



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE**

NOTA TÉCNICA Nº01/2024

FLUXO DE ATENDIMENTO A PESSOA PORTADORA DE DOENÇA RENAL CRÔNICA

REVISADA EM FEVEREIRO/2024

1. OBJETIVO GERAL

Elaborar protocolos, critérios de elegibilidade com formulários de encaminhamento (referência e contrarreferência) para o atendimento ambulatorial especializado em nefrologia para tratamento clínico e terapia renal substitutiva (TRS).

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A doença renal crônica (DRC) constitui hoje um importante problema médico e de saúde pública, é uma condição que afeta aproximadamente 1,5% dos brasileiros, com 47,9 mil/ano de novos pacientes. Há no Brasil atualmente 140.000 pacientes mantidos em programa crônico de diálise, dos quais 2.058 em Alagoas e 1.229 em Maceió. O tratamento ideal da DRC é baseado em três pilares de apoio: diagnóstico precoce, tratamento nefrológico e implementação de medidas para preservar a função renal. Noventa e dois por cento do tratamento é custeado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a Atenção Primária, como a principal porta de entrada no sistema. Sendo assim, é necessário estabelecer critérios para o manejo assistencial deste paciente garantindo um controle clínico otimizado da insuficiência renal crônica e comorbidades, bem como evitar sua progressão para estágio terminal, adiando a necessidade da terapia renal substitutiva (TRS).



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE**

3. DEFINIÇÃO

Em 2002, a Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI), patrocinada pela National Kidney Foundation, publicou uma diretriz sobre DRC que compreendia avaliação, classificação e estratificação de risco. É considerado portador de DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresente TFG < 60 mL/min/1,73m² ou a TFG > 60 mL/min/1,73m² associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (proteinúria) ou alteração estrutural em exame de imagem, presente há pelo menos 3 meses consecutivos.

4. FATORES DE RISCO PARA DOENÇA RENAL CRÔNICA QUE DEVERÃO SER INVESTIGADOS:

ELEVADO

- Diabetes Mellitus (risco de desenvolvimento de nefropatia é de cerca de 30% nos diabéticos tipo 1 e de 20% nos diabéticos tipo 2);
- Hipertensão arterial sistêmica (incidência de DRC em hipertensos é de cerca de 156 casos por milhão);
- História familiar de DRC (20% tem parente de primeiro ou segundo grau com DRC).

MÉDIO

- Enfermidades sistêmicas
- Obesidade
- Doenças cardiovasculares
- Infecções urinárias de repetição
- Litíase urinária repetida
- Uropatias



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE**

- Crianças com idade inferior a 5 anos
- Adultos com idade superior a 60 anos
- Mulheres grávidas

5. Quais exames podem diagnosticar a doença renal?

Creatinina (TFG), Sumário de urina (se tiver proteinúria, pedir relação albumina / creatinina em amostra de urina isolada.) e ultrassom do aparelho urinário.

6. O que caracteriza a doença renal crônica?

É considerado portador de DRC qualquer indivíduo que apresente por pelo menos três meses consecutivos uma Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < que 60 ml/min/1,73m². Pacientes com TGF > 60 ml/min/1,73m², considerar DRC se estiver associado a um marcador de dano renal parenquimatoso (proteinúria, hematúria glomerular) ou exame de imagem alterado.

O tratamento de pacientes portadores de insuficiência renal progressiva pode ser dividido em várias ações alinhadas da atenção primária à especializada:

- Programa de promoção à saúde e prevenção primária (grupos de riscos para DRC)
- Identificação precoce da disfunção renal (diagnóstico + estadiamento da DRC)
- Detecção e correção de causas reversíveis da doença renal
- Diagnóstico etiológico (tipo de doença renal)
- Instituição de intervenções para retardar a progressão da doença renal crônica
- Prevenir complicações da doença renal crônica
- Modificar comorbidades comuns a estes pacientes
- Planejamento precoce da terapia de substituição renal (TSR).

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

7. Como estratificar o ESTÁGIO/GRAU da INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA?

DRC Classificação e Estadiamento

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

				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
Estadiamento da função renal TFG (mL/min/1,73m ²) Descrição e variação	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

Adaptado de : <https://www.elsevier.es/pt-revista-the-brazilian-journal-infectious-diseases-269-articulo-terapia-antirretroviral-e-funcao-renal>, julho 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

ESTÁGIO	TFG ml/min/1,73m²	Grau de Insuficiência RENAL	Marcador de dano renal	Tipo de Tratamento
1	>90	Função renal normal	Fatores de risco para DRC	Tratamento conservador APS
2	60 - 89	IR leve ou funcional	Proteinúria hematúria glomerular e/ou alteração exame de imagem.	
3a	30 - 59	IR moderada ou laboratorial	Alteração da uréia e creatinina	
3b	30 - 44			
4	15 - 29	IR severa ou clínica	Alteração da uréia e creatinina, anemia, edema e hipertensão arterial	Tratamento Pré-dialítico
5 D	< 15	IR terminal ou dialítica	Síndrome urêmica (laboratorial e clínica)	Terapia Renal Substitutiva
5ND	< 15			

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

8. Quais os pacientes que devo encaminhar?

ESTÁGIO 1	ESTÁGIO 2	ESTÁGIO 3A	ESTÁGIO 3B
Risco baixo	Risco baixo	Risco médio	Risco médio
Permanece Acompanhado pela equipe da Unidade de Saúde	Permanece Acompanhado pela equipe da Unidade de Saúde	Encaminhar para Unidade Especializada de Referência - (TRS) – através do e-mail pronto.nefrologia@gmail.com	Encaminhar para Unidade Especializada de Referência - (TRS) – através do e-mail pronto.nefrologia@gmail.com

ESTÁGIO 4	ESTÁGIO 5
Risco alto	Risco muito alto
Encaminhar para Unidade Especializada de Referência - (TRS) – através do e-mail pronto.nefrologia@gmail.com	Encaminhar para Unidade Especializada de Referência (TRS) - através do e-mail pronto.nefrologia@gmail.com

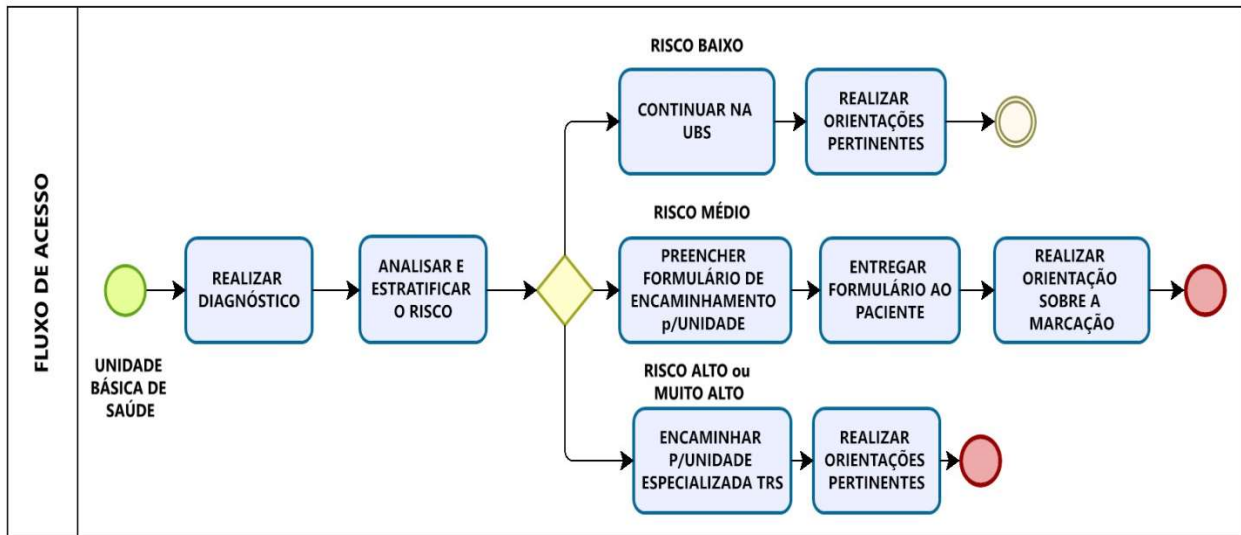
9. Como o paciente terá acesso ao atendimento em Unidade Especializada de Referência?

Ao identificar e estratificar os riscos, o médico assistente preencherá o FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA (Anexo I – Relatório de Referência do Paciente Renal Crônico) e entregará ao paciente, orientando a procurar a Gerência da Unidade, que encaminhará a solicitação para o e-mail pronto.nefrologia@gmail.com

O “PRONTO!” comunicará ao paciente sobre a marcação.

Importante ressaltar que as outras patologias renais deverão ser agendadas para a especialidade de nefrologia através do contato via *WhatsApp* 3312 5492.

10. FLUXO DE ACESSO A CONSULTA NEFROLÓGICA



11. FLUXO DE ACESSO PARA TRS (HEMODIÁLISE E/OU DIÁLISE PERITONEAL) – SOLICITAÇÃO DE VAGAS

- Quando o Nefrologista assistente da rede, detectar necessidade de iniciar a TRS, deverá preencher o formulário de solicitação de vaga para diálise (Anexo III – Solicitação TRS – Diálise), entregará ao paciente, orientando a procurar a Gerência da Unidade/Clinica Especializada, que encaminhará para o e-mail pronto.nefrologia@gmail.com
- Pacientes internados, em condições efetivas de alta hospitalar, aguardando apenas vaga de TRS deverão permanecer internados até a obtenção da vaga ambulatorial. A solicitação de vaga deve ser enviada para o e-mail pronto.nefrologia@gmail.com
- Para os pacientes que desejam mudar de clínica, deve levar o pedido de solicitação de transferência ao novo serviço que deseja ingressar. A Regulação intermediará os pedidos de transferência entre os centros, é necessário que o paciente assine a solicitação e o



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

termo de transferência. Deverá ser realizada a confirmação da vaga e transferência das APACs pela Regulação.

- Caso o prestador deseje por qualquer motivo a transferência do paciente, deve ser tentada a permuta de pacientes entre os centros e, nesse caso, o contato poderá ser feito diretamente entre os mesmos, devendo obrigatoriamente a Regulação ser informada apenas na efetivação da troca e para transferência das APACs.
- Para paciente em hemodiálise, com solicitação de mudança de domicílio, deverá ser solicitado para o *e-mail* pronto.nefrologia@gmail.com a verificação de vaga junto a Regulação. A Unidade solicitante deverá orientar o paciente a não efetivar a mudança sem disponibilização de vaga ambulatorial. Caso o paciente mude sem a confirmação de vaga, deverá procurar atendimento na Unidade de Pronto Atendimento.
- Para paciente em TRÂNSITO, a vaga deverá ser solicitada por período não superior a 30 dias corridos através do *e-mail* pronto.nefrologia@gmail.com. Importante ressaltar a situação clínica do paciente. É necessário e estar com quadro clínico estável e acesso vascular pérvio (fístula arteriovenosa ou cateter de longa permanência Perm-cath). Na solicitação deve conter a data exata da permanência. Deve ser realizada com antecedência máxima de 90 dias e mínima de 15 dias a data preterida. Para os casos de solicitação para a mesma data, será respeitada a ordem cronológica de recebimento da documentação recebida.
- A Regulação disponibilizará as vagas seguindo prioritariamente a vinculação territorial elaborada pela Coordenação Técnica de Atenção as Doenças Crônicas.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE**

12. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER:

- Tipo de solicitação: internado, eletivo, mudança de domicílio, transferência ou trânsito;
- Diagnóstico de base, com a data do diagnóstico e patologias associadas;
- Medicamentos em uso;
- Exames complementares obrigatórios (realizados nos últimos 60 dias): hemograma, ureia, creatinina, potássio, glicemia, clearance de creatinina e sorologias (realizadas nos últimos 180 dias) HBsAg, anti-HBs, anti-HBc quando o HbsAg for positivo, antiHCV, anti-HIV, com a data;
- Tipo de acesso (fístula ou cateter);
- Especificar se o paciente possui ou não histórico de transplante anterior;
- Informar unidade solicitante (hospitalar, clínica ou consultório do nefrologista responsável, unidade de diálise) e para os pacientes internados, informar se possuem condições de alta;
- Modalidade solicitada: hemodiálise ou diálise peritoneal

13. Quando o paciente deve ser encaminhado com o formulário de CONTRARREFERÊNCIA?

Após o atendimento pelo nefrologista, se ele entender que o paciente poderá realizar seu acompanhamento na Unidade Básica de Saúde, deverá preencher o formulário de contrarreferência, entregá-lo ao paciente e, o mesmo retornará à sua UBS, para continuar seu tratamento.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

14. ANEXOS - FORMULÁRIOS

IMAGEM I - RELATÓRIO DE REFERÊNCIA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO

RELATÓRIO DE REFERÊNCIA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO	
Unidade de saúde de origem	Distrito
Nome do paciente	
Data de nascimento:	Telefone:
Data do encaminhamento:	
Número do cartão SUS:	
<p>Paciente encaminhado para avaliação por médico especialista em nefrologia de acordo com o(s) critério(s) de referência que seguem (assinalar os círculos abaixo conforme as necessidades clínicas):</p>	
ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA	
<input type="checkbox"/>	Estágio 3 com proteinúria > 3 g/ 24 h
<input type="checkbox"/>	Estágio 4 (TFG <29ml/min/1,73m ²)
<input type="checkbox"/>	Estágio 5 (TFG <15ml/min/1,73m ²)
<input type="checkbox"/>	Hipertensão acelerada
<input type="checkbox"/>	Síndrome nefrótica
<input type="checkbox"/>	Doença sistêmica com acometimento renal
ENCAMINHAMENTO DE ROTINA	
<input type="checkbox"/>	Estágio 3* (TFG <60ml/min/1,73m ²)
<input type="checkbox"/>	Albuminúria > ou = 300 mg/ g
<input type="checkbox"/>	Redução da TFG > 3 ml/ano
<input type="checkbox"/>	PA > 150/90 mmHg em uso de 3 ou + anti-hipertensivos
<input type="checkbox"/>	Hematúria glomerular
<input type="checkbox"/>	Litíase recorrente ou com histórico familiar
<input type="checkbox"/>	Redução na TFG > 15% com a introdução de IECA ou BRA
<input type="checkbox"/>	Infecção do trato urinário de repetição (2 ou + infecções em 6 meses 3ou + infecções em 1 ano)
<input type="checkbox"/>	Doença renal cística (Rins policísticos, doença renal multicística ...)
<input type="checkbox"/>	Histórico de lesão renal aguda

REVISADO EM 23 DE NOVEMBRO DE 2023



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

DESCRIÇÃO SUMÁRIA (Diagnóstico principal, medicamentos, motivo do encaminhamento)	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Assinatura do médico responsável pela avaliação	
<input checked="" type="checkbox"/>	
TELEFONE	ESPAÇO DO CARIMBO
DATA DO ATENDIMENTO	

REVISADO EM 23 DE NOVEMBRO DE 2023



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

IMAGEM II – RELATÓRIO DE CONTRARREFERÊNCIA DO PACIENTE
RENAL CRÔNICO

RELATÓRIO DE CONTRARREFERÊNCIA
DO PACIENTE RENAL CRÔNICO

Unidade de origem _____

Nome do paciente _____

Data de nascimento _____ Número prontuário _____

Data do encaminhamento _____ Telefone _____

ENCAMINHAMENTO:

Retorno à unidade de origem.

Retorno à unidade de origem com acompanhamento paralelo na especialidade.

AVALIAÇÃO MÉDICA

AVALIAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

REVISADO EM 23 DE NOVEMBRO DE 2023

CONDUTA RECOMENDADA

Responsável pela avaliação (com carimbo)

Telefone: _____ Data _____

ESPAÇO DO CARIMBO

REVISADO EM 23 DE NOVEMBRO DE 2023



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

CONDUTA RECOMENDADA

Responsável pela avaliação (com carimbo)

Telefone:	Data
ESPAÇO DO CARIMBO	

REVISADO EM 23 DE NOVEMBRO DE 2023

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

IMAGEM III – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRS-DIÁLISE



SMS-CRM/TRS-DIÁLISE

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO TRS - DIÁLISE



Orientações: Preencher todos os campos obrigatórios, conforme instruções abaixo. Não serão aceitos nem cadastrados arquivos fora do padrão, incompletos ou desconfigurados. Verificar o preenchimento antes do envio, para evitar devoluções. Para acessar instruções de cada campo, clicar neles uma vez com o cursor. Ressalta-se que pode ser realizada a impressão, preenchimento e digitalização para envio.

Instruções de preenchimento:

- Obrigatório para todas solicitações (caso não preenchido, será devolvido)
- Exclusivo em caso de trânsito/transferência p/ o município de Maceió
- Condicionado a outras células (verificar obrigatoriedade em cada campo)
- Exclusivo de uso da Central de Regulação

DADOS DA UNIDADE SOLICITANTE

Hospital/Clínica: _____ Tel. c./DDD: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Tipo de Solicitação: _____
 Data Inicial do trânsito: _____ Data final do trânsito: _____ Total de dias: _____ dia(s)
 E-mail: _____

DADOS DO PACIENTE

Nome do paciente: _____
 Nome da mãe: _____
 Nasc: _____ Idade: _____ Peso: _____ Tel. do paciente: _____
 CPF: _____ Sexo: _____ Nº SUS: _____
 End. residência: _____ Nº: _____ CEP: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
 End. destino: _____ Nº: _____ CEP: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: AL

RESUMO CLÍNICO

Diagnóstico de Base: _____ CID 10: _____
 Tipo de tratamento: _____
 Patologias Associadas: _____
 Realizou transplante renal? _____ Se sim, informar a data: _____ TX feito há: _____ ano(s)
 Modalidade Solicitada: _____ Acesso: _____
 Modalidade anterior (já em tto pelo SUS em AL, p/ mudança de tratamento): _____
 Sangramentos: _____ Condições hemodinâmicas: _____ PA: _____
 Uréia: _____ Creatinina: _____ Potássio: _____ Glicemia: _____ Clearance: _____
 Sorologias: HBsAg: _____ Anti-HBs: _____ Anti-HBc: _____ HIV: _____ HCV: _____
 Médico Responsável: _____ CRM: _____

CONCLUSÃO (uso exclusivo da Central de Regulação, favor não preencher)

Solicitação: _____ Data da resolução: _____ Código TRS: _____
 Causa Cancelamento: _____ Prontuário TRS: _____
 _____ Data de triagem: _____

Autorização para Unidade: _____
 Médico Autorizador: _____ CRM: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE

15.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kidney Disease Improving Global Outcomes. Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl.* 2013;3(1):1-150;
2. Romão Jr JE – Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. *J. Bras. Nefrologia* volume XXVI - nº 3 - Supl. 1 - Agosto de 2004;
3. Bastos MG, Kirsztajn GM - Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho e pacientes ainda não submetidos à diálise. *J BrasNefrol* 2011;33(1):93-108
4. Pereira MAM, Jordan RFR, Matos JPS, Carraro-Eduardo JC - Razão albumina/proteína em amostras isoladas de urina para análise da seletividade de proteinúria na doença renal crônica. *Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.)* 2023,45(2):254-258;
5. ChronicKidneyDiseaseEpidemiologyCollaboration. Usingstandardizedserumcreatininevalues in themodificationof diet in renal diseasestudyequation for estimating glomerular filtration rate. *Ann Intern Med* 2006; 145:247-54;
6. 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 e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico;
7. Portaria Nº 1.675, de 07 de junho de 2018 – ALTERA A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica – DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;
8. Moura C, Amorim E, Thereza M, Marinho S, Barros A, Rosa E, Júlia I, Matos M – Doença Renal Crônica – Gerência de Atenção às Doenças Crônicas –Projeto de Implantação da Linha de cuidado a Pessoa com DRC;

<https://maceio.al.gov.br/uploads/documentos/Fluxograma-de-Nefrologia.pdf>



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE



Acessado dia 26/11/2023 às 22:16 h.

9. Censo Brasileiro de Diálise, 2022.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE**

RESPONSÁVEIS

ELABORAÇÃO DA REVISÃO

Jane Cleide Cavalcante Lima e Silva –
Médica Nefrologista do Núcleo das Linhas Prioritárias da Saúde

Sandra Oliveira - Diretoria das Linhas Prioritárias da Saúde

VALIDAÇÃO

Ebeveraldo Amorim Gouveia – Subsecretário da Atenção Especializada

Roberta Borges– Subsecretária da Atenção à Saúde

Alayde Ricardo – Diretoria de Atenção à Saúde

Morgana Thereza Gomes de Oliveira – Diretoria de Regulação

Camila de Barros Prado Moura Sales –
Coordenação Técnica de Atenção às Doenças Crônicas

DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE