



ITUPEVA
PREFEITURA

SAÚDE

SECRETARIA DE
SAÚDE

RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Baseado: Nota Técnica CIB n.67 de 2023 e orientação da SES/SP.
Data: Aprovado em 27 de maio de 2026 pela Secretária de Saúde.
Validade: 2 anos.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITUPEVA

Itupeva-SP, maio de 2026.



ITUPEVA
PREFEITURA

SAÚDE

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rogério Cavalin

Prefeito Municipal

Representantes da Secretaria de Saúde:

Catarina Hass Lopes Di Giovani

Secretária de Saúde

Izaura Ferreira de Moraes

Diretora da Atenção Básica em Saúde

Rosali Maria Juliano Marcondes Montero

Educação Permanente em Saúde

I. INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é um problema de saúde pública mundial. Cerca de 80% dos casos de DRC estão relacionados com condições comumente enfrentadas em Atenção Primária à Saúde (APS), isto é, hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus (DM). A DRC é uma condição comum, silenciosa nas fases iniciais, onerosa nas fases finais (terapia renal substitutiva, TRS) e que pode ser prevenida ou amenizada quando o diagnóstico é realizado precocemente e de maneira completa (creatinina sérica e microalbuminúria). Diversos estudos brasileiros realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Saúde Suplementar têm mostrado algumas das lacunas da assistência integral à DRC.

II. OBJETIVOS

Padronizar o rastreamento da DRC em APS, especificando os seguintes aspectos:

- 1) População-alvo.
- 2) Exames complementares.
- 3) Categorias profissionais solicitantes.
- 4) Quando encaminhar casos de DRC para nefrologista.

1. POPULAÇÃO-ALVO: 1 OU MAIS DOS SEGUINTE FATORES DE RISCO

Adultos	Crianças
1. Hipertensão arterial*	1. Baixo peso ao nascer
2. Diabetes mellitus*	2. Prematuridade
3. Obesidade*	3. Injúria renal aguda prévia
4. Idade + 60 anos*	4. Malformações do trato gênito-urinário
5. Evento cardiovascular prévio	5. Hipertensão arterial
6. Evento cerebrovascular prévio	6. Diabetes mellitus
7. História de diálise ou transplante renal na família	7. Obesidade
8. Cálculos urinários de repetição	
9. Infecção urinária de repetição	
10. Uso crônico de anti-inflamatório	
11. Câncer	

* principais fatores de risco para DRC.

2. QUAIS EXAMES SOLICITAR?

2.1. Creatinina sérica: o laboratório deve informar automaticamente o resultado da taxa de filtração glomerular estimada (TFG) pela equação CKD-EPI 2021, conforme modelo:

Paciente:	Nome do paciente	Data: 10/05/2025
Local de coleta:	Unidade Básica de Saúde	Idade: 54 anos
Solicitante:	Dr. (a)	Sexo: Feminino
Creatinina sérica 1,26 mg / dl		
Valor de referência	Homens: 0,70 a 1,20 mg/dl Mulheres: 0,60 a 1,10 mg/dl	
Amostra: soro		
Taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) 51 ml /min/ 1,73m²		
Valor de referência	Maior que 60 ml/min/1,73m ²	
Fórmula: CKD-Epi 2021 Referência: N Engl J Med. 2021;385(19):1737-1749		

2.2. Microalbuminúria amostra isolada de urina: o laboratório deve informar automaticamente o resultado da razão albumina-creatinina (RAC), conforme modelo:

Paciente:	Nome do paciente	Data: 10/05/2025
Local de coleta:	Unidade Básica de Saúde	Idade: 54 anos
Solicitante:	Dr. (a)	Sexo: Feminino
Microalbuminúria		
Amostra: urina isolada		
Albumina 7,6 mg / dl		
Valor de referência	Inferior a 3,0 mg/dl	
Creatinina urinária 49,6 mg / dl		
Relação albumina/creatinina (RAC) 153,2 mg / g		
Valor de referência	Leve:	Abaixo de 30 mg/g
	Moderada:	Entre 30 e 300 mg/g
	Severa:	Maior que 300 mg
Referência: Kidney Int. 2024;105(4S):S117-S314		

3. QUEM SOLICITA OS EXAMES?

Recomenda-se outras categorias, além do (a) médico (a), venham a contribuir com o rastreamento da DRC na APS.

Em Itupeva as seguintes categorias profissionais poderão pedir os exames de rastreamento:

- Médico (a)
- Enfermeiro (a)
- Nutricionista

4. QUANDO ENCAMINHAR CASOS DE DRC PARA NEFROLOGIA?

Com os resultados de TFG e RAC, o paciente deve ser avaliado quanto a: (1) o estágio de DRC, (2) o nível de proteinúria e (3) a categoria de risco da DRC.

TFG (Cr)		RAC (microalbuminúria)		
		< 30	30-300	>300
1	≥ 90	Verde	Amarelo	Laranja
2	60-89	Verde	Amarelo	Laranja
3 a	45-59	Amarelo	Laranja	Vermelho
3 b	30-44	Laranja	Vermelho	Vermelho
4	15-29	Vermelho	Vermelho	Vermelho
5	< 15	Vermelho	Vermelho	Vermelho

Categorias de risco da DRC

TFG, taxa de filtração glomerular, em ml/min/1,73m²

Cr, creatinina sérica

RAC, razão albumina-creatinina em urina isolada, em mg/g

Os critérios são definidos por cada município e/ou pactuados regionalmente, de acordo com a oferta de consultas com nefrologista.

Em Itupeva, considerando a oferta para a especialidade:

- Pacientes com as categorias de risco baixo e moderado devem permanecer somente em APS;
- Pacientes com as categorias de risco alto e muito alto devem ser encaminhados para avaliação com nefrologista.

Periodicidade MÍNIMA dos exames de triagem de acordo c/ o estágio de DRC

- Estágios 1 e 2. - Repetir os exames de triagem em 12 meses.
- Estágio 3. - Repetir os exames de triagem em 6 meses
- Estágios 4 e 5. - Encaminhar para nefrologista

Periodicidade MÍNIMA dos exames de triagem de acordo c/ a categoria de risco de DRC

- Risco baixo. - Repetir os exames de triagem em 12 meses.
- Risco moderado. - Repetir os exames de triagem em 6 meses
- Risco alto e muito alto. - Encaminhar para nefrologista

III. PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO DA DRC EM APS

- 1) Modificações de estilo de vida.
- 2) Medicções para atenuar a progressão da DRC.
- 3) Controle de comorbidades: hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia.
- 4) Não prescrever anti-inflamatórios não-hormonais.
- 5) Ajustar dose de medicações de acordo c/ a TFG.

IV. MONITORAMENTO DO PROTOCOLO PELO GESTOR MUNICIPAL

O protocolo de rastreamento da DRC em APS deve ser monitorado pelo indicador "cobertura de microalbuminúria", cuja ficha técnica está apresentada a seguir:

Conceito	1 exame por ano em adultos com HA e/ou DM
Avaliação	Semestral
Numerador	Σ do nº de exames de microalbuminúria + nº de exames de proteinúria de 24 horas, realizados nos últimos 6 meses * 2
Denominador	Nº de adultos com HA e/ou DM sem saúde suplementar
Unidade	Percentual (%)
Meta	50%
Varição	Positiva (quanto maior, melhor)
Fonte de dados	Nº de exames realizados: SIA-SUS – Código SUS da microalbuminúria: 02.02.05.009-2 – Código SUS da proteinúria de 24 horas: 02.02.05.011-4 Estimativa de adultos: SEADE/IBGE Prevalência de HA e/ou DM: Vigitel (30% dos adultos) Cobertura de saúde suplementar: ANS

HA, hipertensão arterial; DM, diabetes mellitus; SIA-SUS, Sistema de Informações Ambulatoriais – Sistema Único de Saúde; SEADE, Sistema Estadual de Análise de Dados; IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Ministério da Saúde, Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas das Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-de-estrategias-para-atenuar-a-progressao-da-doenca-renal-cronica>
- 2) Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Nota técnica nº 67 de 2023. Recomendações para Rastreamento da Doença Renal Crônica nas Unidades Básicas do Estado de São Paulo. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/institucional/orgaos-vinculados/comissao-intergestores-bipartite/2023/e_dl-cib-67_210723.pdf

- 3) Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Plano Estadual de Saúde 2024-2027. Objetivo 9. Fortalecer a vigilância e o monitoramento da linha de cuidado para portadores de doença renal em todos os seus estágios. Disponível em: https://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/parte_2_pes_2024-2027_-_domi_versao_abr24_atualizacoes.pdf
- 4) Ministério da Saúde, Brasil, DATASUS. Sistema de Informações Ambulatoriais. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet>
- 5) Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasil. Ministério da Saúde, Brasil, DATASUS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>
- 6) Ministério da Saúde, Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Informações em saúde complementar: taxa de cobertura de planos de saúde. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def
- 7) Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf
- 8) Samaan F, Fernandes DE, Kirsztajn GM, Sesso RCC, Malik AM. Quality indicators for primary health care in chronic kidney disease in the public service of a city in the State of São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2022;38(2):e00090821. doi: 10.1590/0102-311X00090821.
- 9) Samaan F, Fernandes DE, Kirsztajn GM, Sesso R. The first appointment with a nephrologist: Brazilian patients' demographic and kidney function characteristics. A retrospective study. *Sao Paulo Med J*. 2022;140(3):366-371. doi: 10.1590/1516-3180.2021.0194.R1.13082021.
- 10) Samaan F, Silveira RC, Mouro A, Kirsztajn GM, Sesso R. Laboratory-based surveillance of chronic kidney disease in people with private health coverage in Brazil. *BMC Nephrol*. 2024 May 10;25(1):162. doi: 10.1186/s12882-024-03597-9. Erratum in: *BMC Nephrol*. 2024;25(1):228. doi: 10.1186/s12882-024-03626-7.
- 11) Samaan F, Vicente CA, Pais LAC, Kirsztajn GM, Sesso R. Key Performance Indicators of Secondary Health Care in Chronic Kidney Disease: Experience in Public and Private Services in the State of São Paulo, Brazil. *Int J Nephrol*. 2024 Oct 26;2024:5401633. doi: 10.1155/2024/5401633.
- 12) Samaan F, Clemente ÁMI, Zaicaner R, Kirsztajn GM, Sesso R. Registry of access to chronic dialysis initiation at the Public Health System in Brazil. *Int Urol Nephrol*. 2025 Jul 14. doi: 10.1007/s11255-025-04652-6.

