



PROTOCOLO MUNICIPAL DE ATENÇÃO À PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA DRC

Município de Francisco Morato – Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde (APS)
Serviço de Assistência Médica de Francisco Morato – SAME

2026



Protocolo Municipal de Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual

Serviço de Assistência Médica de Francisco Morato- SAME

Área Técnica: Atenção Primária à Saúde

Abrangência: Municipal

Público-Alvo: Portadores de Doença Renal Crônica (DRC)

Versão: 01/ 2026

Município: Francisco Morato

Prefeito Municipal

ILDO GUSMÃO

Superintendente Municipal de Saúde

THIAGO CAMPOS AMADO

Chefe de Gabinete Adjunto

MARCO ANTONIO BARBOSA

Coordenadora de Atenção Primária à Saúde

GEISA LOPES CUEVAS

Diretora Técnica do SAME

CAROLINA FERREIRA NEVES PEREIRA

Responsável Pela Elaboração

ARIANE FAGUNDES

Enfermeira – PSF

COREN-SP nº 338.528

Este protocolo entra em vigor a partir de sua publicação e deve ser revisado anualmente pela Coordenação de Atenção Primária à Saúde, em conjunto com a Diretoria Técnica do SAME; ou quando houver atualização normativa pelo Ministério da Saúde, COFEN/COREN-SP ou novas diretrizes KDIGO.

Francisco Morato, 16 janeiro de 2026



SUMÁRIO

1. Introdução	4
2. Objetivo Geral	4
3. Objetivos Específicos	4
4. População-Alvo	5
5. Diagnóstico e Critérios Clínicos	5
5.1 Critérios para encaminhamento à atenção especializada	6
5.2 Encaminhamentos Específicos	6
5.3 Confirmação Diagnóstica	6
5.4 Exames necessários para Encaminhamento	6
6. Estratificação de risco	7
7. Estágios da Doença Renal Crônica (DRC).....	7
7.1 Importância da Classificação	8
7.2 Tabela – Estágios da Doença Renal Crônica.....	8
8. Monitoramento e seguimento na USF/ Encaminhamento para o Nefrologista	8
9. Atribuições por Categoria Profissional na APS	9
9.1. Enfermeiro(a)	9
9.2. Médico(a)	9
9.3. ACS	9
9.4. Farmacêutico	10
10. Fluxo Municipal de Atendimento	10
11. Integração com linhas de cuidado (HAS e DM)	10
12. Ações Educativas e de Prevenção na APS	11
13. Imunização	11
14. Referências Normativas	12



PROTOCOLO MUNICIPAL DE ATENÇÃO À PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

1. Introdução

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma condição de alta prevalência e impacto crescente na Atenção Primária à Saúde, com estreita relação com doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM).

Em Francisco Morato, o perfil epidemiológico demonstra elevado número de usuários com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), exigindo protocolos integrados que promovam rastreamento precoce, cuidado contínuo e prevenção de complicações.

Segundo dados do e-SUS AB (2025), o município possui aproximadamente 22.600 usuários com HAS e 8.800 com DM cadastrados nas Unidades de Saúde da Família, sendo o principal grupo de risco para DRC. Este protocolo visa orientar as equipes da APS na detecção precoce, estratificação de risco, acompanhamento clínico e encaminhamento responsável, fortalecendo a linha de cuidado da DRC no território municipal.

2. Objetivo Geral

Implantar e padronizar o manejo clínico e o acompanhamento da Doença Renal Crônica no município de Francisco Morato, assegurando cuidado integral, longitudinal e multiprofissional.

3. Objetivos Específicos

- Promover o rastreamento precoce da DRC entre usuários com fatores de risco.
- Garantir o acompanhamento regular e o controle clínico dos pacientes diagnosticados.
- Padronizar condutas e fluxos de encaminhamento e contrarreferência entre os níveis de atenção.
- Fortalecer o papel da equipe multiprofissional no manejo da doença.
- Reduzir internações evitáveis e a progressão para estágios avançados de insuficiência renal.



4. População-Alvo

Usuários acompanhados nas Unidades de Saúde da Família de Francisco Morato que apresentem:

Adultos	Crianças
Hipertensão arterial Diabetes Obesidade IMC > 35 Idade 60+ Doença cardiovascular / Doença cerebrovascular DRC na família Uso crônico de nefrotóxicos: AINEs, antivirais, quimioterápicos, ciclosporina, tacrolimus, lítio Neoplasia TFG < 60 ml/min/1,73m ² ou albuminúria persistente	Baixo peso ao nascer Prematuridade Injúria renal aguda Hipertensão arterial Diabetes Obesidade

5. Diagnóstico e Critérios Clínicos

A atenção especializada ao paciente com doenças renais deve ser direcionada àqueles com diagnóstico confirmado ou suspeita de Doença Renal Crônica (DRC) em estágios avançados, conforme as linhas de cuidado do Ministério da Saúde.

5.1 Critérios para encaminhamento à atenção especializada:

- Pacientes com TFG estimada por meio do Escore CKD-EPI ou clearance de creatinina menor que **29 ml/min/1,73m²**.
- Pacientes classificados nos estágios **4 e 5 da Doença Renal Crônica**.

Links úteis para cálculo da TFG (CKD-EPI):

https://www.msdmanuals.com/medical-calculators/GFR_CKD_EPI-pt.htm ou

https://www.mdcalc.com/calc/3939/ckd-epi-equations-glomerular-filtration-rate-g_fr



5.2 Encaminhamentos Específicos

- **Pacientes com cálculos urinários** (CID N20.0 a N20.2), como:
 - Cálculo renal
 - Cálculo ureteral
 - Cálculo da bexiga
 - Hidronefrose com obstrução por cálculo renalDevem ser encaminhados ao serviço de **urologia**.
- **Casos urgentes de hidronefrose com obstrução por cálculo renal, ureteral ou por hiperplasia prostática benigna (HPB)** devem ser encaminhados com **urgência** ao serviço de urologia.

5.3 Confirmação Diagnóstica

- TFG < 60 ml/min/1,73m² persistente por ≥ 3 meses; e/ou
- Albuminúria (≥ 30 mg/24 horas ou Relação Albuminúria/Creatininúria (RAC) ≥ 30 mg/g)
- **Valores de referência para albuminúria**

Exame	Normoalbuminúria	Microalbuminúria	Macroalbuminúria
Amostra de urina única	< 17 mg/L	17 a 173 mg/L	≥ 174 mg/L
Amostra de urina de 24 horas	< 30 mg	30 a 300 mg	> 300 mg
Relação Albumina/Creatinina (RAC) – amostra isolada	< 30 mg/g	30 a 300 mg/g	> 300 mg/g

- Fonte: Adaptado de Protocolos de encaminhamento para nefrologia adulto. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2018.

5.4 Exames necessários para Encaminhamento

Para facilitar o atendimento especializado, encaminhar o paciente com as seguintes informações e exames atualizados (preferencialmente dos últimos 60 dias):

- Taxa de Filtração Glomerular (TFG) estimada (CKD-EPI) ou clearance de creatinina, especialmente se < 30 ml/min/1,73m².
- Nome e posologia completa das medicações de uso contínuo.



- **Exames laboratoriais:**

- Hemograma
- Ureia, Creatinina
- Glicemia de jejum
- Hemoglobina glicada (HBA1C)
- Sódio (Na)
- Potássio (K)
- PSA (homens)
- Urina tipo I

- **Exames de imagem:**

- Ultrassonografia de abdome total ou aparelho urinário.
- Eletrocardiograma

6. Estratificação de risco

Prognóstico de Doença Renal crônica (DRC) por taxa de filtração glomerular (TFG) e categoria de albuminúria.

7. Estágios da Doença Renal Crônica (DRC)

Todos os pacientes com suspeita ou diagnóstico de DRC devem ser classificados conforme o estágio da doença, a fim de permitir avaliação prognóstica, definição adequada do tratamento e planejamento do seguimento clínico.

DRC Classificação e Estadiamento

- Verde: Risco baixo (RB)
- Amarelo: Risco moderado (RM)
- Laranja: Risco alto (RA)
- Vermelho: Risco muito alto (RMA)

Estadiamento da função renal TFG (mL/min/1,73m ²) Descrição e variação				Estágio de dano do rim Razão albumina/creatinina urinária Descrição e variação		
				A1	A2	A3
				Aumento normal a leve < 30 mg/g	Aumento moderado 30-300 mg/g	Aumento grave > 300 mg/g
	G1	Normal ou alto	≥ 90	RB	RM	RA
	G2	Diminuição leve	60-89	RB	RM	RA
	G3a	Diminuição leve a moderada	45-59	RM	RA	RMA
	G3b	Diminuição moderada a grave	30-44	RA	RMA	RMA
	G4	Diminuição grave	15-29	RMA	RMA	RMA
	G5	Insuficiência renal	<15	RMA	RMA	RMA

7.1 Importância da Classificação

A progressão da DRC está associada a:

- Redução da taxa de filtração glomerular (TFG);
- Aumento do risco cardiovascular;
- Evolução para necessidade de terapia renal substitutiva;
- Maior risco de mortalidade.

7.2 Tabela – Estágios da Doença Renal Crônica

Estágio	Taxa de filtração glomerular (ml/min/1,73m ²)	Descrição Clínica
1	> 90	Função renal normal ou aumentada, com marcadores de lesão renal (ex.: albuminúria, alterações estruturais).
2	60 a 89	Redução leve da função renal, com presença de dano renal.
3a	45 a 59	Redução leve a moderada da TFG; risco cardiovascular aumentado.
3b	30 a 44	Redução moderada a grave da TFG; maior risco de progressão da DRC.
4	15 a 29	Redução grave da função renal; necessita de acompanhamento nefrológico regular.
5	< 15 ou em diálise	Falência renal; necessidade de terapia renal substitutiva (TRS).

Fonte: Adaptado de **Protocolos de Encaminhamento para Nefrologia – Adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2018.

Observação Importante

Os estágios 1 e 2 (TFG $\geq$ 60 ml/min/1,73 m²) sem outros marcadores de dano renal não são considerados DRC.

8. Monitoramento e seguimento na USF/ Encaminhamento para o Nefrologista

Nível de Risco	Conduta na APS / Encaminhamento	Periodicidade do Exame de Triagem
 Risco Baixo	Tratamento na APS	Repetir exame de triagem em 1 ano
 Risco Moderado	Tratamento na APS	Repetir exame de triagem em 6 meses
 Risco Alto	Encaminhar ao nefrologista	—
 Risco Muito Alto	Encaminhar ao nefrologista	—



Observação:

-  **Verde:** Acompanhamento rotineiro e controle clínico na APS.
-  **Amarelo:** Maior vigilância; necessidade de acompanhamento mais frequente.
-  **Laranja:** Encaminhamento especializado devido a risco elevado.
-  **Vermelho:** Encaminhamento urgente ou prioritário à nefrologia.

9. Atribuições por Categoria Profissional na APS

9.1. Enfermeiro(a)

- Acolher e identificar população- alvo durante consultas de enfermagem.
- Estratificar o risco e elaborar o Plano de Cuidado de Enfermagem (SAE).
- Realizar orientações de cuidados gerais e estimular adesão terapêutica
- Reforçando a importância do uso correto e contínuo das medicações quando prescritas e o comparecimento às consultas e exames periódicos.
- Fazer acompanhamento sistemático com avaliação de PA, Aferição de Glicemia peso e sintomas.
- Realizar busca ativa de usuários faltosos com apoio dos ACS.

9.2. Médico(a)

- Confirmar diagnóstico e classificar estágio da DRC.
- Solicitar exames laboratoriais de rastreamento conforme protocolo.
- Avaliar necessidade de medicação (IECA, BRA, antiproteinúricos).
- Definir conduta terapêutica e encaminhar ao nefrologista quando indicado.
- Solicitar exames complementares e avaliar comorbidades associadas.

9.3. ACS

- Realizar busca ativa de usuários com HAS/DM que não fizeram exames.
- Monitorar adesão ao tratamento e à consulta.

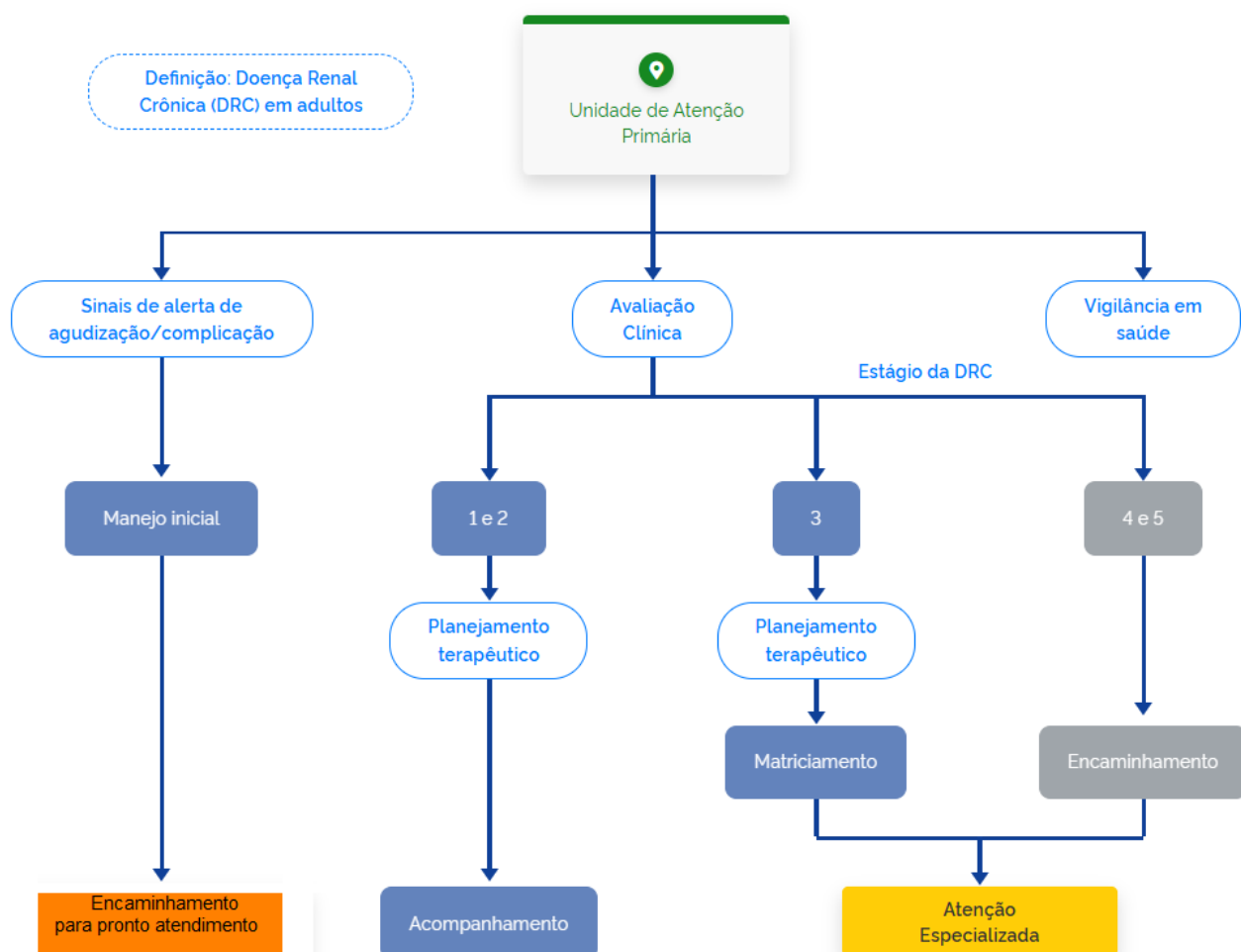
- Incentivar hábitos saudáveis e autocuidado.

9.4. Farmacêutico

- Orientar sobre uso racional de medicamentos e riscos de nefrotoxicidade.
- Revisar prescrição e adesão.

10. Fluxo Municipal de Atendimento

Diagrama de navegação: Unidade de Atenção Primária



11. Integração com linhas de cuidado (HAS e DM)

Os usuários com DRC devem estar devidamente vinculados às Linhas de Cuidado de HAS e DM, com registros integrados no prontuário eletrônico e nos relatórios SIAPS.



- **Hipertensão:** meta pressórica < **130/80 mmHg** em pacientes com DRC.
- **Diabetes:** HbA1c alvo < **7%** (individualizar se idosos ou frágeis).
- Uso de IECA/BRA se albuminúria ≥ 30 mg/g.
- **Avaliar** inclusão de SGLT2i em diabéticos com DRC, conforme PCDT 2024.
- **Meta pressórica** em pacientes sem doença renal: < **120 x 80 mmHg**.

12. Ações Educativas e de Prevenção na APS

- Oficinas sobre alimentação saudável, hidratação e controle pressórico.
- Ações de **educação permanente com as equipes de ESF e E-multi** sobre manejo clínico da DRC.
- Integração com o **Programa de Tabagismo** para prevenção e cessação.

13. Imunização

A indicação de imunização deve ser avaliada pela equipe multidisciplinar em todas as consultas. Indicações, contraindicações e a necessidade de esquemas modificados.

Vacinas especialmente recomendadas para pacientes com DRC, sem imunodepressão ou outras doenças crônicas:

- **Influenza**
- **Pneumocócicas**
- **Hepatite A**
- **Hepatite B**

Atenção: Para mais informações, acesse o [Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde \(PNI/MS\)](#) e [Calendário de vacinação para pacientes especiais - SBIM](#).



Se paciente imunodeprimido ou candidato a transplante ou transplantado, consulte os calendários de vacinação específicos. Havendo atualização do calendário vacinal, conforme PNI/MS, pacientes com DRC devem ser vacinados precocemente uma vez que a redução da TFG está associada com redução da capacidade de soroconversão.

Vacinas contraindicadas: Se imunossupressão grave, as vacinas vivas atenuadas estão contraindicadas. Se moderadamente imunocomprometido, avaliar parâmetros clínicos e risco epidemiológico para tomada de decisão para a recomendação das vacinas febre amarela, SCR (sarampo, caxumba e rubéola), SCR-V (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) varicela e herpes zóster.

14. Referências Normativas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença Renal Crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAPS/MS nº 161, de 17 de abril de 2024**. Altera e estabelece diretrizes para a organização da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 abr. 2024.

KDIGO. **Clinical Practice Guideline for Chronic Kidney Disease: Evaluation and Management**. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Kidney International Supplements, v. 11, n. 3, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Nefrologia para Doença Renal Crônica**. São Paulo: SBN, 2022.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica**. São Paulo: SES-SP, 2023.