

Panorama dos atendimentos realizados no ambulatório especializado de nefrologia no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), entre os anos de 2011 e 2017**Overview of the care provided at the specialized nephrology outpatient clinic at Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), between the years 2011 and 2017**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-093

Recebimento dos originais: 13/06/2019

Aceitação para publicação: 15/07/2020

Flávia Silva de Souza

Doutoranda em Ciência da Saúde

Instituição: Faculdade de Medicina da UFRJ

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Endereço: Rua Professor Rodolpho Paulo Rocco – N 255 – Sétimo Andar – HUCFF

E-mail: sflaviashu@gmail.com

Maurilo de Nazaré de Lima Leite Júnior

MD, PhD. Associate Professor Chief. Division of Nephrology

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. UFRJ

Endereço: Rua Professor Rodolpho Paulo Rocco – N 255 – Sétimo Andar – HUCFF

Email: mleitejr@hucff.ufrj.br

Ana Cláudia Pinto de Figueiredo Fontes

Médica Nefrologista. Mestre pela UFRJ

Serviço de Nefrologia Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. UFRJ.

Endereço: Rua Professor Rodolpho Paulo Rocco – N 255 – Sétimo Andar – HUCFF

Email: anafontes@hucff.ufrj.br

Alinie da Silva Pichone

Médica Nefrologista. Mestre pela UFRJ

Serviço de Nefrologia Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. UFRJ.

Endereço: Rua Professor Rodolpho Paulo Rocco – N 255 – Sétimo Andar – HUCFF

Email: al_pichone@yahoo.com.br

Gabriela da Silva Branco

Mestranda em Ciência da Saúde

Instituição: Faculdade de Medicina da UFRJ

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Endereço: Rua Professor Rodolpho Paulo Rocco – N 255 – Sétimo Andar – HUCFF

E-mail: gabriellabranco@yahoo.com.br

Harlon França de Menezes

Doutorando em Ciências do Cuidado em Saúde

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. UFF

Endereço: Rua Professor Rodolpho Paulo Rocco – N 255 – Sétimo Andar – HUCFF

Email: harlonmenezes@hotmail.com

RESUMO

O HUCFF é referência internacional em procedimentos de alta complexidade e pesquisas reconhecidas internacionalmente em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas, formando, anualmente, cerca de 200 residentes e tendo, entre suas funções institucionais, a assistência à população, ensino qualificado e pesquisa científica. O Serviço de Ambulatório é a principal porta de entrada do Hospital à assistência terciária. OBJETIVOS: identificar o panorama das consultas realizadas pelo Ambulatório Especializado de Nefrologia no HUCFF entre 2011 e 2017 e analisar os impactos das diretrizes políticas no quantitativo de atendimentos no Ambulatório. MÉTODO: estudo retrospectivo das consultas médicas realizadas a pacientes com DRC em tratamento ambulatorial no período de 2011 a 2017, por meio de busca a registro de consultas agendadas, realizadas e não realizadas disponíveis no prontuário eletrônico da unidade. RESULTADOS: No período analisado foram realizadas 22.344 consultas de Nefrologia e Transplante (e também do Ambulatório Especializado em Osteodistrofia criado em 2015), com média de 3.192 consultas/ano. Nos primeiros três anos foram realizadas mais de 5.000 consultas/ano, porém o quantitativo de atendimentos foi diminuindo para uma média de 4.638 atendimentos em 2014 e 2015, alcançando o menor número em 2016, com 3.224 atendimentos, enquanto no ano seguinte (2017) houve um pequeno acréscimo no total de atendimentos (3.383). Com relação a capacidade de atendimento de prontuários extras, foram realizados 381 registrados ao longo dos sete anos estudados, sendo apenas 31 nos primeiros três anos (2011 a 2013). Porém, um aumento foi verificado nos anos posteriores (2014 a 2017), com uma média de 88 prontuários/ano (chegando a 113 em 2017), dos quais apenas 6% não foram abertos. CONCLUSÕES: apesar das dificuldades de provimento de pessoal, do persistente subfinanciamento, do sucateamento das unidades e redução da procura de estudantes de pós-graduação, não há registro nos períodos recentes de suspensão de serviços médicos.

Palavras-chave: doença renal crônica, ambulatório hospitalar, SUS**ABSTRACT**

HUCFF is an international reference in highly complex procedures and internationally recognized research in several clinical and surgical specialties, annually training around 200 residents and having, among its institutional functions, assistance to the population, qualified teaching and scientific research. The Outpatient Service is the Hospital's main gateway to tertiary care. OBJECTIVES: to identify the panorama of consultations carried out by the Specialized Nephrology Outpatient Clinic at HUCFF between 2011 and 2017 and to analyze the impacts of political guidelines on the number of consultations in the Outpatient Clinic. METHOD: retrospective study of medical consultations carried out to patients with CKD in outpatient treatment in the period from 2011 to 2017, by searching the record of scheduled consultations, performed and not performed, available in the unit's electronic medical record. RESULTS: In the analyzed period, 22,344 Nephrology and Transplant consultations (and also from the Specialized Osteodystrophy Clinic created in 2015) were performed, with an average of 3,192 consultations / year. In the first three years, more than 5,000 consultations were performed / year, however the number of visits decreased to an average of 4,638 visits in 2014

and 2015, reaching the lowest number in 2016, with 3,224 visits, while in the following year (2017) there were a small increase in the total number of visits (3,383). Regarding the capacity to handle extra medical records, 381 were registered over the seven years studied, with only 31 in the first three years (2011 to 2013). However, an increase was seen in subsequent years (2014 to 2017), with an average of 88 records / year (reaching 113 in 2017), of which only 6% have not been opened. **CONCLUSIONS:** despite the difficulties in staffing, persistent underfunding, scrapping of units and reduced demand for graduate students, there is no record in recent periods of suspension of medical services.

Keywords: Chronical Kidney disease, hospitalar ambulatory, public health

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são aquelas provenientes de inúmeros fatores que progridem no decorrer da vida do indivíduo, as quais têm sido responsáveis por grande demanda dos atendimentos no serviço de saúde devido sua alta prevalência, principalmente em populações econômica e socialmente vulneráveis que possuam hábitos alimentares prejudiciais e estilo de vida sedentário, somando-se a características individuais como idade avançada, sexo e predisposição genética (ROCHA-BRISCHILIARI et al, 2014).

As DCNT possuem curso silencioso e podem levar a incapacidades, ocasionando sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e suas famílias, além de um importante impacto financeiro sobre o sistema de saúde. Também produzem custos indiretos significativos para a sociedade e o governo, em função da redução da produtividade, perda de dias trabalhados e prejuízos para o setor produtivo, sem esquecer os custos intangíveis, como os efeitos adversos na qualidade de vida das pessoas afetadas e, por vezes, exclusão social.

Ademais, as DCNT são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, pois estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que as DCNT são responsáveis por 71% de um total de 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2016 (WHO, 2018a, 2018b). No Brasil, as DCNT são igualmente relevantes, tendo sido responsáveis, em 2016, por 74% do total de mortes, com destaque para doenças cardiovasculares (28%), as neoplasias (18%), as doenças respiratórias (6%) e o diabetes (5%) (WHO, 2018c). De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devido a essas enfermidades. Entre esses, destacam-se o tabagismo, o consumo alimentar inadequado, a inatividade física e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (WHO, 2014).

A carga econômica das DCNT produz elevados custos para os sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces, e, sobretudo para a sociedade, famílias e as pessoas portadoras dessas doenças (BRASIL, 2006). Deste modo, estratégias vêm sendo planejadas para o monitoramento dos fatores de risco, na busca pela prevenção e tratamentos adequados aos indivíduos considerados de risco.

Assim como as doenças do sistema circulatório possuem altas taxas de prevalência, a Doença Renal Crônica (DRC) é um problema de saúde pública, caracterizado por perda progressiva da função dos néfrons com consequente perda da capacidade de filtrar o sangue e manter a homeostase. A DRC está associada a altas taxas de morbidade e mortalidade, com grande impacto socioeconômico, tornando-se um desafio de saúde pública em âmbito mundial (AGUIAR et al, 2020).

Estudos afirmam que, a prevalência e a incidência da DRC ainda são desconhecidas em muitos países. Os Estados Unidos estimam prevalência de 14,8% de DRC na população adulta de 2011 a 2014 e 703.243 casos, com 124.114 novos casos em 2015, apresentando taxa de incidência de 378 pacientes por 1.000.000 de pessoas (pmp), estando 87,3% desses em tratamento renal substitutivo (SARAM et al, 2018; AGUIAR et al, 2020).

Para Cusumano et al (2006), na América Latina, a incidência foi de 167,8 pmp em 2005 e, no Brasil, de 431 pmp em 2004. Ainda, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a prevalência de DRC autorreferida é de 1,42%, ou seja, aproximadamente dois milhões de indivíduos da população no país, o que revela a dimensão da doença no Brasil. (BRASIL, 2014)

Uma pesquisa de monitoramento da Doença Renal Crônica Terminal (DRCT) no Brasil, por meio do subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), analisou, no período de 2000 a 2006, o perfil epidemiológico dos indivíduos que ingressaram na terapia renal substitutiva (TRS) e identificou 148.284 pacientes em diálise, com incidência estimada em 119,8/milhão de pessoas por ano (MOURA et al, 2009).

A DRC é uma doença assintomática até evoluir para seu estágio avançado, sendo frequentemente detectada tardiamente, o que compromete seu controle e tratamento. O conhecimento da prevalência da DRC no Brasil e os fatores de risco e de proteção são essenciais para o estabelecimento de medidas de prevenção e de tratamento da doença, assim como para subsidiar políticas públicas de saúde.

O reconhecimento e o acompanhamento, ainda na atenção primária, dos indivíduos que apresentam os fatores de risco identificados podem contribuir para a implementação de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Torna-se necessário refletir sobre a ampliação

da abrangência das ações na atenção básica, bem como maior resolubilidade de tais ações para controlar os fatores de risco da DRC. No Brasil são poucas as pesquisas referentes à prevalência da DRC e os fatores associados. A PNS possibilitou a coleta de informações de forma a subsidiar políticas públicas e vigilância da doença renal (BRASIL, 2019).

Em 2009 a Portaria GM nº 1.820, de 13/08/2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando os artigos 6º e 196 da Constituição Federal, bem como a Lei nº 8.080, de 19/09/1990; Portaria nº 1.168/GM de 15/06/2004, institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Essa Portaria garante aos pacientes renais o direito ao acesso a serviços coordenados na promoção, prevenção e recuperação na saúde. Institui também o acesso aos Serviços de Atenção Básica, de forma integrada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em 2014, o Ministério da Saúde cria a Portaria 389 que, define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Este foi um marco importante para a população com doença renal crônica, pois determina além da linha de cuidados, os recursos financeiros destinados a sustentar as políticas de saúde voltadas a esta população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O Ministério da Saúde recomenda que o diagnóstico da DRC baseia-se na identificação de grupos de risco, presença de alterações de sedimento urinário (microalbuminúria, proteinúria, hematúria e leucocitúria) e na redução da filtração glomerular avaliado pelo clearance de creatina. De acordo com o clearance de creatinina, os indivíduos podem ser classificados em seis estágios, que orientarão medidas preventivas e encaminhamento para especialista (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ou seja, a redução dos fatores de risco e controle dos primeiros sinais de progressão da doença começam na Atenção Básica e, com o avançar dos sintomas, o paciente deve ser encaminhado para o Ambulatório Especializado de Nefrologia, através do sistema de referência e regulação de vagas do SUS.

A filtração glomerular é estimada pela depuração de creatinina e, deve ser realizada pelo menos uma vez ao ano nos pacientes de risco no estágio 0 e 1 e semestralmente no estágio 2 da DRC. A avaliação trimestral é recomendada para todos os pacientes no estágio 3, para aqueles com declínio rápido da filtração glomerular (acima de 4ml/min/1,73m²/ano), nos casos onde houve intervenções para reduzir a progressão ou exposição a fatores de risco para perda da

função aguda e quando se detecta fatores de risco para progressão mais rápida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A seguir, o Quadro 1 que mostra o cálculo do estadiamento da DRC, segundo Ministério da Saúde (2006).

Quadro 1: Estadiamento da DRC.

Estágio	Função renal	Clcr (ml/min/1,73m ²)
0	Grupo de risco: sem lesão renal função normal.	> 90
1	Lesão renal (mi- croalbuminúria, pro- teinúria), função preservada, com fatores de risco	> 90
2	Lesão renal com insuficiência renal leve	60-89
3	Lesão renal com insuficiência renal moderada	30-59
4	Lesão renal com insuficiência renal severa	15-29
5	Lesão renal com insuficiência renal terminal ou dialítica	< 15

Fonte: Ministério da Saúde, 2006.

Em 2012, um grupo de renomados especialistas fundou o *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO) e lançou o *Guideline* para o cuidado e manejo com pacientes com DRC, trazendo novos identificadores de lesão renal e recomendações quanto às consultas ambulatoriais de prevenção e cuidados. Esse manual define a DRC como anormalidades na estrutura e funções renais, presentes por período maior que três meses e classifica a DRC quanto à causa, taxa de filtração glomerular e persistência da albuminúria (KDIGO, 2012).

A partir dessas novas recomendações, é possível estimar de forma mais rápida a progressão da doença e programar o panorama anual de consultas para o acompanhamento adequado destes pacientes no Ambulatório Especializado de Nefrologia, conforme Quadro 2.

Quadro 2: Recomendações para monitorização de pacientes baseado na taxa de filtração glomerular e na albuminúria.

Guide to Frequency of Monitoring (number of times per year) by GFR and Albuminuria Category				Persistent albuminuria categories Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased <30 mg/g <3 mg/mmol	Moderately increased 30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	Severely increased >300 mg/g >30mg/mmol
GFR categories (ml/min/1.73 m ²) Description and range	G1	Normal or high	≥90	1 if CKD	1	2
	G2	Mildly decreased	60–89	1 if CKD	1	2
	G3a	Mildly to moderately decreased	45–59	1	2	3
	G3b	Moderately to severely decreased	30–44	2	3	3
	G4	Severely decreased	15–29	3	3	4+
	G5	Kidney failure	<15	4+	4+	4+

Fonte: KDIGO, 2012.

Tomando por base todo contexto de esforços em reduzir fatores de risco e ampliar as ações de promoção e prevenção de saúde, vislumbrou-se a oportunidade de conhecer a produção de consultas de um Ambulatório Especializado em Nefrologia no Município do Rio de Janeiro.

Para Marinho, Junior, Cardozo e Barboza (2018) identificar o panorama das atividades de prevenção em saúde, assim como o perfil de população atendida, permite evidenciar que existem diversos desafios para os serviços de saúde e seus profissionais, dentre estes podemos citar: a estruturação da Atenção Primária, oferta de assistência oferecida por meio de redes de atenção e sistemas de referenciamento adequados, a produção de informações às Vigilâncias Epidemiológicas, para que possam traçar metas atingíveis de prevenção e controle das principais DCNT, planejar a atuação profissional resolutiva e de qualidade junto aos públicos vulneráveis, com a realização de atividades voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, incluindo sempre a família, por constituírem rede de apoio ao tratamento.

Desta forma, a contribuição desta análise permeia para a construção do conhecimento clínico, acadêmico e epidemiológico da produção de atendimentos em concordância às recomendações de saúde de órgãos nacionais e internacionais.

Portanto, os objetivos delimitados para este estudo foram: identificar o panorama das consultas realizadas pelo Ambulatório Especializado de Nefrologia de um hospital universitário entre 2011 e 2017 e analisar os impactos das diretrizes políticas no quantitativo de atendimentos.

2 METODOLOGIA

2.1 O CENÁRIO DO ESTUDO

O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) é referência internacional em procedimentos de alta complexidade e pesquisas reconhecidas internacionalmente em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas, formando, anualmente, cerca de 200 residentes e tendo, entre suas funções institucionais, a assistência à população, ensino qualificado e pesquisa científica. O Serviço de Ambulatório é a principal porta de entrada do Hospital à assistência terciária.

O desenho metodológico foi descrito para ser realizado na instituição porque, o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho fica localizado na Cidade Universitária – Ilha do Fundão, que pertence à Área Programática 3.1. A Área de Planejamento 3 (AP.3) possui 80 bairros distribuídos em 13 Regiões Administrativas (RA), que correspondem a 16,6% do território municipal - 203,47 km² - e a 40,2% do total da população residente no Rio de Janeiro - 2.353.590 habitantes, segundo o Censo 2000. Sua densidade líquida é de 11.567 habitantes por km². Para a área da saúde está subdividida em três: 3.1, 3.2 e 3.3. (Fonte: rio.rj.gov, 2020)

A AP 3.1 - teve como vetor indutor do crescimento o eixo da Estrada de Ferro da Leopoldina sendo composta de seis RA (Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Complexo da Maré).

O hospital é referência no tratamento de diversas patologias de alta complexidade, além de realizar procedimentos inéditos e estudos pioneiros em parceria com entidades nacionais e internacionais, é um centro de excelência em ensino, pesquisa e extensão. É considerado “Braço assistencial” da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), o HUCFF é vinculado ao Ministério da Educação e ao Sistema Único de Saúde (SUS) e atende, somente, a partir do encaminhamento realizado através da Central Estadual de Regulação.

As consultas acontecem diariamente, de segunda à sexta, estando os horários da manhã destinados aos pacientes cadastrados em pré e pós transplante renal, e os horários à tarde são destinados aos pacientes renais crônicos, sejam estes, em primeira consulta, respostas de parecer à outras clínicas e àqueles encaminhados via sistema de regulação do SUS.

2.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Foi realizado estudo retrospectivo das consultas médicas realizadas a pacientes com DRC em tratamento ambulatorial no período de 2011 a 2017, por meio de busca de registro de

consultas agendadas, realizadas e não realizadas disponíveis no prontuário eletrônico da unidade.

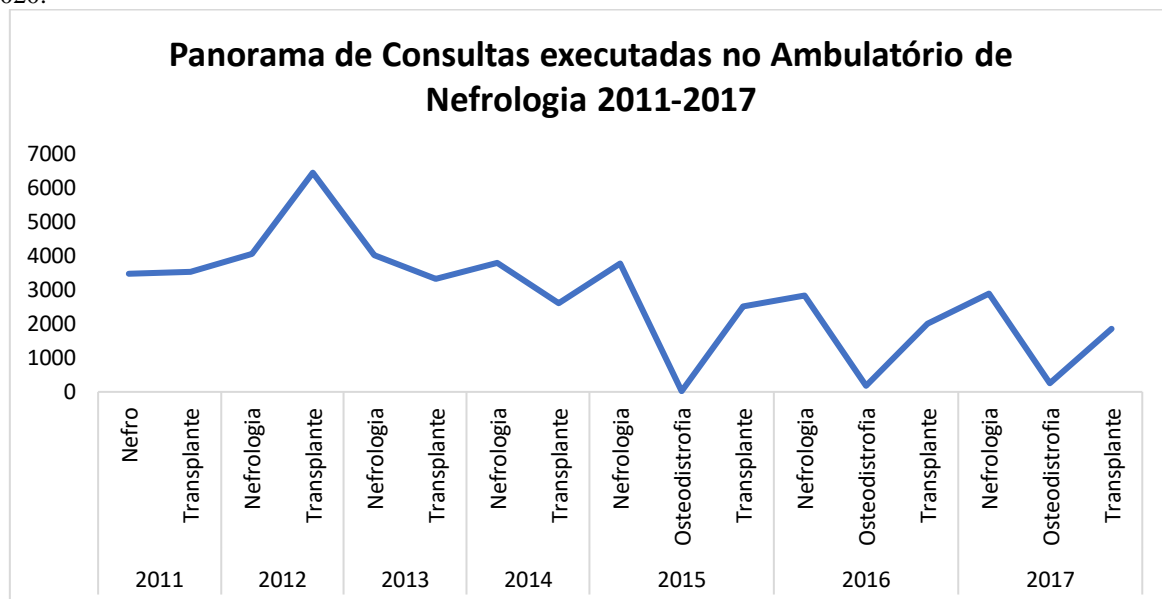
Os dados foram armazenados em Planilha Excel 2016 e sofreram análise descritiva simples. O Hospital possui prontuário eletrônico, dentro do qual são inseridos os dados de agendamentos de consultas, pedidos de parecer à clínica especializada e agendamentos de consultas via sistema de regulação do SUS (SISREG).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética instituição, em que recebeu o número de Protocolo 1.308/2011.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período analisado foram realizadas 47.600 consultas de Nefrologia Clínica e Transplante Renal com média de 3.192 consultas/ano, conforme Figura 1.

Figura 1: Panorama de consultas executadas no Ambulatório de Nefrologia 2011-2017. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.



Nos primeiros três anos foram realizados mais de 5.000 consultas/ano, porém o quantitativo de atendimentos foi diminuindo para uma média de 4.638 atendimentos em 2014 e 2015, alcançando o menor número em 2016, com 3.224 atendimentos, enquanto no ano seguinte (2017) houve um pequeno acréscimo no total de atendimentos (3.383).

Estudo aponta que são escassos os estudos sobre o encaminhamento dos pacientes em estágios mais precoces de nefropatia ao nefrologista. Dos 150 casos avaliados pelo estudo, a média de idade foi de 49 ± 16 anos, com predomínio (56%) do sexo feminino. Apenas 71

pacientes (47,3%) foi admitidos no ambulatório para ao menos uma avaliação anual. Foram matriculados 100% dos pacientes com DRC estágios de 3 a 5, 60% dos diabéticos e/ou hipertensos e 50% daqueles com litíase renal. Cerca de 50% dos pacientes procedentes de unidades do SUS e 70% de médicos privados foram matriculados. Ao todo, em 52,7% (n = 79) dos casos, na interpretação dos autores, não havia necessidade do nefrologista para o diagnóstico ou para a conduta clínica, bem como para o seguimento naquele momento (BAHIENSE-OLIVEIRA et al, 2010).

O estudo conclui que há inadequada utilização da qualificação do nefrologista como especialista no atendimento precoce do nefropata. Outros estudos são necessários para avaliar a eficiência dos modelos de referência e contrarreferência operantes em diferentes regiões do país, com o intuito de racionalizar oferta e demanda de atendimento de média complexidade em nefrologia (BAHIENSE-OLIVEIRA et al, 2010).

Em 2015, foi criado o Ambulatório Especializado em Osteodistrofia, atendendo à recomendação de manejo de pacientes renais com doenças minerais de Cálcio e Fósforo, conforme KDIGO, 2012. A abertura deste ambulatório possibilitou a identificação de pacientes com doenças ósseas e a indicação para o tratamento adequado. Em se tratando de um Hospital Universitário, esta linha de cuidado possibilitou o início de pesquisas relevantes sobre o assunto, a abertura de vagas para bolsistas e atualmente, é possível realizar biópsias ósseas em pacientes de risco para o tratamento eficaz e prevenção de osteodistrofia e incapacidades na população atendida.

Dados do Registro Brasileiro de Biópsias Ósseas apontam que houve elevada prevalência de doenças de alta taxa de remodelação óssea, osteoporose e acúmulo de alumínio em pessoas com doença renal crônica (CARBONARA et al, 2020). Deve-se viabilizar encaminhamento precoce ao nefrologista e conscientizar a população sobre a importância da avaliação da função renal para prevenir a doença renal crônica, quando possível, e tratá-la precocemente, quando inevitável, para diminuir custos e reduzir a morbidade e a mortalidade (CAMPOS et al., 2012).

Por outro lado, como as consultas realizadas são monitoradas, as não-executadas também são rastreadas porque implica em falta de acompanhamento dos pacientes e perda de reembolso por parte do SUS da consulta não realizada. O absenteísmo de usuários em consultas e exames é considerado um problema mundial na assistência à saúde, gerando desperdício de recursos tanto no setor público como no setor privado. Na atenção especializada, os dados são

crescentes, com prejuízos para a gestão pública e para os usuários, levando em consideração, principalmente, o prejuízo social que ele acarreta (BELTRAME et al., 2019).

Conforme apresentado na Figura 2, no período estudado, 13.035 consultas não foram executadas, inicialmente devido ao absenteísmo dos pacientes e, nos anos de 2016 e 2017, se deu pela redução de médicos nefrologistas e baixa procura para a o Curso de Residência em Nefrologia, o que trouxe impacto na capacidade de atendimento a esta clientela.

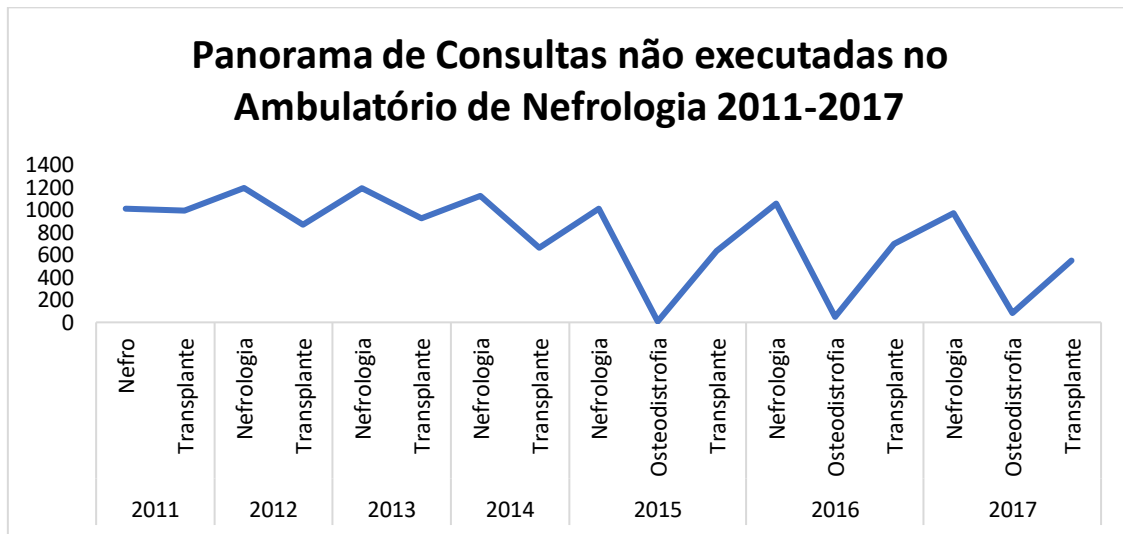
O desinteresse dos jovens médicos pela Nefrologia pode estar justificado pela escassez de procedimentos tecnológicos realizados pela especialidade ou porque, durante a graduação os estudantes necessitem ser expostos a especialidades atrativas que determinarão uma futura escolha, não leva em consideração aspectos relacionados ao profissional em si e ao seu entorno social (OBREGON; ANJOS, 2018).

Ademais, causas de origem estrutural podem estar associadas a baixa procura, já que um ambiente insalubre, tais como salas com vazamentos e outras interdidas por falta de condições para a realização do atendimento. Trata-se de uma realidade presente nos hospitais geridos pelo SUS, principalmente os universitários, que por si só possuem alta complexidade de procedimentos, alto custo, mas que não são ressarcidos mediante a complexidade de sua produção.

Os hospitais universitários federais estão inseridos em um contexto histórico marcado pela lógica produtivista, reforma do Estado e precarização das condições e relações de trabalho. A garantia de funcionamento pleno dos hospitais universitários perpassa por uma série de questões da administração dos serviços públicos, a manutenção do SUS universal sonhado pela Reforma Sanitária brasileira e a garantia do ensino, da pesquisa e da extensão aos graduandos e pós-graduandos das universidades públicas brasileiras (SODRE et al., 2013).

Contudo, neste período, o Brasil passava por mudanças no cenário político federal com importantes discussões relacionadas ao sistema de saúde e o incentivo a programas de atuação médica, onde as entidades médicas foram presentes e se posicionaram com aversão a atuação governamental, gerando um movimento político que pode ter gerado a baixa procura (SOARES et al., 2017).

Figura 2: Panorama de consultas não executadas no período de 2011-2017. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.



O absenteísmo às consultas pode também ser explicado pela dificuldade de acesso ao hospital, pois muitos pacientes residem em locais distantes e até outros municípios do Estado do Rio de Janeiro. São, em sua maioria, pertencentes às classes mais vulneráveis, com menor renda familiar e muitos são idosos que dependem de algum familiar para que possam transportá-los.

A acessibilidade aos serviços de saúde tem sido relatada na literatura como um dos principais problemas relacionados à assistência. Esses problemas possuem ligação com a qualidade dos serviços, gestão ineficaz, dificuldade para a marcação de consultas no mesmo dia da procura pelo atendimento, filas para realização do agendamento, longo tempo de espera e distância das unidades em algumas regiões (RIBEIRO et al., 2015).

Com relação a capacidade de atendimento de prontuários extras, foram realizados 381 registrados ao longo dos sete anos estudados, sendo apenas 31 nos primeiros três anos (2011 a 2013). Porém, um aumento foi verificado nos anos posteriores (2014 a 2017), com uma média de 88 prontuários/ano (chegando a 113 em 2017), dos quais apenas 6% não foram abertos, conforme Quadro 3.

Quadro 3: Capacidade de atendimento de prontuários extras. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

Ano	Total de Prontuários extras	Abriu	Não abriu
2011	3	3 (100%)	0
2012	1	1 (100%)	0
2013	27	27 (100%)	0
2014	97	94 (96,91%)	3 (3,09)
2015	83	79 (95,18%)	4 (4,82)
2016	57	53 (92,98%)	4 (7,02)
2017	113	102 (90,27%)	11 (9,73)

A abertura de prontuários extras implica em aumento inesperado na produção, ou seja, pacientes que não estavam agendados, mas precisaram ser atendidos porque foram encaminhados sem agendamento regular e aqueles que passaram por outras clínicas, de demanda espontânea e foram encaminhados para o Ambulatório de Nefrologia após pré-avaliação da Triagem no Ambulatório de Clínica Médica.

Nota-se que, mesmo com redução na procura de estudantes e no quantitativo de pessoal, na estrutura desafiadora diária de atendimentos, não houve suspensão de consultas, principalmente por se tratar de pacientes que não irão obter atendimento em outra unidade que não seja especializada, principalmente os pacientes do Programa de Transplante.

4 CONCLUSÕES

Apesar das dificuldades de provimento de pessoal, do persistente subfinanciamento, do sucateamento das unidades e redução da procura de estudantes de pós-graduação, não há registro nos períodos recentes de suspensão de serviços médicos. Busca-se constantemente a melhor evidência científica que possa fundamentar as ações de promoção de saúde, de prevenção de incapacidades e de prevenção da progressão da doença.

Existe um compromisso, além do campo acadêmico e científico, um compromisso moral, ético, e envolvimento humano com o público que procura pelo serviço. Entendemos ser este um pilar que ainda sustenta as ações realizadas, mesmo enfrentando as condições inadequadas que o sistema impõe.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. K. ET AL. Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Epidemiol**, 2020; 23.

BAHIENSE-OLIVEIRA, M. et al. Referência para o ambulatório de nefrologia: inadequação da demanda para o especialista. **J. Bras. Nefrol.**, v. 32, n. 2, p. 145-148, 2010.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. **J Bras Nefrol** 2011; 33(1): 93-108. <http://doi.org/10.1590/S0101-28002011000100013>

BELTRAME, S. M. et al . Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde debate**, v. 43, n. 123, p. 1015-1030, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.820, de 13/08/2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 389, DE 13 DE MARÇO DE 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 /**

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 132.: il.

BRASIL. Ministério de Saúde. Departamento de Análise de Situações de Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades de Federação. Rio de Janeiro; 2014.

CAMPOS, F.G.; FERREIRA, D. P.; EMÍDIO, R. A. S.; BARROS, A. C. M. E.; SANTOS, F. H. B. Tempo decorrido entre o primeiro contato com a unidade de nefrologia e o início da diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. *Brasília Med*, 2012;49(2):82-86

CARBONARA, C. E. M. et al. Osteodistrofia renal e desfechos clínicos: dados do Registro Brasileiro de Biópsias Ósseas - REBRABO. *J. Bras. Nefrol.*, 2020.

CHERCHIGLIA, M. L.; MACHADO, E. L; SZUSTER, D. A.; ANDRADE, E. I. G.; ACÚRCIO, F. A.; CAIAFFA, W. T., et al. Epidemiological profile of patients on renal replacement therapy in Brazil, 2000-2004. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(4): 639-49. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400007>

COORDENAÇÃO OPERACIONAL DE ATENDIMENTO EM EMERGÊNCIAS. Anexo Técnico I: Informações sobre todas as Áreas de Planejamento. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0>

CUSUMANO, A.; GARCIA-GARCIA, G.; DI GIOIA, C.; HERMIDA, A.; LAVORATO, C.; CARREÑO, C. A., et al. End-stage renal disease and its treatment in latin américa in the twenty-first century. *Ren Fail*. 2006; 28(8): 631-7. <http://doi.org/10.1080/08860220600925693>

KDIGO 2012. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease, v. 3, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.kidney-international.org>

MARINHO, I. G.; JUNIOR C. A. A. L.; CARDOSO, A. K. M.; BARBOZA, N. M.; MENEZES, R. A. O. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis em moradores no entorno de áreas alagadas na periferia de Macapá, Amapá. *Braz. J. Hea. Rev.*, v. 1, n. 1, p. 148-163, 2018.

MOURA, L.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; ROSA, R. S.; MALTA, D. C.; STEVENS, A.; et al. Monitoring End Stage Renal Disease through the High Complexity Procedures Authorization Subsystem - Apac - in Brazil, 2000-2006. **Epidemiol Serv Saúde** 2009; 18(2): 121-31. <http://doi.org/10.5123/S1679-49742009000200003>

OBREGON, J. M. V.; ANJOS, M. F. O Nefrologista entre o poder e a vulnerabilidade em tempos tecnológicos. **J. Bras. Nefrol.**, v. 40, n. 4, p. 403-409, 2018.

RIBEIRO, J. P.; MAMED, S. N.; SOUZA, M. R.; SOUZA, M. M.; ROSSO, C. F. W. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, p. 1, 2015.

ROCHA-BRISCHILIARI, et al, 2014 in MARINHO, I. G.; JUNIOR, C. A. A. L.; CARDOSO, A. K. M.; BARBOZA, N. M.; MENEZES, R. A. O. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis em moradores no entorno de áreas alagadas na periferia de Macapá, Amapá. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 148-163, jul./set. 2018.

SARAN, R.; ROBINSON, B.; ABBOTT, K. C.; AGODOA, L. Y. C.; BHAVE, N.; BRAGG-GRESHMAN, J., et al. US Renal Data System 2017 Annual Data Report: epidemiology of kidney disease in the United States. **Am J Kidney Dis** 2018; 71(3 Supl. 1): A7. <http://doi.org/10.1053/j.ajkd.2018.01.002>

SOARES, C. M., et al . Análise do posicionamento das Entidades Médicas - 2015-2016. **Saúde debate**, v. 41, n. spe3, p. 74-86, set. 2017.

SODRE, F. et al . Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. **Serv. Soc. Soc.**, n. 114, p. 365-380, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016. Geneva: World Health Organization, 2018a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Geneva: World Health Organization, 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics 2018: monitoring health for the