitos por médicos da atenção primária. Ainda, os pacientes dos enfermeiros aderiram menos ao tratamento medicamentoso proposto, que não diferia em muitos aspectos com aquele oferecido pelos médicos.

Fatores que afetam o tratamento da DRD: A análise do A2 permitiu destacar a influência de doença renal crônica no acompanhamento primário de pacientes nefropatas, comparando pacientes com e sem DRC. São comparadas diretrizes e o padrão de atendimento entre 5 países europeus (Áustria, Hungria, Holanda, Polónia e Escócia) de modo que as populações foram semelhantes com base no julgamento clínico. Cerca de 4000 pacientes foram avaliados ao todo. Os resultados destacam a prevalência de DRC associada a comorbidades cardiovasculares. A conduta medicamentosa aplicada a eles foi resumida a 3 classes essenciais: Agentes redutores de glicose (a maioria usava biguanidas e insulinas), agentes redutores de pressão arterial (diuréticos tiazídicos e antagonistas do cálcio) e agentes hipolipemiantes e o controle dos níveis de hemoglobina glicada era aceitável na maioria dos pacientes. A2 relaciona a albuminúria a pacientes com a HAS, de modo que 80% dos pacientes hipertensos apresentava albuminúria, e o descontrole era maior ainda em pacientes com insuficiência renal. Cada país apresentava uma diretriz própria, então o tratamento oferecido não era muito linear em casos semelhantes e, por vezes, era até conflitante.

Objetivos e desempenho do médico na abordagem da DRD na atenção primária: Em primeiro lugar, é importante dizer que A3, enquanto estudo observacional retrospectivo, analisa os parâmetros de avanço e alcance de metas no tratamento de pacientes de médicos da

atenção primária. O estudo foi realizado na Suíça e foram incluídos 1359 pacientes acompanhados por 109 médicos. Durante o período de tratamento analisado, os avanços alcançados foram comparados a metas específicas, e as metas foram alcançadas apenas em 38,9% para HbA1c (meta <7%), em 59,5% para pressão arterial (meta <130/80 mm Hg) e em 71,8% para LDL-c (meta <2,6 mmol/l).

A maioria dos participantes do estudo A3 era de caucasianos do sexo masculino, com idade da maioria sendo de 60-80 anos e uma taxa de filtração glomerular média de 60 ml/min foi encontrada em 77,6% dos pacientes. Hipertensão, dislipidemia e aterosclerose foram as três comorbidades mais relatadas.

Tabela 1. Caracterização dos estudos segundo autores, ano de publicação, título do artigo e periódico. Marabá, PA, Brasil, 2022

Código	Autores	Ano	Título do artigo	Periódico
A1	Datar, M; Ramakrishnan, S; Montgomery, E; Coca, SG; Vassalotti, JA; Goss, T.	2021	A qualitative study documenting unmet needs in the management of diabetic kidney disease (DKD) in the primary care setting	BMC Public Health
A2	Susanne, S; Leierer, J; Kerschbaum, J; Rosivall, Laszlo; Wiecek, A; deZeeuw, D; Mark, PB; Heinze, G; Rossing, P; Heerspink, HL; Mayer, G.	2019	Guidelines and clinical practice at the primary level of healthcare in patients with type 2 diabetes mellitus with and without kidney disease in five European countries	Diabetes & Vascular Disease Research
A3	Corcillo, A; Pivin, E; Lalubin, F; Pitteloud, N; Burnier, M; Zanchi, A.	2017	Glycaemic, blood pressure and lipid goal attainment and chronic kidney disease stage of type 2 diabetic patients treated in primary care practices	Swiss medical weekly
A4	Lamine, F; Lalubin, F; Pitteloud, N; Burnier, M; Zanchi, A.	2016	Chronic kidney disease in type 2 diabetic patients followed-up by primary care physicians in Switzerland: prevalence and prescription of antidiabetic drugs	Swiss medical weekly
A5	Kuo, Y; Goodwin, JS; Chen, N; Lwin, KK; Baillargeon, J; Raji, MA.	2015	Diabetes Mellitus Care Provided by Nurse Practitioners vs Primary Care Physicians	Journal of the American Geriatrics Society
A6	Eilat-tsanani, S; Reitman, A; Dayan, M; Mualem, Y; Shostak, A.	2014	Management of kidney disease in patients with diabetes in the primary care setting	Primary care diabetes

Tabela 2. Caracterização dos estudos código A1 a A6 segundo tipo de estudo, nível de evidência, áreas de atenção e tema do estudo. Marabá, PA, Brasil, 2022

Código/Tipo de estudo e população/Nível de evidência	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
A1/ Estudo observacional qualitativo 16 médicos da atenção primária (MAP)/ NE: 2B	Identificar lacunas na atenção primária e necessidades não atendidas no diagnóstico e acompanhamento da Doença renal diabética (DRD) em pacientes com diabetes tipo 2 (DM2) entre médicos da atenção primária (MAP).	Apenas 56% dos MAP realizavam testes de função renal em seus pacientes com DM2. Os MAPs relataram usar taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) sozinha como método mais frequente para monitorar e estadiar a DRD; apenas 25% relataram investigar albuminúria. Os tratamentos prescritos variaram mais entre os MAPs quanto aos estágios iniciais da DRD. E a estratificação de risco precoce e precisa dos pacientes com DRD emergiu como o mais importante problema não atendido
A2/ Coorte transversal multicentrico PROVALID: 4000 indivíduos com DM2 de cinco países europeus (Áustria, Hungria, Holanda, Polónia e Escócia) da APS/ NE: 2B	Descrever se a presença ou ausência de doença renal crônica afeta os principais aspectos do tratamento na população total e nos diferentes países participantes na APS e comparar a adesão ao ADA e ao KDIGO com relação ao controle metabólico e da pressão arterial, uso de bloqueadores do sistema renina-angiotensina, estatinas e ácido acetilsalicílico entre os países.	34,8% da população apresentava DRD. A mediana de HbA1c foi de 6,8% (variando de 6,5 na Polónia a 7,0% na Escócia). A média da PA foi significativamente maior em indivíduos com albuminúria elevada, os quais também foram mais frequentemente tratados com bloqueadores do SRAA (74,1% vs 84,6%). Apesar de comorbidades cardiovasculares e função renal semelhantes, o uso de tais agentes variou significativamente entre os países (66,7% a 87,4%).
A3/ Estudo transversal Foram recrutados na Suíça: 109 médicos da atenção primária, com a abordagem de 15 pacientes, individualmente. total=1359. NE:	Busca evidenciar as metas que devem ser alcançadas em pacientes diabéticos do tipo 2, demonstrando qual frequência de queda, para: pressão arterial, lipídios, HbA1c e LDL, para um acompanhamento e atingimento de metas pelo KDIGO, do paciente renal crônico.	Os estágios 1-2, 3a, 3b e 4 da doença renal crônica estavam presentes em 77,6%, 13,9%, 6,1% e 2,4%, respectivamente. A HbA1c média foi independente do estágio da doença renal crônica e próxima de 7%; mais da metade dos pacientes atingiu a meta de HbA1c.
A4/ Estudo transversal Incluídos 1358 pacientes por 108 médicos, entre clínicos gerais e internistas. NE: 2C	Enfatizar a necessidade da triagem na atenção primária, pela dosagem da albumina/creatinina urinária, além da necessidade de uma terapia farmacológica, sempre avaliando o risco/benefício.	Apenas 30,6% dos pacientes tinham uma entrada para relação albumina/creatinina urinária. Dentre eles, 35,6% estavam no estágio A2 da DRC e 4,1% no estágio A3. Apesar das limitações existentes, metformina e sulfoniluréias foram prescritas em 53,9% e 16,5%, respectivamente, dos pacientes com DRC avançada (eGFR <30 ml/min); mais de um terço dos pacientes estavam em um inibidor de dipeptidilpeptidase-4 em todos os estágios da DRC. O uso de insulina aumentou progressivamente de 26,8% no estágio 1-2 da DRC para 50% no estágio 4.
A5/ Estudo de coorte retrospectivo NE: 2B	Comparar os processos e custos dos cuidados de idosos com diabetes mellitus atendidos por enfermeiros (NPs) com os processos e custos dos cuidados de médicos da atenção primária (PCPs).	Os profissionais de enfermagem foram semelhantes aos PCPs ou ligeiramente mais baixos em suas taxas de cuidados concordantes com a orientação do diabetes mellitus. Os NPs usaram consultas especializadas com mais frequência, mas tiveram custos gerais de atendimento semelhantes aos dos PCPs.
A6/ Estudo observacional. NE: 2C	Validar o desempenho de clínicos gerais (GPs) no cuidado de diabéticos, pacientes em áreas representadas ou não por indicadores de qualidade.	A medição da pressão arterial e o teste de hemoglobina glicosilada foram de 99% e 98%, respectivamente. Em contraste, a taxa de desempenho de atividades específicas focadas na doença renal, como encaminhamento de pacientes com proteinúria para consulta nefrológica, foi de 36% no ponto final.

*APS: atenção primária à saúde; ADA: American Diabetes Association; KDIGO: Kidney Disease: Improving Global Outcomes

A meta de reduzir a hemoglobina glicada para abaixo de 7% foi alcançada em 53% dos indivíduos com DRC estágio 0–2 e em 48,8% daqueles com DRC estágio 3a–4; a meta de reduzir para abaixo de 8% foi alcançada em 79,1% dos pacientes com DRC estágio 3a–4. Para tratar pressão arterial, BRAS e IECAS foram os medicamentos mais prescritos. À medida em que a idade aumentava, o índice de hipertensão também crescia, como também foi constatado em A2. A meta de LDL-C foi alcançada mais facilmente entre pacientes mais velhos. As metas de HbA1c são alcançadas com mais frequência, mas as metas de pressão arterial são alcançadas com menos frequência (menos da metade dos casos), especialmente em estágios avançados de DRC. Para que fossem alcançadas, o recurso de terapias associadas era utilizado, muitas vezes, o que torna a polifarmácia comum entre os pacientes participantes do estudo DRC. Ainda, ressalta-se que indivíduos mais velhos (maiores de 70 anos) foram tratados de forma mais agressiva que indivíduos mais jovens portadores de nefropatia. A4 apresentou o mesmo perfil de pacientes de A3, sendo que 70% deles relatava possuir uma dieta saudável. O declínio estimado da função renal foi de $-1,15$ ml/min/ano para homens e $-1,03$ ml/min/ano para mulheres. 45% dos pacientes apresentavam nefropatias significativas e 22% mostraram necessidade de terapias antidiabéticas imediatamente.

A metformina (prescrita em 74% dos casos) e os inibidores da DPP-4 (34,2% das prescrições) foram os dois antidiabéticos orais mais prescritos. O uso de sulfonilreias, por conseguinte, foi o menos frequente. A terapia inadequada envolvendo esses medicamentos foi observada com frequência, especialmente para metformina em pacientes com DRC estágio 3b ou mais, entre os quais foi registrada necessidade de ajuste da dose. As sulfonilreias, por sua vez, devem ser menos prescritas à medida que o grau de DRC aumenta, e isso não ocorria de fato entre os participantes da pesquisa. Outros medicamentos, como inibidores de DPP-4 e agonistas de GLP-1, foram frequentes nas prescrições dos médicos da atenção básica e também apresentaram necessidade de ajuste de dose entre os participantes que faziam uso contínuo. Por fim, A6 descreve a observação de pacientes 6 meses antes e depois da observação clínica. O padrão de atendimento nesse período de tempo visava o controle de qualidade. Os resultados trouxeram que há maior risco de DRC em pacientes que também apresentavam cardiopatias (o que está em acordo com os resultados dos demais artigos analisados pela presente revisão). Foi identificada a necessidade de melhoria da análise do funcionamento renal em consultas de rotina e a necessidade de encaminhar os pacientes mais cedo ao nefrologista. O perfil de pacientes identificados pelos autores como mais encaminhados era de homens, idosos e com DRC avançada. Ainda, altos níveis de anemia eram identificados entre os pacientes do estudo.

Comparação com as demais literaturas: O presente trabalho pôde identificar, a partir da análise das pesquisas selecionadas, demandas não cumpridas pela atenção básica, características dos pacientes com DRC causada por nefropatia diabética atendidos e recomendações de manejo desses indivíduos. Primeiramente, as demandas que deveriam ser sanadas pela atenção primária englobam baixa taxa de realização de testes devido a falta de recursos e/ou tempo para sua realização, lacunas no conhecimento dos médicos da atenção primária que provocam subdiagnóstico em pacientes nefropatas ou classificação inadequada desses pacientes. Esses são relatados em estudos sobre a eficácia dos atendimentos na atenção primária e estão relacionados também a outras patologias¹⁵. Ainda, foi possível identificar a baixa adesão dos pacientes às consultas e também obstáculos envolvendo protocolos de atendimento ambíguos ou que não esclarecem quais testes devem ser realizados em quais momentos⁶. Isso provoca incerteza quanto à estratificação e classificação do paciente portador de nefropatia diabética, prejudicando, também, a identificação pelo médico do momento ideal a se realizar o encaminhamento ao nefrologista¹⁶. Ficou claro, também, que o manejo dos pacientes nem sempre segue diretrizes internacionais específicas, o que faz com que a abordagem varie muito de acordo com o país estudado^{16,17,18}. A DRC, portanto, segue sendo vista pelos pesquisadores a partir de uma noção de redução de danos e prevenção de complicações cardiovasculares, de maneira alinhada nos estudos revisados^{16,17,18}.

Nesse ínterim, a tríade BRA/IECA, AAS e estatinas foi a maior recomendação para prevenir e tratar a hipertensão em pacientes diabéticos nefropatas, de maneira que não houve contraindicações imediatas^{16,17,18,19}, e ela se encontra de acordo com as recomendações e diretrizes atualizadas em nefrologia^{20,22}. Outro fator interessante é o de que o manejo e prevenção de doenças cardiovasculares na atenção primária é muito melhor que o de nefropatia diabética devido à complexidade do DM6,¹⁹ Quanto a algumas peculiaridades do tratamento de DRD, os artigos consideraram pacientes com hábitos pouco saudáveis (como tabagismo), IMC elevado e idade avançada menos susceptíveis a alcançar as metas propostas, o que também está em consonância com estudos anteriores¹⁷. Apesar disso, tratamentos mais incisivos foram direcionados a esse perfil de pacientes, fazendo com que em alguns parâmetros o alcance de metas fosse mais frequente entre eles do que entre pacientes mais jovens^{6,7,17}. Foi constatado, também, que a nefropatia diabética amplia consideravelmente o risco cardiovascular e a mortalidade, revelando a necessidade de abordagem multifatorial/conjunta com demais especialidades^{6,7}, fator que está de acordo com a literatura médica da área^{20,23}. Apesar desse risco, muitos ajustes de dose e prescrições medicamentosas não eram realizadas quando deveriam²², o que vai de encontro com a literatura médica e evidencia a necessidade de educação contínua dos médicos da atenção primária^{18,20,22}. Principalmente porque prescrever medicamentos a pacientes com DRC é desafiador²⁰, devido à necessidade de adequação da dose pela taxa de filtração glomerular e risco de interações medicamentosas com outras terapias (em especial relacionadas a inibidores de DPP-4 e agonistas de GLP-1)^{18,21}. Existe, nesse ínterim, a pouca identificação de pacientes que apresentam risco de progressão do quadro clínico. O diagnóstico tardio da maioria dos casos também foi exposto pelos artigos analisados e o perfil de pacientes diabéticos que possuem DRC raramente se apresenta sem complicações cardiovasculares em sua história clínica, o que já é constatado por pesquisas anteriores e tratados de nefrologia^{20,21,22}. Outros pontos-chave a serem analisados são a presença de cardiopatia e se, no exame de urina, há proteínas ou sangue⁷. Outro fator a ser destacado é o de que a investigação de risco renal era realizada com menos intensidade que o ideal. A identificação precoce, nesse ínterim, proporciona o encaminhamento do paciente diabético ao nefrologista antes da progressão da insuficiência renal⁶. Além de proporcionar economia de recursos, o tratamento especializado fornece melhores prognósticos aos pacientes por propiciar a identificação e abordagem adequada de quadros progressivos de DRC¹⁹. Outro fator a ser discutido é a necessidade de educação continuada oferecida aos médicos da atenção primária, visto que medidas associadas à prevenção de complicações nefrológicas do diabetes são menos realizadas quando comparadas com as medidas de prevenção de risco cardiovascular, por exemplo^{6,18}. Um dos possíveis motivos para isso é a complexidade clínica do DM^{20,22}.

CONCLUSÃO

Considerando o contexto e as possibilidades oferecidas pela atenção primária, é possível considerar que o trabalho realizado frente à nefropatia diabética enfrenta obstáculos envolvendo a formação profissional, tempo e recursos para a realização de exames, falhas na estratificação de risco e baixa adesão de pacientes ao acompanhamento regular. É importante que a conduta médica não se restrinja ao conhecimento intuitivo, mas que siga as diretrizes nacionais e/ou internacionais. Portanto, a expectativa seria um aumento do diagnóstico nas fases iniciais, possibilitando maiores alternativas preventivas e terapêuticas para redução de desfechos clínicos (renais, cardiovasculares e de mortalidade). Deve-se atentar, como conseguinte, ao risco de anemia, níveis de aminoácidos de cadeia ramificada (ACR) no sangue, como albumina e creatinina. Fazem parte do manejo recomendado a aferição e controle da pressão arterial, realização de exames de sangue para LDL-C, HbA1c e hemoglobina para idade inferior a 75 anos. Por fim, a correção da hemoglobina e progressos nas visitas à clínica nefrológica foi mais associada ao sexo masculino que ao feminino.

REFERÊNCIAS

- Abdel-Kader K, Greer RC, Boulware LE, Unruh ML. Primary care physicians' familiarity, beliefs, and perceived barriers to practice guidelines in non-diabetic CKD: a survey study. *BMC Nephrology*. 2014 Apr 22;15(1).
- Bastos RMR, Bastos MG, Ribeiro LC, Bastos RV, Teixeira MTB. Prevalência da doença renal crônica nos estágios 3, 4 e 5 em adultos. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2009;55(1).
- Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 2011 Mar;33(1):93–108.
- Burden R, Tomson C. Identification, management and referral of adults with chronic kidney disease: concise guidelines. *Clinical Medicine*. 2005 Nov 1;5(6):635–42.
- Cueto-Manzano AM, Cortés-Sanabria L, Martínez-Ramírez HR. Role of the Primary Care Physician in Diagnosis and Treatment of Early Renal Damage. *Ethnicity & Disease* [Internet]. 2009 [cited 2022 Nov 3];19:68–72. Available from: <https://www.jstor.org/stable/48667821>
- Datar M, Ramakrishnan S, Montgomery E, Coca SG, Vassalotti JA, Goss T. A qualitative study documenting unmet needs in the management of diabetic kidney disease (DKD) in the primary care setting. *BMC Public Health*. 2021 May 17;21(1).
- Eilat-Tsanani S, Reitman A, Dayan M, Mualem Y, Shostak A. Management of kidney disease in patients with diabetes in the primary care setting. *Primary Care Diabetes*. 2014 Jul;8(2):159–63.
- 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *Clinical and Experimental Hypertension*. 1999 Jan;21(5-6):1009–60.
- Lea JP, McClellan WM, Melcher C, Gladstone E, Hostetter T. CKD Risk Factors Reported by Primary Care Physicians: Do Guidelines Make a Difference? *American Journal of Kidney Diseases*. 2006 Jan;47(1):72–7.
- Rodríguez-Poncelas A, Garre-Olmo J, Franch-Nadal J, Díez-Espino J, Mundet-Tuduri X, Barrot-De la Puente J, *et al.* Prevalence of chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes in Spain: PERCEDIME2 study. *BMC Nephrology* [Internet]. 2013 Feb 22; 14(1). Available from: <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2369-14-46>
