



GRUPO CONDUTOR DE DOENÇAS CRÔNICAS

Porto Alegre, Dezembro de 2020.

NOTA TÉCNICA 01/2020

ATENÇÃO AO INDIVÍDUO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA

1. INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é a perda permanente da função dos rins e é reconhecida como um problema global de saúde pública. O aumento no número de casos tem sido registrado na última década, associado ao envelhecimento e à transição demográfica da população, como resultado da melhora na expectativa de vida e do rápido processo de urbanização.

A detecção precoce e o tratamento adequado em estágios iniciais, realizados na Atenção Básica¹, ajudam a prevenir os desfechos deletérios e a subsequente morbidade relacionados às nefropatias. Além disso, resultam em potenciais benefícios para qualidade de vida, longevidade e redução de custos associados ao cuidado em saúde.

2. OBJETIVO

Prestar orientações na perspectiva de qualificar a Atenção Básica como coordenadora do cuidado ao indivíduo com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), definindo critérios para a estratificação de risco de portadores de Doença Renal Crônica e suporte para tomada de decisão clínica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma a fortalecer e qualificar o cuidado ao indivíduo portador dessa doença. Para o alcance deste objetivo, este documento utiliza como principais referências: Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014), Protocolo de

¹Os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são considerados equivalentes nas atuais concepções estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo utilizados como sinônimos. Dessa forma, associam-se a ambos os termos os princípios e as diretrizes definidos no Anexo XXII da Portaria de Consolidação Nº 2.

Encaminhamento para Nefrologia Adulto (TELESSAÚDERS, 2018) e Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015).

3. JUSTIFICATIVA

Fez-se necessária a construção deste documento em decorrência da Portaria 1.675 (BRASIL, 2018) que dispõe sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de orientar as equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa sob o risco ou com diagnóstico de DRC a partir da Atenção Básica.

4. PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Muitos fatores estão associados tanto à etiologia quanto à progressão para perda de função renal. Por estes motivos, é importante identificar quem são os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver a DRC, com o objetivo do diagnóstico precoce, bem como quais são os fatores que estão relacionados à progressão mais rápida para perda de função renal (BRASIL, 2014).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de doença renal crônica são: hipertensão, diabetes, obesidade, tabagismo, cardiopatia, vasculopatia, doença renal policística, uropatia obstrutiva, glomerulopatias, neoplasias e histórico familiar positivo para DRC. No Brasil, as principais causas de DRC são hipertensão (33%), diabetes (30%), glomerulonefrites (9%) e doença renal policística (4%), sendo a hipertensão e o diabetes as principais causas de diálise no mundo. A prevenção envolve tratar e controlar os fatores de risco modificáveis. Algumas medidas devem ser orientadas na atenção básica à saúde como: adoção de hábitos alimentares adequados e saudáveis, cessação do tabagismo, prática de atividade física regular, controle da pressão arterial, manejo das dislipidemias e manejo do diabetes (BRASIL, 2006).

A estratégia de rastreio de DRC em pacientes com fatores de risco é controversa na literatura. A decisão de realizar exames complementares para definir TFG, pesquisar albuminúria e/ou alterações anatômicas renais com exame de imagem e a sua periodicidade dependerá da(s) condição(ões) de risco de cada

paciente. Para os pacientes diabéticos e hipertensos, há recomendação de realização de creatinina sérica para cálculo da TFG e rastreio de albuminúria por exame sumário de urina (EAS) ou relação albuminúria/creatininúria anualmente.

5. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

Doença renal crônica é definida como anormalidades da estrutura ou função renal, presentes por mais de 3 meses, com implicações para a saúde, conforme os critérios abaixo (KDIGO, 2012):

- Redução da TFG $< 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$; ou

- TFG $\geq 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ associada à presença de marcadores de dano renal (um ou mais):
 - a) albuminúria ($\geq 30 \text{ mg/24h}$ ou razão albuminúria/creatinúria $\geq 30 \text{ mg/g}$);
 - b) anormalidades do sedimento urinário;
 - c) anormalidades eletrolíticas ou outras devido a doenças tubulares;
 - d) anormalidades detectadas por histologia²;
 - e) anormalidades estruturais detectadas por exames de imagem³;
 - f) história de transplante renal.

Para melhor estruturação do tratamento dos pacientes com DRC, bem como para estimativa de prognóstico, é necessário que, após o diagnóstico, todos os pacientes sejam classificados, de acordo com o Quadro 1. Essa classificação tem estreita relação com prognóstico, levando-se em consideração principalmente os principais desfechos da DRC: doença cardiovascular, evolução para terapia renal substitutiva e mortalidade (BRASIL, 2014).

²Análise através de biópsia renal (histologia), em geral, é indicada pelo nefrologista.

³Rins policísticos, hidronefrose, cicatrizes ou alterações da textura cortical, sinais de doença infiltrativa, massas renais, estenose da artéria renal.

Quadro 1 - Estágios de classificação da DRC

Estágio de Função Renal	Taxa de Filtração Glomerular (mL/min/1,73m ²)
1 *	> 90
2 *	60 a 89
3a	45 a 59
3b	30 a 44
4	15 a 29
5	< 15 ou em diálise

Fonte: DUNCAN (2013)

* Estágios 1 e 2 não são considerados DRC, a não ser que apresentem marcadores de dano renal: proteinúria, anormalidades do sedimento urinário, anormalidades eletrolíticas ou outras devido a doenças tubulares, anormalidade estrutural ou patológica do rim ou história de transplante renal.

Os recursos diagnósticos utilizados para identificar o paciente com DRC são (BRASIL, 2014):

- 1) **Avaliação da Taxa de Filtração Glomerular (TFG):** A estimativa da TFG deve ser feita através da equação "*Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI)*" ou da equação "*Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)*". A equação MDRD demonstrou imprecisão em TFG alta, principalmente >60ml/min/1.73m² e alguns estudos demonstraram maior precisão da equação CKD-EPI, porém ambas equações são recomendadas para cálculo de TFG pelo Ministério da Saúde. Não é recomendado o uso da depuração de creatinina urinária de 24h para cálculo de TFG por duas limitações principais: potencial de erro na coleta e aumento da secreção de creatinina urinária à medida que a filtração glomerular reduz.
- 2) **Exame de urina:** as alterações parenquimatosas podem ser pesquisadas através do exame sumário de urina (EAS). No sedimento urinário, pode-se observar a presença de cilindros patológicos: leucocitários, hemáticos, epiteliais, granuloses, céreos, largos e graxos. A presença de cilindros hialinos não é tipicamente patológica, podendo ocorrer por alterações fisiológicas. Nos pacientes diabéticos e hipertensos com EAS mostrando ausência de proteinúria, está indicada a pesquisa de albuminúria (que é a presença de albumina na urina) em amostra isolada de urina corrigida pela

creatininúria, a Relação Albuminúria Creatinúria (RAC). A presença de albuminúria é um marcador de dano renal altamente utilizado na prática clínica (Quadro 2). O exame pode ser realizado com coleta de urina em 24 horas ou em amostra de urina (para facilitar a realização do exame). Algumas condições podem interferir na excreção de albumina e devem ser descartadas antes de sua realização (febre, infecção urinária, exercício físico).

Quadro 2 - Valores de referência para albuminúria

Exame	Normo	Micro	Macro
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 299 mg	> 300 mg
Relação Albuminúria/Creatinúria (em amostra)	< 30 mg/g	30 a 299 mg/g	> 300 mg/g

Fonte: Duncan (2013).

- 3) **Avaliação de imagem:** deve ser feita para indivíduos com história de DRC familiar, infecção urinária de repetição e doenças urológicas. O exame de imagem preferido é a ultrassonografia dos rins e vias urinárias. Achados que sugerem doença renal crônica são perda da diferenciação corticomedular, rins pequenos e ecogênicos (a associação de ecogenicidade e rins inferiores a 10 cm geralmente corresponde a dano renal irreversível). O exame de imagem também pode auxiliar na identificação da causa da doença renal crônica. Os seguintes achados contribuem com a identificação da causa da doença renal crônica: rim policístico, hidronefrose por obstrução, lesão cortical renal por infarto, pielonefrite ou refluxo vesico ureteral, massas renais ou tumores, estenose de artéria renal, assimetria renal (diferença de 1,5 cm entre os rins).

6. MANEJO CLÍNICO NA AB

O acompanhamento dos pacientes com DRC deve se dar de forma integrada, na Rede de Atenção à Saúde, visando retardar a progressão da doença renal e, quando necessário, realizar encaminhamento em tempo oportuno para a especialidade focal adequada. Para evitar o agravamento da DRC, deve-se buscar

orientar o paciente para a mudança de fatores associados com a progressão da doença. A seguir, orienta-se o manejo clínico da DRC na AB, conforme os estágios da doença (BRASIL, 2014). No Apêndice A, apresenta-se o fluxograma de encaminhamento do paciente com DRC a partir da Atenção Básica.

● **Estágios 1 e 2:**

Deve-se tratar os fatores de risco modificáveis de progressão da DRC e doença cardiovascular através do controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. Recomenda-se:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado;
2. Realizar atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;
3. Abandono do tabagismo;
4. Para o controle da hipertensão, os cuidados devem ser os seguintes:
 - a. o alvo pressórico para pacientes com DRC é < 130/80 mmHg.
 - b. Todos os pacientes diabéticos e/ou com RAC \geq 30 devem utilizar inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores de receptores da angiotensina (BRA).
5. Para pacientes diabéticos, deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7%.
6. Realizar avaliação anual da TFG e albuminúria.

● **Estágios 3A e 3B:**

Assim como nos estágios 1 e 2, deve-se tratar os fatores de risco modificáveis de progressão da DRC e doença cardiovascular. Além da diminuição da ingestão de sódio e da prática de atividade física, recomenda-se a correção da dose de medicações como antibióticos e antivirais de acordo com a TFG. Os alvos para o controle da hipertensão são os mesmos dos estágios 1 e 2.

Conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente Renal (BRASIL, 2014), para pacientes em estágio 3B, as unidades de atenção especializadas em doença renal crônica poderão matricular o acompanhamento do paciente nesse estágio da DRC.

● **Estágios 4 e 5:**

Pacientes com estágio 4 da DRC devem ser acompanhados por equipe multiprofissional composta de, no mínimo, médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social, nas unidades de atenção especializadas em DRC. Para pacientes com estágio 5 da DRC, o acompanhamento deve ser realizado por nefrologista e equipe multiprofissional nas unidades de atenção especializadas. Em ambos os estágios, os pacientes devem manter o vínculo com as unidades da Atenção Básica.

Conforme os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no SUS, os parâmetros populacionais e para acompanhamento dos pacientes com DRC são os que seguem (Quadros 3 e 4):

Quadro 3 - Parâmetros propostos para estimar a prevalência de pacientes com Doença Renal Crônica definidos por estratos de estágios.

Estratos	Descrição simplificada	PARÂMETRO	
		Categoria	Parâmetro
Estágio 1	Fase de lesão com função renal normal	9,6 % da população de 20 anos e mais	
Estágio 2	Fase de insuficiência renal funcional ou leve	0,9 % da população de 20 anos e mais	
Estágio 3	Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada	1,5 % da população de 20 anos e mais	
Estágio 4	Fase de insuficiência renal clínica ou severa	0,1 % da população de 20 anos e mais	
Estágio 5	Fase terminal de insuficiência renal crônica	Incidência anual estimada de pacientes novos em Diálise	0,014 % da população com 20 anos e mais
		Prevalência estimada de pacientes em diálise	0,075 % da população com 20 anos e mais
		Óbitos estimados	0,013 % da população com 20 anos e mais

Fonte: Brasil (2015)

Quadro 4 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Doença Renal Crônica, segundo os estágios / Necessidade de procedimentos

Categoria Exame / procedimento	Procedimento - SIGTAP	DRC em geral	E1	E2	E3	E4
Exames laboratoriais	02.02.05.001-7 - Análise do sedimento urinário	1	1	1	1	4
	02.02.05.009-2 - Microalbuminúria	1	1	1	2 (*)	2
	02.02.01.063-5 - Dosagem de sódio sérico	1	0	0	0	0
	02.02.01.060-0 - Dosagem de potássio sérico	1	0	0	1	4
	02.02.01.073-2 – Gasometria venosa	1	0	0	1	2
	02.02.01.031-7 - Dosagem de creatinina sérica	1	1	1	2	4
	02.02.02.030-4 – Dosagem de hemoglobina e hematócrito	1	0	0	1	4
	02.02.02.030-4- Dosagem de paratormônio sérico	1	0	0	1	2
	02.02.01.022-8 - Dosagem de cálcio iônico sérico	1	0	0	1	4
	02.02.05.009 - Dosagem de albumina sérica	1	0	0	1	2
	02.02.01.038-4 - Ferritina	1	0	0	1(**)	4(**)
	02.02.01.066-0 – Índice de saturação de Transferrina	1	0	0	1(**)	4(**)
	02.02.03.029-6 – Anti-HIV	1	0	0	0	0
	02.02.09.009-4 - Uréia	1	1	1	2	4
	02.02.01.043-0 - Fósforo	1	0	0	1	4
	02.02.03.063-6 – Anti Hbs	1	0	0	0	1
	02.02.03.067-9 – Anti Hcv	1	0	0	0	0
	02.02.03.097-0 – HBsAg	1	0	0	0	0
	02.02.01.076-1 – Vitamina D	1	0	0	0	0
Exame de imagem	02.05.02.0046 - Ultrassom rins e vias urinárias	1	0	0	0	1

Fonte: Brasil (2015)

Observações:

(*) Microalbuminúria estágio 3: a dosagem será semestral se RAC > 30mg/g de creatinina.

(**) Ferritina e índice de saturação de transferrina no caso de pacientes com anemia.

7. CUIDADOS ADICIONAIS COM O PACIENTE COM DRC

7.1 Tratamento da anemia na DRC

A anemia é definida como concentração de hemoglobina menor do que 13,0 g/dl entre os homens e 12,0 g/dl entre as mulheres. Sempre que o diagnóstico de anemia for feito, em qualquer estágio, deve-se dosar a ferritina e o índice de saturação de transferrina⁴.

As estratégias que devem ser consideradas, no que diz respeito especificamente à DRC, são:

- Reposição de ferro: o objetivo do tratamento é manter níveis de hemoglobina entre 10 e 12 g/dL; manter o nível sérico de ferritina entre 200 e 500 ng/mL; manter a saturação da transferrina entre 20% e 30%.

- Uso de agentes estimuladores da eritropoiese, a eritropoetina: indicada para casos de hemoglobina \leq 10 g/dL e com reservas adequadas de ferro, definidas por ferritina sérica maior que 100 ng/dL e saturação da transferrina maior que 20% em pacientes em tratamento conservador ou diálise peritoneal; e ferritina sérica maior que 200 ng/dL e saturação da transferrina maior que 20% em pacientes em tratamento com hemodiálise.

A utilização dessas estratégias terapêuticas deve seguir as recomendações do Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) para Anemia em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica – Alfaepoetina (Portaria SAS/MS N° 365, de 15 de fevereiro de 2017) e o PCDT para Anemia em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Reposição de Ferro (Portaria SAS/MS N° 365, de 15 de fevereiro de 2017) ou os que venham os substituir.

7.2 Tratamento dos distúrbios do metabolismo mineral e ósseo na DRC

Em relação aos distúrbios do metabolismo mineral e ósseo, deve-se considerar como parâmetros para o tratamento os valores de fósforo, PTH e vitamina D, apenas para pacientes com DRC nos estágios 3, 4 e 5. Os níveis séricos de fósforo e de PTH devem ser mantidos na faixa de normalidade, de acordo com o estágio da DRC (Quadro 5).

⁴Valores diagnósticos: ferritina inferior a 100 ng/mL e saturação de transferrina inferior a 20%. Em pacientes em hemodiálise, o diagnóstico de deficiência de ferro é dado por ferritina inferior a 200 ng/mL e saturação inferior a 20%. Os pacientes com DRC também podem apresentar deficiência funcional de ferro, condição na qual os estoques corporais estão aumentados, mas o ferro não pode ser mobilizado adequadamente para a eritropoese devido ao sequestro no sistema reticuloendotelial. Os critérios para deficiência relativa são: ferritina sérica entre 200 e 500 ng/mL e saturação de transferrina inferior a 20%. (PCDT Anemia na DRC, 2017)

Quadro 5 - Valores recomendados de Fósforo e de PTH, conforme estágio de DRC.

DRC	Fósforo (mg/dl)	PTH (pg/ml)
3	3,0 – 4,6	35 – 70
4	3,0 – 4,6	70 – 110
5	3,5 – 5,5	150 - 300

Fonte: Brasil (2014)

7.3 Manutenção em tratamento conservador

O tratamento conservador pode ser considerado uma opção para aqueles pacientes que não desejam a terapia renal substitutiva. Para estas situações, recomenda-se estabelecer um plano de cuidados paliativos junto aos pacientes e seus familiares, que seja compartilhado pela atenção básica e especializada, de acordo com os meios e recursos da rede disponíveis.

A abordagem deste plano terapêutico singular deve incluir protocolos para o manuseio de sintomas dolorosos, atenção psicológica, cuidados espirituais e preparo para o paciente e familiar sobre a morte em domicílio ou hospitalar, considerando os meios legais que asseguram decisões e vontades relacionadas ao final da vida.

7.4 Imunizações

As disfunções causadas pela DRC resultam em alterações na resposta imune, em consequência da baixa produção e do declínio rápido dos níveis de anticorpos (CUNHA et al, 2009). Estes pacientes devem, portanto, ser vacinados precocemente porque a redução da TFG está associada com redução da capacidade de soroconversão (BRASIL, 2014).

As pessoas portadoras de DRC devem ter seus registros vacinais periodicamente avaliados, para verificar a necessidade de atualização do calendário

vacinal, conforme as indicações do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (PNI/MS). O PNI/MS tem calendários vacinais diferenciados para cada fase do ciclo da vida: para as crianças, adolescentes, adultos, gestantes e pessoas idosas.

Além das vacinas de calendário, disponíveis rotineiramente nas unidades de saúde, existem, ainda, as chamadas *vacinas especiais*, disponibilizadas pelos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) para pacientes portadores de determinadas condições clínicas, como é o caso da DRC. O acesso às vacinas especiais ocorre mediante prescrição do médico assistente. O CRIE publica um manual, revisado periodicamente, que deve ser consultado para maiores informações sobre vacinas disponíveis e suas respectivas indicações.

Em situações de imunossupressão grave, as vacinas de vírus vivos atenuados - tríplice viral, varicela e febre amarela - podem estar contraindicadas pelo risco de reversão à infecção pelo vírus vacinal. Para as vacinas inativadas, nestas mesmas situações, pode-se considerar o adiamento para um período em que a resposta imunológica possa ser mais efetiva.

A vacinação deve ser um tema recorrente nas consultas da pessoa portadora de DRC com a equipe multidisciplinar, especialmente nas consultas médicas. O médico assistente pode avaliar as situações de indicação e contraindicação das vacinas de calendário, bem como a indicação das vacinas especiais e a necessidade de esquemas modificados.

As vacinas do calendário vacinal do adulto e as vacinas especiais indicadas para as pessoas portadoras de DRC estão apresentadas no Quadro 06. A presença de outras comorbidades ou outras condições clínicas, como transplante de órgãos sólidos, por exemplo, podem modificar a indicação/contraindicação de vacinas de rotina e especiais. Cada caso deve ser avaliado individualmente.

Quadro 6 - Indicação de imunobiológicos para pacientes com DRC.

Imunobiológico	Periodicidade	Observação
Dupla Adulto (dT)	Indivíduos a partir de 7 (sete) anos de idade, com esquema vacinal completo (3 doses) para difteria e tétano: administre uma dose a cada 10 anos; Com esquema incompleto: completar o esquema; Sem comprovação vacinal: administrar três doses. O intervalo entre as doses é de 60 dias, com um mínimo de 30 dias.	Vacina inativada oferecida rotineiramente.
Influenza	Revacinação anual.	Vacina inativada oferecida em Campanha.
Febre Amarela (FA)*	Pessoas a partir de 5 (cinco) anos de idade, que receberam uma dose da vacina antes de completarem 5 anos de idade: administrar uma dose de reforço, independentemente da idade em que a pessoa procure o serviço de vacinação. Respeitar intervalo mínimo de 30 dias entre a dose e o reforço. Pessoas com mais de 5 (cinco) anos de idade que receberam 1 dose da vacina a partir dos 5 (cinco) anos de idade: considerar vacinado. Não administrar nenhuma dose. Pessoas de 5 (cinco) a 59 anos de idade, que nunca foram vacinadas ou sem	Vacina de vírus vivos atenuados oferecida rotineiramente, necessita avaliação de indicação/contraindicação pelo médico assistente.

	<p>comprovante de vacinação: administrar 1 (uma) dose da vacina.</p> <p>Pessoas com 60 anos e mais, que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação: avaliar a pertinência da vacinação, levando em conta o risco da doença e o risco de eventos adversos nessa faixa etária e/ou decorrentes de comorbidades.</p>	
Vacina Haemophilus Influenzae tipo B (Hib)	<p>A partir de 5 anos: duas doses com quatro a oito semanas de intervalo, se paciente imunodeprimido.</p> <p>Se paciente imunocompetente, dose única.</p>	<p>Vacina especial, disponibilizada pelo CRIE mediante prescrição médica, indicando esquema conforme condição imunológica do paciente.</p>
Vacina pneumocócica 23-valente (Pn23)	<p>Realizar uma dose inicial e um reforço em 5 anos.</p>	<p>Vacina especial, disponibilizada pelo CRIE mediante solicitação médica.</p>
Hepatite B	<p>Pacientes com doença renal crônica, pré-diálise: 4 doses com o dobro da dose para a idade, esquema de 0, 1, 2 e 6 meses. Dosar Anti-HBs, repetir esquema para os não reagentes.</p> <p>Pacientes com doença renal crônica, em diálise: 4 doses com o dobro da dose para a idade, esquema de 0, 1, 2 e 6 meses. Dosar Anti-HBs, repetir esquema para os não reagentes. Retestar anualmente e aplicar reforço para os que apresentam títulos inferiores à 10UI/mL na retestagem.</p>	<p>O esquema diferenciado, os reforços e a testagem de Anti-HBs devem ser prescritos pelo médico assistente. Dosar Anti-HBs no período entre 30 a 60 dias após última dose do esquema vacinal.</p>

Varicela**	Duas doses com intervalo de três meses.	Vacina de vírus vivos atenuados, oferecida para adultos como vacina especial, disponibilizada pelo CRIE. Necessita avaliação de indicação/contraindicação pelo médico assistente.
Tríplice Viral*	Pessoas de 5 (cinco) a 29 anos de idade não vacinadas ou com esquema incompleto devem receber ou completar o esquema de duas doses de tríplice viral, conforme situação encontrada, considerando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Considerar vacinada a pessoa que comprovar 2 (duas) doses de vacina contendo os componentes sarampo e rubéola (dupla viral, tríplice viral ou tetra viral); Pessoas de 30 a 59 anos de idade não vacinadas devem receber uma dose de tríplice viral. Considerar vacinada contra o sarampo a pessoa que comprovar 1 (uma) dose de vacina contendo o componente sarampo (monovalente, dupla viral ou tríplice viral);	Vacina de vírus vivos atenuados oferecida rotineiramente, necessita avaliação de indicação/contraindicação pelo médico assistente.

Fonte: Programa Estadual de Imunizações, 2020; Ministério da Saúde, 2019

*Adultos em qualquer idade podem realizar a vacinação simultânea da FA com a vacina TV, visando aproveitar a oportunidade de visita aos serviços. No entanto, se não forem administradas simultaneamente, essas vacinas devem ser administradas com intervalo mínimo de 30 dias.

**A vacina varicela (atenuada) pode ser administrada simultaneamente com as demais vacinas do calendário, incluindo as vacinas tríplice viral e febre amarela. Na impossibilidade de realizar vacinação simultânea, adotar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses, salvo em situações que impossibilitem manter este intervalo (com um mínimo de 15 dias).

8. FLUXOS DE REDE – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Com a finalidade de garantir a assistência integral ao portador de DRC, em algumas situações, faz-se necessária a realização de consulta especializada em unidade de referência secundária ou terciária. Esse encaminhamento tem caráter estratégico com vistas a instituição de terapêutica apropriada para retardar a progressão da doença renal crônica.

O encaminhamento através dos sistemas informatizados e posterior agendamento de consulta na especialidade deverá ser efetuado respeitando os fluxos de regulação e de acesso regional e macrorregional, conforme quadro do paciente e solicitação da equipe da Atenção Básica nas diferentes especialidades acessadas pelo portador de DRC.

9. REGULAÇÃO DE ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O acesso às consultas especializadas se dá através do encaminhamento dos pacientes da AB para os serviços habilitados para atendimento de Média e Alta Complexidade.

As Secretarias Municipais de Saúde – SMS devem encaminhar a solicitação de consultas especializadas conforme fluxo estabelecido nas suas Regiões de Saúde, utilizando o sistema de regulação vigente.

A Regulação Ambulatorial Estadual é responsável pela definição da prioridade a partir das informações clínicas contidas nas solicitações cadastradas nos sistemas de regulação. Tais informações obtidas pela AB devem estar organizadas conforme os protocolos de encaminhamento, as quais são fundamentais para que a Regulação Estadual defina a prioridade dos casos. Após, conforme as referências regionais, o sistema de regulação procederá o agendamento do primeiro acesso às consultas nos serviços especializados de referência.

9.1 Departamento Estadual de Regulação/DRE – Central de Regulação Ambulatorial/CRA

O DRE através da equipe técnica da CRA oferece suporte às SMS quanto ao uso do sistema de regulação vigente, esclarecimentos/orientações sobre fluxos de encaminhamento, Intermediação junto aos Núcleos Internos de Regulação (NIR)

dos hospitais sobre vínculo/atendimento dos pacientes, pelos seguintes contatos: telefone (51) 3353 3010, e-mail: ambulatorialrs@saude.rs.gov.br.

Considerando que o Rio Grande do Sul é referência nacional em transplante renal adulto e pediátrico, a CRA é responsável pela regulação de acesso dos pacientes de outros estados encaminhados pelo Tratamento Fora de Domicílio interestadual.

10. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADES DE REFERÊNCIA

Com a finalidade de garantir a atenção integral ao portador de DRC, faz-se necessária a normatização para acompanhamento na Rede de Atenção à Saúde. A seguir, as condições clínicas para encaminhamento em nefrologia e urologia (TELESSAÚDERS, 2018).

a) Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **nefrologia**:

- taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73m² (Estágio 4 e 5) (Quadro 1); **ou**

- taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 ml/min/1,73m² (Estágio 3, 4 e 5) com complicações associadas à doença renal crônica (anemia ferropriva refratária e não atribuível a outra etiologia, hipercalemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia, elevação persistente de PTH, hipertensão resistente, entre outros); **ou**

- perda rápida da função renal (>5 ml/min/1,73m² em 6 meses, com uma TFG <60 ml/min/1,73m², confirmado em dois exames); **ou**

- proteinúria: microalbuminúria (exceto em pacientes diabéticos) e macroalbuminúria (Quadro 2); **ou**

- presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários); **ou**

- alterações anatômicas que provoquem lesão ou perda de função renal como: estenose de artéria renal, assimetria renal (diferença de 1,5 cm entre os rins), suspeita de doença policística renal ou rim único (em pessoa de alto risco para perda de função renal, como: HAS, diabetes, entre outros).

b) Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **urologia**:

- alterações ecográficas que sugerem lesão ou provocam perda da função renal, como:

- hidronefrose persistente sem causa definida após avaliação em serviço de emergência,
- hiperplasia prostática benigna com obstrução causando hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml e/ ou globo vesical;
- cistos simples que causam obstrução;
- massas ou tumores renais.

O conteúdo descritivo mínimo para encaminhamento é o seguinte:

1. resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de intervalo entre eles);
2. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
3. resultado microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;
4. resultado EQU/EAS/Urina Tipo 1, com data;
5. resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

11 TELECONSULTORIA CLÍNICA

A Plataforma de Telessaúde do Ministério da Saúde deve ser utilizada sempre que houver dúvidas clínicas por parte dos profissionais que atuam na Atenção Básica ou em situações não contempladas nesta Nota Técnica para qualificar o cuidado do portador de DRC na Atenção Básica.

As teleconsultorias, para o esclarecimento de dúvidas sobre diagnóstico e tratamento, são respondidas em tempo real, sem necessidade de agendamento prévio, pelo telefone **0800 644 6543**. O horário de atendimento é de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h, podendo acessar o serviço profissionais médicos, enfermeiros e dentistas da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica do Brasil.

Mais informações podem ser acessadas no site do TelessaúdeRS: <https://www.ufrgs.br/telessauders/>.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.675, de 7 de junho de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 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 - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria



de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 174 p. : il.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação 2020** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/04/Instru----o-Normativa-Calendar--rio-Vacinal-2020.pdf>

Instrução normativa. **Calendário Nacional de Vacinação**. Adaptação: Núcleo de Imunizações/DVE/CEVS/SES. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202003/13134138-instrucao-normativa-calendario-nacional-de-imunizacoes-2020.pdf>

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

TELESSAÚDERS. Protocolos de encaminhamento para nefrologia adulto. [documento da internet]. 2018. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_nefrologia_20180111_v003.pdf Acesso em 10 de setembro de 2018.

TELESSAÚDERS. Material de Apoio: Doença Renal Crônica. [documento da internet]. [201-?]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/nefrologia_resumo_doenca_renal_cr%C3%B4nica_TSRS.pdf. Acesso em 10 set. 2018.

APÊNDICE A - FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

