



# Políticas públicas voltadas ao paciente dialítico com doença mineral óssea: revisão da literatura

*Public policies for dialysis patients with bone mineral disease: literature review*

Maria Valéria de Oliveira Magalhães<sup>1</sup>, Tassiane Cristina de Moraes<sup>1</sup>

## RESUMO

**Introdução:** Com o envelhecimento da população, o aumento das Doenças Crônicas não Transmissíveis e dificuldade de controle destas doenças na rede básica de saúde, a Doença Renal Crônica está cada vez mais prevalente e hoje já é considerada um problema de Saúde Pública devido a seu crescimento exponencial a nível mundial. Os distúrbios minerais e ósseos são importantes complicações da Doença Renal Crônica, associados a desfechos adversos, incluindo aumento de mortalidade. O maior desafio no tratamento da Doença Renal Crônica é o tratamento adequado e multiprofissional da Doença Mineral Óssea. As políticas públicas de saúde para enfrentamento da Doença Renal Crônica são recentes e carecem de muitos ajustes, e não contemplam rede de atenção, e serviços públicos de atendimento especializado para o acompanhamento desta grave complicação dos pacientes dialíticos. **Objetivo:** Descrever a problematização sobre as Políticas Públicas de Saúde e os Serviços que dão suporte ao paciente dialítico no enfrentamento da Doença Mineral Óssea. **Método:** Revisão narrativa da literatura usando descritores no Decs BVS e no catálogo de autoridades da Biblioteca Nacional sobre “Políticas Públicas em Saúde” e “Doença Mineral Óssea”. **Resultados:** Descrição cronológica das políticas públicas na Doença Renal Crônica e na principal complicação, Doença Mineral Óssea, ressaltando os desafios e perspectivas e a situação atual do Espírito Santo para o enfrentamento da doença.

**Palavras-chave:** Políticas públicas; Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica; Insuficiência Renal Crônica.

## ABSTRACT

**Introduction:** With the aging of the population, the increase in Chronic Non-Communicable Diseases and the difficulty of controlling these diseases in the basic health network, chronic kidney disease is increasingly prevalent and is now considered a Public Health problem due to its exponential growth world level. Mineral and Bone Disorders are important complications of chronic kidney disease, associated with adverse outcomes, including increased mortality. The biggest challenge in the treatment of chronic kidney disease is the appropriate and multidisciplinary treatment of Bone Mineral Disease. Public health policies for coping with chronic kidney disease are recent and need many adjustments, and do not include a care network, and public services of specialized care for the monitoring of this serious complication of dialysis patients. **Objective:** To describe public health policies that contribute to coping with Bone Mineral Disease in dialysis patients. **Method:** Narrative review using descriptors in the Decs BVS and in the catalog of authorities of the National Library on “Public Health Policies” and “Bone Mineral Disease”. **Results/conclusion:** Chronological description of public policies in chronic kidney disease and its main complication, Bone Mineral Disease, highlighting the challenges and perspectives of coping with the disease in the current scenario in the state of Espírito Santo, Brazil.

**Keywords:** Health policy; Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder; Chronic kidney failure.

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória/ES, Brasil.

## Correspondência

mvomag19@gmail.com

## Direitos autorais:

Copyright © 2024 Maria Valéria de Oliveira Magalhães, Tassiane Cristina de Moraes.

## Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

## Submetido:

12/6/2023

## Aprovado:

14/1/2024

## ISSN:

8/4/2024

## INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estão entre as principais causas de óbitos no Brasil e no mundo, correspondendo a 70% da taxa de mortalidade mundial e em torno de 38 milhões de mortes por ano<sup>1</sup>. Em 2019, o mesmo grupo patológico foi responsável por 54,7% dos óbitos registrados no Brasil, segundo dados obtidos no Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2021-2023<sup>2</sup>, configurando-se como um grave problema de saúde pública global devido ao aumento de sua incidência, prevalência e do índice de morbimortalidade<sup>3</sup>.

Uma das DCNT mais prevalentes no Brasil e no mundo é a Doença Renal Crônica (DRC), a qual afeta cerca de 850 milhões de pessoas que passam a lidar com um alto desgaste socioeconômico, sendo necessária a realização de terapia renal substitutiva (TRS), na forma de diálise ou transplante renal<sup>4,5</sup>. No Brasil, o agravo acomete mais de 10 milhões de indivíduos<sup>5</sup>, e tem como principais etiologias a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus<sup>6</sup>.

De acordo com os últimos dados computados pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo em 2020, 144.774 indivíduos se encontravam em tratamento dialítico no Brasil, sendo 2.800 apenas no Espírito Santo<sup>7</sup>.

Paralelamente, associado à Doença Renal Crônica e ao tratamento dialítico, outras complicações surgem, e entre essas, a Doença Mineral Óssea (DMO)<sup>8</sup> objeto de estudo desta pesquisa. A DMO relacionada a DRC (DMO- DRC) é uma síndrome que envolve distúrbios clínicos, bioquímicos (cálcio, fósforo, hormônio da paratireóide (PTH), vitamina D, anormalidades ósseas, calcificação extraesquelética e distúrbios cardiovasculares<sup>9</sup>.

Além disso, a Doença Mineral Óssea não somente é a principal causa de calcificação dos vasos sanguíneos e de Doença Cardíaca, nesta população, como pode ainda apresentar consequências limitantes acarretadas pela falta de acompanhamento e de tratamento adequado, que incluem dores ósseas intratáveis, ruptura de tendões, retardo

de crescimento em crianças e jovens, fraturas, tumores ósseos e aumento do risco de quedas<sup>10</sup>.

As limitações causadas pela DMO-DRC ocasionam prejuízo físico e psíquico, uma vez que, em geral, os indivíduos estão inseridos em um contexto de afastamento de seu grupo social, lazer, atividades laborais, e algumas vezes da própria família. Diante desse cenário, é comum tomarem-se emocionalmente fragilizados, fato que pode conduzir a um agravamento de sua qualidade de vida<sup>11</sup>.

Dessa forma, o objetivo do presente artigo foi descrever a problematização sobre as Políticas Públicas de Saúde e os Serviços que dão suporte ao paciente dialítico no enfrentamento da Doença Mineral Óssea para contribuir com o desenvolvimento de novas políticas públicas de saúde de forma que os pacientes dialíticos possam ser tratados em sua integralidade, desde o diagnóstico até as complicações da doença renal crônica.

## MÉTODOS

Devido ao limitado número de estudos evidenciados na literatura sobre Políticas Públicas na DMO optei por fazer uma revisão científica, apresentando as temáticas de forma mais aberta, em que se têm publicações amplas e apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, do ponto de vista teórico ou conceitual, sendo possível a análise e interpretação das produções científicas já publicadas<sup>12</sup>.

As políticas públicas comportam vários olhares, classificações e diferentes áreas de conhecimentos<sup>13</sup>, e referem-se um campo de atividade política planejada e efetuada por um ente estatal ou sob orientação e acompanhamento deste, e se faz necessário construir uma narrativa conceitual e histórica destas políticas públicas na DMO-DRC, assim como explicar as dificuldades e fazer abordagem de forma crítica dos dados encontrados.

A busca dos descritores utilizados no Decs BVS e no catálogo de autoridades da Biblioteca Nacional (BN) foi realizada buscando termos semanticamente semelhantes, conforme mostra a Quadro 1 abaixo.

**QUADRO 1.** Descritores elegíveis para pesquisa base de dados

Termos relevantes contidos no título	Termo(s) semanticamente semelhante(s) ao(s) termo(s) definido(s) na coluna anterior deste quadro “Políticas Públicas em Saúde”	Confirmação e/ou origem de termo(s) em instrumentos de controle de linguagem e/ou na literatura
Políticas públicas de saúde / Política Pública de Saúde	“Políticas Públicas em Saúde” “Política de Atenção à Saúde” “Health Policy” “Políticas de Saúde”	Decs BVS e catálogo autoridades da BN
Doença mineral óssea na doença renal crônica	“Chronic Kidney Disease- Mineral and Bone Disorder” “Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica” “Distúrbio do Metabolismo Mineral e Ósseo Decorrente da Doença Renal Crônica” “CKD-MBD” “DMO-DRC”	Decs BVS
Serviços de atendimentos	“Serviço de Atendimento” “Serviços Ambulatoriais de Saúde” “Ambulatory Care”	Decs BVS
Diálise	“Dialysis” “Diálise”	Decs BVS

Fonte: Elaboração própria.

Após a definição dos descritores, foi realizada a elaboração de estratégia/expressão de busca transcrevendo os termos acima definidos e aplicando os operadores lógicos booleanos adequadamente. Porém, quando adotados os termos relacionados a serviços de atendimento, limitava muito os resultados, então optei pelo uso da seguinte estruturação:

- Português: (“Políticas Públicas de Saúde” OR “políticas de saúde” OR “Política de Atenção à Saúde”) AND (“Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica” OR “DMO-DRC”).
- Inglês: “Health Policy” AND (“chronic kidney disease-Mineral and Bone Disorder” OR CKD-MBD OR “Chronic Renal Insufficiency” OR “Chronic Kidney Failure”).

Por considerar a BVS uma base de dados importante, precisamos mudar a estrutura de busca nesta

base, que não apresentou resultados com a estrutura de busca utilizada para as outras bases:

- (“Health Policy”) AND (“Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder”) – (2012-2021).

Por meio da busca avançada, realizada no dia 30 de agosto de 2021, utilizando os termos acima, realizada no Google Acadêmico, PubMed, BVS, além dos sites governamentais, estadual e federal, onde foram encontrados os dados abaixo relacionados no Quadro 2.

Os critérios de inclusão da busca na base de dados, foram pacientes adultos, nos idiomas português e inglês, no período de 2011 a 2021, excluindo citações, e incluídos trabalhos da literatura cinzenta, como os produzidos no âmbito governamental e acadêmico.

Todos os trabalhos selecionados foram catalogados no gerenciador de referências bibliográficas

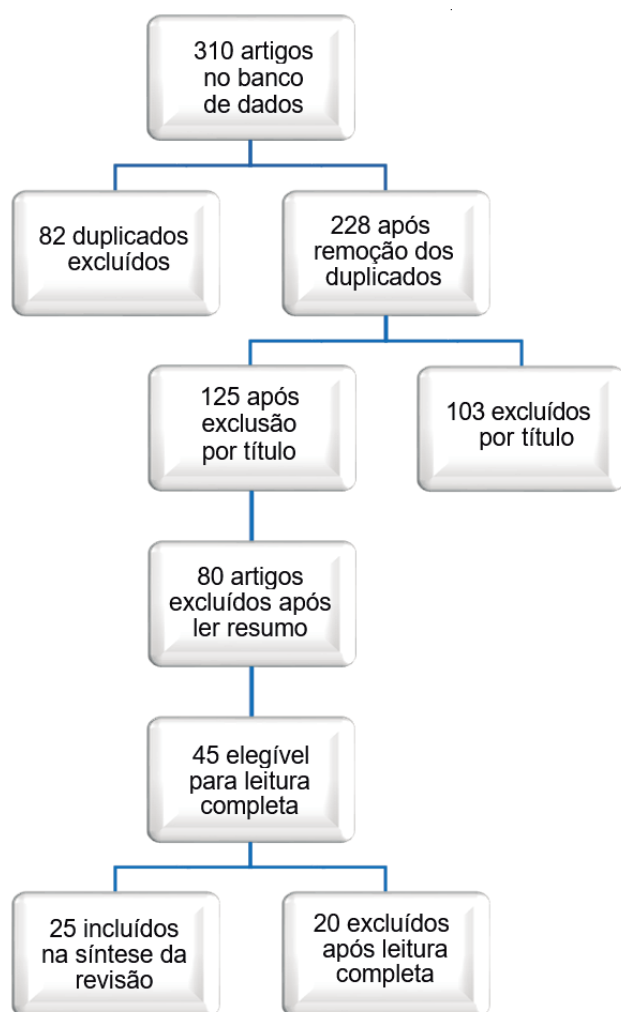
**QUADRO 2.** Número de artigos por bases de dados

Buscadores e Base de dados	Filtros	Quantidade
Google Acadêmico	Período 2011-2021	14 português 142 inglês
PUBMED	Filters applied: <i>Humans, English, French, Portuguese, Spanish, Adult: 19+ years, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged + Aged: 45+ years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years, 80 and over.</i> <i>80+ years, from 2012/1/1 - 2021/9/20</i>	142
BVS	Período 2011-2021	12

Fonte: Elaboração própria.

Endnote, e selecionados da seguinte forma: (1) Leitura por títulos, com exclusão dos que não foram elegíveis para o objetivo do estudo; (2) Leitura do resumo dos elegíveis por título, com exclusão dos que não atenderem o tema da busca; (3) Leitura de todo artigo dos elegíveis, após leitura do resumo; (4) Análise dos elegíveis após a leitura completa (Figura 1).

**FIGURA 1.** Fluxo de identificação, triagem e inclusão de estudos



Fonte: Elaboração própria.

## RESULTADOS

A Carta de Ottawa reconhece a promoção da saúde como um novo tipo de política pública, focando na saúde da população e incorporando à saúde o pensamento político, com a antiga saúde pública

enfatizando os determinantes sociais, e a nova saúde pública agregando o empoderamento coletivo e individual<sup>14</sup>.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 19 de setembro de 1990 pela Lei n. 8.080 (atualizada em 2011, pelo Decreto 7.508), também chamada de Lei Orgânica da Saúde, trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde populacional brasileira, além da organização e do funcionamento dos serviços correspondentes. Dentre suas diretrizes, descreve a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício<sup>15</sup>.

Assim, cumpre ressaltar que o SUS é a principal política pública de saúde brasileira<sup>16</sup>, o que viabilizou, com a sua criação, ao Brasil se tornar o maior país do mundo a usufruir de um sistema público de saúde, que tem por princípios basilares a universalidade, equidade, integralidade dentre outros. Embora ainda haja dificuldades, esse sistema mostra-se fundamental para a sociedade e cidadãos brasileiros<sup>17</sup>.

A DRC e suas complicações estão inseridas nas Políticas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, caracterizadas por enfermidades cardiovasculares, cerebrovasculares, renovasculares, doenças respiratórias, neoplasias e diabetes *mellitus*, que configuram-se como graves problemas de saúde pública global, devido ao aumento de sua incidência, da prevalência e do índice de morbimortalidade<sup>3,18</sup>. Adicionalmente, estão inseridas nas Políticas de Promoção de Saúde, a qual está articulada com diversas políticas públicas e programas de prevenção que visam o cuidado das duas principais causas de DRC, quais sejam a Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*.

Como resposta ao desafio das DCNT, o Ministério da Saúde do Brasil tem implementado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, com destaque para a Organização da Vigilância de DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e agravos e seus fatores de risco, além de apoiar as políticas públicas de promoção à saúde<sup>2</sup>, demonstradas na Figura 2 a seguir.

**FIGURA 2.** Políticas Públicas na Doença Renal Crônica

Fonte: Elaboração própria.

As políticas públicas voltadas para DRC no mundo são recentes, e tiveram início em 2002 quando foi publicada a primeira Diretriz para diagnóstico e tratamento da DRC. Essa publicação foi feita pela National Kidney Foundation, em seu documento “Kidney Disease Outcomes Quality” (K/DOQI), uma fundação dos EUA com experiência no desenvolvimento e implementação de diretrizes, que segue até os dias atuais, com publicações e atualizações de diretrizes relacionadas ao tratamento da DRC e suas complicações. Essa diretriz representou um importante avanço na área da nefrologia, pois padronizou conceitos e classificação da DRC em diferentes partes do mundo. Também foi o primeiro passo para a promoção da consciência da DRC entre os provedores do cuidado e as agências de

saúde, colocando-a como um problema de saúde pública mundial.

A implantação de uma política pública no Brasil, na prevenção de doenças renais é recente, sendo instituída pela Portaria GM/MS n. 1.168/2004, que tem como um de seus objetivos a organização de uma linha de cuidados integrais no manejo das principais causas para doença renal no SUS em todas as unidades federadas. Ainda em 2004 foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 154, que dispõe sobre indicadores para subsidiar a avaliação dos serviços de diálise<sup>20</sup>. Por outro lado, considerando a preocupação com a evolução de pessoas acometidas por DRC, foram construídas políticas brasileiras direcionadas ao enfrentamento da progressão da DRC e seus fatores de risco: uma articulação da Política de Promoção de Saúde (PPS).

Em 2006, o Ministério da Saúde lança as Diretrizes para Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica, que recomendaram a realização do rastreamento precoce na atenção primária em grupos de risco, quais sejam diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e história familiar de DRC. Foi a primeira publicação dentro da agenda temática dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde a tratar sobre a DRC, sintetizando de forma sistemática o conhecimento da época vigente sobre a prevenção das doenças renais. Anteriormente, essas recomendações não eram uniformes e se misturavam nos manuais e protocolos relacionados ao diabetes e à hipertensão. Nesse sentido, essas diretrizes avançaram em termos de políticas públicas de saúde no Brasil, à medida que iniciaram uma estruturação da linha de cuidado do paciente renal crônico, pautada na integralidade do cuidado com maior destaque para o nível primário de atenção à saúde como porta de entrada do SUS<sup>21</sup>.

Em 2011 foi elaborado pelo governo federal o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, que visa promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado

das DCNT e seus fatores de risco, além de destacar ações de prevenção do diabetes e da hipertensão<sup>22</sup>.

A Portaria n. 389 do Ministério da Saúde, de 13 de março de 2014, é a que define detalhadamente os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC. Essa portaria reforça a importância da atenção primária na otimização da gestão desse agravo, delineando como uma das atribuições da equipe de saúde a realização de diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC, em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, bem como a atenção de acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde. Adicionalmente, descreve recomendações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa sob risco ou com diagnóstico de DRC, abrangendo a estratificação de risco, estratégias de prevenção, diagnóstico e manejo clínico<sup>20</sup>.

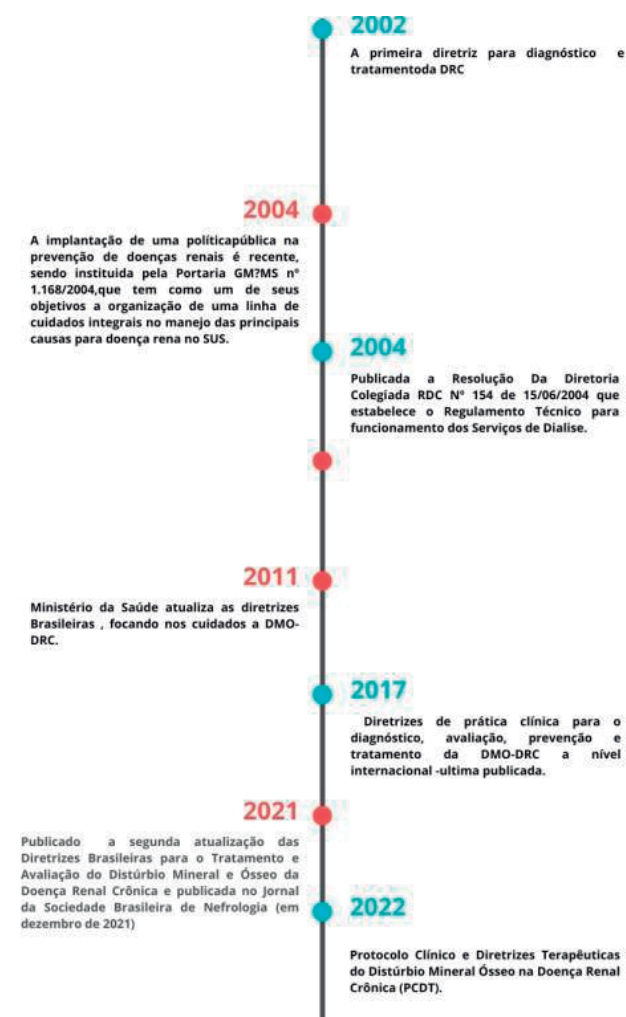
Ainda no ano de 2014 foi lançada a Resolução da Diretoria Colegiada RDC n. 11 que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise e outras providências<sup>20</sup>. Em 2018, a Portaria n. 1675, de 7 de junho, trata sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica no âmbito do Sistema Único de Saúde, apresentando indicadores de qualidade da diálise e citando os indicadores necessários para o controle da DMO-DRC<sup>23</sup>.

Em 2021, a Portaria GM/MS n. 2.062, de 19 de agosto de 2021, altera a Portaria de Consolidação GM/MS n. 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica, no âmbito do Sistema Único de Saúde<sup>2</sup>.

Quanto à evolução das Políticas para enfrentamento da DMO relacionada à Doença Renal Crônica observamos que além de recentes, ficamos períodos longos sem publicações direcionada ao tema pelo Ministério da Saúde (Figura 3).

Em 2003, foi publicada a primeira Diretriz com nome “Clinical practice guidelines for bone metabolism and disease in chronic kidney disease”. Já em 2009, foi publicada a segunda diretriz voltada para

**FIGURA 3.** Políticas Públicas na Doença Mineral Óssea



Fonte: Elaboração própria.

a Doença Mineral Óssea relacionada à Doença Renal Crônica, no “Kidney disease: improving global outcomes”<sup>24</sup>.

Ambas originalmente criadas pela National Kidney Foundation, as diretrizes de prática clínica para o diagnóstico, avaliação, prevenção e tratamento da DMO-DRC a nível internacional, sendo atualizadas apenas em 2017, objetivando auxiliar o profissional que cuida de adultos e crianças com DRC, em terapia dialítica, no manejo, diagnóstico e tratamento da DMO, sendo atualmente a última Diretriz Internacional publicada.

No Brasil, em 2008 foram publicadas as primeiras Diretrizes Brasileiras para manejo da doença mineral óssea. Em 2011, o Ministério da Saúde atualizou as diretrizes, focando nos cuidados a DMO-DRC, porém não foi expandida a necessida-

de de um olhar mais direcionado, assim como não houve ampliação da necessidade de serviços para o diagnóstico, e acompanhamento e cuidados na DMO, detendo-se a regulamentar as medicações disponíveis nas farmácias estaduais para tratamento dessa complicação<sup>22</sup>.

Em 2021, isto é, após 10 anos, no Brasil, foi publicado a segunda atualização das Diretrizes Brasileiras para o Tratamento e Avaliação do Distúrbio Mineral e Ósseo da Doença Renal Crônica e publicada no *Jornal da Sociedade Brasileira de Nefrologia*, em dezembro de 2021.

Em 2022, o Ministério da Saúde publicou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Distúrbio Mineral Ósseo na Doença Renal Crônica (PCDT). Em 28 de abril de 2011, foi publicada a Lei n. 12.401, que alterou a Lei n. 8.080 de 1990, dispondo sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Essa lei define que o Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), tem como atribuições a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Os PCDT são documentos oficiais do SUS que estabelecem critérios para o diagnóstico de uma doença ou agravo à saúde; tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; posologias recomendadas; mecanismos de controle clínico; e acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS<sup>25</sup>.

A proposta de atualização do PCDT de Distúrbio Mineral Ósseo na Doença Renal Crônica é uma demanda proveniente das áreas técnicas do Ministério da Saúde que cumprem o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, e as orientações previstas no seu artigo 26º, parágrafo único, sobre a responsabilidade do Ministério da Saúde de atualizar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. A atualização deste PCDT tem como objetivos revisar as melhores evidências científicas disponíveis sobre o tratamento de indivíduos com Distúrbio Mineral Ósseo na Doença Renal Crônica na rede de cuida-

dos do SUS, e inclui informações sobre as novas opções terapêuticas e tecnologias.

Algumas cidades como São Paulo, Curitiba, Fortaleza, Uberlândia, Belo Horizonte entre outras, já possuem ambulatórios de DMO-DRC que acompanham a evolução das necessidades e efetivação das Políticas Públicas. Nestes ambulatórios, o paciente é tratado por uma equipe multidisciplinar, com atenção de especialistas, como nefrologista, nutricionista, psicólogo, enfermeira e cirurgião de cabeça e pescoço para intervenção nos casos mais graves.

Porém, esses serviços de atendimento ainda são escassos a nível nacional, cito o estado do Espírito Santo, o qual não possui nenhum serviço ambulatorial específico, para onde seja possível referenciar os pacientes com esse diagnóstico, evidenciando evoluções dramáticas. Dessa forma os indivíduos com DMO-DRC nesses estados que não possuem serviços especializados, são tratados pelos nefrologistas das clínicas de diálise, que tem inúmeras outras tarefas e intercorrências durante o plantão no turno de diálise, e não conseguem dar a atenção individualizada e necessária que essa população específica demanda.

No Espírito Santo há evidências de uma evolução lenta, tal como a criação de uma câmara técnica para tratar de DRC e pacientes dialíticos em 2018<sup>26</sup>. No entanto, devido à pandemia, essa problemática não foi tratada como uma prioridade, por isso não houve manutenção desta câmara para discutir assuntos relacionados a pacientes com DRC.

Em 2022, foi criada a Área Técnica da Rede de Doenças Crônicas do Núcleo Especial com o objetivo de elaborar a linha de cuidados no estado para o paciente com doença renal crônica desde o diagnóstico, passando por terapias dialíticas até suas complicações. O primeiro produto foi a criação da regulação da terapia renal substitutiva, melhorando a desospitalização, e garantindo o atendimento de forma regional<sup>27</sup>. Observa-se que se caminha aquém das demandas atuais, evidenciando a necessidade premente de estabelecer ambulatórios especializados voltados ao atendimento dessa população.

Por outro lado, há Farmácias Cidadãs em todos os Estados que disponibilizam vários medicamentos de alto custo, não encontrados em farmácias co-

muns, para tratamento das complicações da doença renal crônica, entre essas complicações, como a doença mineral óssea. Por informação publicada pela SESA 2019, a farmácia conta com um bom funcionamento e, em 2018, tinha no cadastro cerca de 622 pacientes ativos com doença renal crônica com acesso à medicação<sup>26</sup>. Porém, o Estado possui mais de 2.800 pacientes em diálise, se pensarmos quantos estão ativos no cadastro, vemos que muitos não conseguem ter acesso a essas medicações.

## DISCUSSÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são fundamentais para a coordenação e a integração dos serviços e ações de saúde, assim como para sua integralidade e qualidade do cuidado. A organização dos serviços e recursos em redes em diversos países tem alcançado melhores resultados em saúde, quais sejam menos internações, maior satisfação dos usuários, melhor uso dos recursos, serviços mais custo-efetivos e de melhor qualidade, maior cooperação entre gestores de diferentes serviços, entre outras vantagens<sup>28,29</sup>.

Os serviços de Atenção Primária são a porta de entrada do sistema e coordenam o conjunto de respostas às necessidades de saúde da população. Como exemplos de pontos de Atenção à Saúde, citam-se Unidades Básicas de Saúde, unidades de cuidados intensivos, hospitais-dia, ambulatórios de cirurgia, ambulatórios de Atenção Especializada e Serviços de Atenção Domiciliar. Além dos pontos de Atenção à Saúde, a estrutura operacional de uma RAS é constituída por sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, assistencial-farmacêutico e de informação em Saúde; sistemas logísticos de identificação dos usuários, de prontuário clínico, de acesso regulado à atenção e de transporte em Saúde; e sistemas de governança da rede<sup>28,30</sup>.

Por outro lado, as políticas públicas elaboradas para atender às necessidades sociais em questão são recentes, portanto, carecem de consolidação para de fato serem reconhecidas formalmente. Apesar disso, as últimas normativas mostram avanço, embora ainda demandem aprimoramento para atender as demandas e Promoção de Saúde.

Defender mudanças políticas para abordar melhor a doença renal é, por si só, um exercício para melhorar a educação em saúde dos formuladores de políticas. O desenvolvimento de políticas, em sua essência, é criado por uma parte interessada ou por um grupo de partes interessadas-chaves (por exemplo, a comunidade renal que acredita que exista um problema que deve ser resolvido por meio de ações governamentais). Há um reconhecimento crescente da importância de formular informações sucintas, significativas e autênticas, para melhorar a educação em saúde e chamar o governo à ação.

O atendimento especializado em terapia renal substitutiva vem evoluindo de forma ascendente, com inauguração de clínicas para hemodiálise, as máquinas e insumos utilizados para esse fim, evoluem com tecnologias de ponta. As empresas investem nesses equipamentos, aumentando a sobrevivência dos pacientes, e garantindo o lucro do investimento. Porém, os pacientes precisam receber um tratamento e acompanhamento especializado para as complicações dessa doença renal, ao longo do período de diálise. Principalmente em relação à Doença Mineral Óssea, já que com aumento da sobrevivência as complicações se agravam, e a qualidade de vida desses pacientes depende não somente de uma diálise efetiva.

## CONCLUSÃO

Por fim, uma política robusta e eficaz é sempre sustentada por informações sucintas e aplicáveis, no entanto, o desenvolvimento e a comunicação dessas informações, destinadas a preencher a lacuna de conhecimento de jurisdições relevantes, é apenas parte do processo de desenvolvimento de políticas. Uma conscientização do processo é importante para as equipes envolvidas no tratamento da doença renal crônica, que querem defender mudanças efetivas na prevenção ou melhoria de desfechos na comunidade da DRC e suas complicações.

Propomos a criação de ambulatórios especializados, com equipe multidisciplinar pelo SUS para atender esses pacientes, no Estado, permitindo a prevenção e retardo na evolução dos fatores que influem na qualidade de vida desta população.



## REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2017;51:1s-10s.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
3. World Health Organization. NCD Best buys' Evidence -based cost-effective public health interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. 2017.
4. Crews DC, Bello AK, Saadi G. World Kidney Day Editorial: burden, access, and disparities in kidney disease. *Braz J Nephrol*, 2019;41:1-9.
5. Bello AKLA, Lunney M, Osman MA, Ye F, Ashuntantang G, Bellorin-Font E, Benghanem Gharbi MGM, Harden P, Jha V, Kalantar-Zadeh K, Kazancioglu R, Kerr POS, Perl J, Rondeau E, Solá L, Tesar V, Tchokhonelidze I, Tungsanga K et al. Global Kidney Health Atlas: a report by the International Society of Nephrology on the Global Burden of End-stage Kidney Disease and Capacity for Kidney Replacement Therapy and Conservative Care across World Countries and Regions. 2019. <https://www.theisn.org/initiatives/global-kidney-health-atlas/>
6. Neves PDMdM, Sesso RdCC, Thomé FS et al. Brazilian Dialysis Census: analysis of data from the 2009-2018 decade. *Braz J Nephrol*, 2020;42:191-200.
7. Secretaria Estado da Saúde. Semana será marcada por atividades pelo Dia Mundial do Rim [internet], 2017. <https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/semana-sera-marcada-por-atividades-pe-lo-dia-mundial-do-rim>.
8. Kanbay M, Wolf M, Selcoki Y et al. Association of serum calcitonin with coronary artery disease in individuals with and without chronic kidney disease. *Int Urol Nephrol*, 2012;44:1169-75.
9. Garabed E, Norbert L, Bertram L. Kidney disease: improving global outcomes (KDIGO) CKD-MBD Update Work Group. KDIGO 2017 Clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease-mineral and bone disorder (CKD-MBD). *Kidney International Supplement*, 2017;7:1-59.
10. Neves C, Custódio M, Neves K et al. O hiperparatireoidismo secundário e a doença cardiovascular na doença renal crônica. *J Bras Nefrol*, 2008;30:18-22.
11. Ortiz A, Covic A, Fliser D et al. Epidemiology, contributors to, and clinical trials of mortality risk in chronic kidney failure. *Lancet*, 2014;383:1831-43.
12. Rother E. Revisión sistemática x revisión narrativa. *Acta Paul Enferm*, 2007; 20:6-7.
13. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, 2006;8:20-45.
14. Tavares M, Carvalho AI, Bodstein R. Abordagem avaliativa de uma experiência de promoção da saúde no Rio de Janeiro. In: Ugá MAD, Sá MdC, Martins M et al. (eds.) *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Editora FIOCRUZ, 2010, pp.334-350.
15. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1990.
16. Reis AACd, Sóter APM, Furtado LAC et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde Debate*, 2016;40:122-35.
17. Duarte E, Eble LJ, Garcia LP. 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*, 2018;27(1). doi: 10.5123/S1679-49742018000100018 .
18. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas. *Diabetes Res Clin Pract*, 2019;157:107843.
19. Caetano J, Fernandes M, Marcon S et al. Refletindo sobre as relações familiares e os sentimentos aflorados no enfrentamento da doença crônica. *Cienc Cuid Saude*, 2011;10:845-852.
20. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica-DRC no Sistema Único de Saúde, 2014;1:1-37.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção básica, 2006.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, 2011;1:1-160.
23. Brasil. Portaria n. 1.675, de 7 de Junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação n. 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 2018.
24. Kidney disease: improving global outcomes CKD-MBD work group. KDIGO clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney International Supplement*, 2009;76:S1-130.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta n. 15, de 4 de agosto de 2022. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Distúrbio Mineral Ósseo na Doença Renal Crônica, 2022. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2022/portaria-conjunta-no-15-pcddmo-na-drc.pdf>.
26. Secretaria Estado da Saúde do ES. Mais de 2 mil capixabas fazem tratamento contra doença renal crônica, 2019. [internet]. <https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/mais-de-2-mil-capix>

abas-fazem-tratamento-contra-doenca-renal-cronica#:~:-text=%E2%80%9CDos%202.300%20capixabas%20em%20di%C3%A1lise,dieta%20e%20estilo%20de%20vida.

27. Secretaria Estado da Saúde do ES. Manual de Normas e Procedimentos de Auditoria da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Espírito Santo: SESA, 2022.
28. Mendes EV. 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, 2012.
29. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPS, 2010.
30. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2011.

## DECLARAÇÕES

### Contribuição dos autores

Concepção: AHCCS. Metodologia: AHCCS. Tratamento e análise de dados: AHCCS. Discussão dos resultados: AHCCS. Redação: AHCCS. Revisão: MROP. Aprovação da versão final: AHCCS, MROP. Supervisão: MROP.

### Financiamento

O artigo contou com financiamento próprio.

### Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

### Aprovação no comitê de ética

Não se aplica.

### Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

### Editores responsáveis

Carolina Fiorin Anhoque, Blima Fux, Antonio Germane Alves Pinto.

### Endereço para correspondência

Rua Milton Caldeira, 712, Torre A, Itapuã, Vila Velha/ES, Brasil, CEP: 29101-650.