



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

RESOLUÇÃO CIB-PB Nº 195, DE 09 DE OUTUBRO DE 2024.

Aprova a implantação da Linha de Cuidado para Doença Renal Crônica em Adultos nos serviços estaduais da Paraíba.

A **Comissão Intergestores Bipartite**, no uso de suas atribuições, e considerando:

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

A Portaria de nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

A Portaria Nº 3.415, de 22 de outubro de 2018, que altera a Portaria de de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017/GM/MS, a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017/GM/MS e a Portaria nº 1.675/GM/MS, de 7 de junho de 2018, 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; e,

A decisão da plenária da CIB-PB, na 7ª Reunião Ordinária, em 09 de outubro de 2024, realizada na Fundação Centro Integrada de Apoio à Pessoa com Deficiência – FUNAD, em João Pessoa/PB.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a implantação da Linha de Cuidado para Doença Renal Crônica em Adultos nos serviços estaduais da Paraíba.

Art. 2º Esta Resolução entrou em vigor na data de sua aprovação em CIB, devendo a mesma ser publicada em Diário Oficial do Estado - DOE.

ARIMATHEUS SILVA REIS
Presidente da CIB/PB

SORAYA GALDINO DE ARAUJO LUCENA
Presidente do COSEMS/PB



ANEXO I DA RESOLUÇÃO CIB-PB Nº 195, DE 09 DE OUTUBRO DE 2024.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

REGULAÇÃO EM NEFROLOGIA DOENÇA RENAL CRONICA

JOÃO AZEVEDO LINS FILHO
GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA

ARIMATHEUS SILVA REIS
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

RENATA VALÉRIA NÓBREGA
SECRETÁRIA EXECUTIVA DA SECRETÁRIA DE ESTADO DA PARAÍBA

PATRICK AUREO LACERDA ALMEIDA
SECRETÁRIO EXECUTIVO DE GESTÃO DA REDE

LIDIANE CASIMIRO NASCIMENTO
GERÊNCIA EXECUTIVA DE
REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA (GERAV)

LUCAS LIMA ROCHA
DIRETOR DA REGULAÇÃO HOSPITALAR DA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO
HOSPITALAR

VANESSA MONTEIRO COSTA
COORDENAÇÃO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL DO ESTADO

ELABORAÇÃO
ARTUR DANTAS COSTA SMATHEUS SPRICIDO

COLABORAÇÃO
JULIANA AMARO BORBOREMA BEZERRA
ALISSON LUIS JORDÃO OLIVEIRA
ANDERSON LUIS JORDÃO OLIVEIRA
RODRIGO OLIVEIRA NOBRE

APRESENTAÇÃO

Este documento, fundamentado na Portaria GM/MS Nº 3.415 de 24 de outubro de 2018, visa estabelecer os protocolos de regulação estadual para o atendimento ambulatorial em nefrologia para pacientes portadores de doença renal crônica incluindo pacientes com necessidade efetiva de terapia renal substitutiva, como pacientes pré-diáliticos. Ademais diferenciar situações de urgência e emergência dialíticas (IRA).

A regulação é essencial para garantir o acesso e a qualidade do tratamento para pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) em estágios avançados e outras condições nefrológicas significativas que demandam atenção especializada antes da necessidade de diálise.

Este documento orienta os gestores municipais e profissionais de saúde sobre a implementação e operacionalização das linhas de cuidado nefrológico no estado da Paraíba. A estruturação dos fluxos assistenciais e protocolos de encaminhamento visa promover uma abordagem coordenada e eficaz, essencial para o manejo de condições renais complexas, focando especialmente nos estágios finais da DRC, onde intervenções podem prevenir ou postergar a necessidade de suporte dialítico.

Os protocolos detalham os critérios para encaminhamento a serviços especializados, incluindo condições clínicas que exigem intervenção imediata e aquelas adequadas para manejo ambulatorial. Esses critérios são fundamentais para a triagem e priorização dos pacientes, garantindo que recebam o cuidado necessário no tempo oportuno e que as intervenções sejam realizadas de maneira a preservar a função renal o máximo possível.

A nota técnica enfoca o fortalecimento das capacidades institucionais através da formação contínua dos profissionais de saúde, visando o desenvolvimento de competências específicas para o manejo da DRC e condições associadas.

Este documento, ao implementar ações baseadas em evidências, busca não apenas tratar a DRC e outras condições nefrológicas, mas também prevenir a progressão da doença e suas complicações, reafirmando o compromisso da Secretaria de Estado da Saúde com a saúde renal e a melhoria contínua dos serviços para atender às necessidades de todos os cidadãos paraibanos.

Gerência Executiva de Regulação e Avaliação da Assistência (GERAV)



Sumário

01	Introdução	_____	05
02	Objetivos	_____	06
03	Diagnóstico e estadiamento	_____	07
04	Tratamento	_____	10
05	Exames de rotina	_____	11
06	Exames necessários para encaminhamento	_____	12
07	Atribuições e competências	_____	13
08	Equipe multiprofissional	_____	17
09	Competências da equipe multiprofissional	_____	18
10	Encaminhamento para serviço de urg/emerg	_____	19
11	Teleinterconsulta	_____	20
12	Unidades executantes	_____	22
13	Fluxograma 1	_____	23
14	Fluxograma 2	_____	24
15	Referências	_____	26

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por cerca de 60% das causas de mortes em todo mundo, afetando cerca de 35 milhões de pessoas por ano. Entre os principais tipos de DCNT, a doença cardiovascular (DCV) é a que tem o maior impacto epidemiológico, sendo responsável por cerca de 30% de todas as mortes no mundo. Além disso, a Doença Renal Crônica (DRC) apresenta considerável significância epidemiológica, apresentando alta taxa de prevalência em toda população mundial. Entretanto tem aumentado progressivamente, devido ao acúmulo de fatores de risco tradicionais como hipertensão, diabetes, obesidade, drogas nefrotóxicas, bem como pelo envelhecimento e aumento da expectativa de vida, decorrentes da transição demográfica observada nas últimas décadas. Além desses fatores de riscos tradicionais, a DRC, tem sido descrita como um dos principais determinantes de risco de eventos cardiovasculares.

A DRC é um termo que engloba alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura quanto a função renal, caracterizada por, independentemente da causa, o paciente apresente por, pelo menos três meses consecutivos, uma taxa de filtração glomerular (TFG) $<60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ ou uma $\text{TFG} \geq 60\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ associada à pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (albuminúria, hematuria, alteração morfológica, lesões tubulares) ou alteração em exame de imagem (Brasil, 2014). A DRC possui um curso insidioso, com múltiplas causas e vários fatores de prognóstico, manifestando-se de forma assintomática na maior parte de sua evolução, segundo a história natural da doença, devido aos processos adaptativos desenvolvidos pelos rins. Porém ao longo do tempo, é possível que surjam alterações potencialmente graves que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal, se não for diagnosticada e tratada adequadamente.

Diante do exposto justifica-se a elaboração desse documento para contribuir na assistência ao paciente portador de doença renal crônica, embasado pela portaria nº 1.675, de 07 de junho de 2018.

Objetivos



- ◆ Implantar a linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica (DRC).
- ◆ Realizar o diagnóstico precoce conforme diretrizes clínicas para identificar as pessoas com DRC e a estratificação de risco na população com DRC, com base nos exames laboratoriais e estágio clínico;
- ◆ Redefinir as unidades prestadoras do serviço de cuidado da pessoa com doença renal crônica (DRC) incluindo todos os níveis de atenção e os estágios clínicos não-dialíticos e com necessidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS) conforme a tipologia estabelecida na Portaria nº 1.675/2018 - Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3b, 4 e 5;
- ◆ Promover a educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC;
- ◆ Implementar o uso de recursos tecnológicos para acompanhamento de pacientes e suporte aos municípios por meio da Teleinterconsulta;
- ◆ Regionalizar acesso a toda a Linha de Cuidado; e
- ◆ Promover acesso por meio da regulação da terapia renal substitutiva.

Diagnóstico e estadiamento

A doença renal crônica (DRC) é definida como lesão renal ou uma taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) abaixo de 60 mL/min/1,73 m² persistente por 3 meses ou mais, independentemente da causa, geralmente calculada pela fórmula CKD-EPI, utilizando-se como base três variáveis: idade, sexo, creatinina. Entretanto, quando o paciente não demonstra sinais evidentes de nefropatia (diminuição da diurese em especial), a abordagem começa pela suspeição de um paciente de risco, sendo necessários muitas vezes exames de imagem que confirmem lesão renal estrutural por um período mínimo de 3 meses, não havendo necessariamente a TFG baixa.

O diagnóstico de DRC é estabelecido com a presença de no **mínimo um dos critérios** citados abaixo por no mínimo **3 meses**.

- ◆ Albuminúria (> 30 mg/24h; relação albumina/creatinina 30 mg/g) Anormalidades no sedimento urinário
- ◆ Distúrbios eletrolíticos e outros devido a lesões tubulares Anormalidades detectadas por exame histológico Anormalidades estruturais detectadas por exame de imagem História de transplante renal
- ◆ TFG diminuída: < 60 ml/min/1,73 m² (categorias de TFG G3a-G5)

Portanto, na presença de DRC torna-se imprescindível que haja a avaliação de um especialista na área (nefrologista) para melhor parecer e conduta em momentos iniciais, entretanto sem perder o vínculo com a atenção primária de saúde.

Diagnóstico e estadiamento



À vista de identificar precocemente portadores da doença renal crônica é fundamental estar atento a possíveis sinais e sintomas que possam sugerir a DRC, em seguida iniciar uma investigação.

Principais achados que sugerem a DRC:

- ◆ Perda rápida da função renal, definida como perda de $> 5 \text{ mL/min/1,73m}^2$ de TFG em 12 meses em paciente com TFG não via $< 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$; ou queda na categoria da DRC associado à perda $\geq 25\%$ da TFG em relação à basal em 12 meses;
- ◆ Anemia;
- ◆ Presença de cilindros com potencial patológico (céreos, granuloso, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários);
- ◆ Alterações anatômicas (como estenose de artéria renal, assimetria renal ou suspeita de doença policística renal) que provoquem lesão ou perda de função renal.
- ◆ Rins simétricos e de tamanho reduzido ($< 8,5 \text{ cm}$); Perda da relação corticomedular; Hiperfosfatemia e hipocalcemia;
- ◆ PTH elevado;

Diagnóstico e estadiamento

A classificação do estágio clínico da DRC, segundo a TFG, observará os seguintes parâmetros:

Prognóstico da DRC conforme categorias de TFG e albuminúria:KDIGO 2024				Descrição e faixa das categorias de albuminúria persistente		
				A1	A2	A3
				Normal a levemente aumentada	Moderadamente aumentada	Gravemente aumentada
				< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	> 300 mg/g > 30 mg/mmol
Descrição e faixa das categorias de TFG (mL/min/1,73 m ²)	G1	Normal ou alta	≥ 90			
	G2	Levemente reduzida	60–89			
	G3a	Leve a moderadamente reduzida	45–59			
	G3b	Moderada a gravemente reduzida	30–44			
	G4	Gravemente reduzida	15–29			
	G5	DRC estágio 5	< 15			

Fonte: Kidney Disease Improving Global Outcomes 2024 (KDIGO)

Descrição de prognóstico da DRC

Verde: baixo risco (se ausência de outros marcadores de doença renal, não há DRC); Amarelo: risco moderadamente aumentado;

Laranja: Alto risco; Vermelho:

Risco muito alto.

Uma vez diagnosticada a doença renal crônica é de suma importância a realização do estadiamento da doença para assim guiar a abordagem terapêutica do doente, no caso, o tratamento de possíveis complicações e controle de fatores de risco que potencialmente piorem o quadro, uma vez que o tecido renal não é capaz de se regenerar, sendo assim o que foi lesado, não restituirá sua função.

Tratamento

Uma vez que as lesões renais na DRC são irreversíveis e a função perdida não pode ser restaurada, a abordagem dos pacientes com DRC é estruturada em cinco etapas essenciais:

- ◆ Tratar causas reversíveis de disfunção renal;
 - Inicialmente deve-se atentar para condições que possam ter acelerado o declínio da TFG e relacionadas a redução de perfusão renal, obstrução do trato urinário e uso de drogas nefrotóxicas. Tais condições reversíveis, se identificadas e corrigidas precocemente, podem levar a recuperação da função renal (antes da lesão renal).
- ◆ Prevenir ou alentecer a progressão da doença;
 - Nesse momento a preocupação está relacionada com adotar estratégias relacionadas ao estilo de vida e manejo de fatores de risco para DRC.
- ◆ Tratar complicações relacionadas;
 - O diagnóstico de DRC, frequentemente realizado nos estágios iniciais, possibilita o tratamento da causa subjacente, quando identificada. Além disso, conforme a progressão da doença, diversas complicações associadas podem surgir, como anemia, distúrbios do cálcio e desequilíbrios hidroeletrólíticos, exigindo um manejo adequado.
- ◆ Fazer ajuste de dose das drogas (de acordo com a TFG);
 - Toda droga prescrita deve levar em consideração a TFG do doente.
- ◆ Preparo e início de terapia de substituição renal (quando necessário).
 - A terapia de substituição renal geralmente é indicada no estágio V (TFG < 15 ml/min/1,73 m²), devendo ser preparada desde do estágio IV. Porém a conduta é individualizada, existe possibilidade de pacientes no estágio V não necessitarem a realização de diálise.

Exames de rotina

O paciente portador de doença renal crônica merece um acompanhamento continuado, principalmente naqueles em estágios mais avançados, desta forma é necessário um monitoramento contínuo através de exames, de uma série de fatores que podem ser afetados pela doença renal crônica.

Abaixo está exemplificado os exames que rotineiramente o paciente necessitará realizar para monitoramento. É importante salientar que esses exames não são padronizados, o que podem variar em relação ao tipo do exame, frequência ou de exames adicionais que não foram listados abaixo, sendo determinado de maneira individualizada para cada paciente.

Estágio 3B:

- ◆ Semestralmente: Creatinina, ureia, sumário de urina (EAS), relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina, potássio, hemograma (em pacientes com anemia inclusão de ferritina e índice de saturação de transferrina)
- ◆ Anualmente: cálcio, fósforo, PTH, proteínas totais e frações, Vitamina D

*Deverá ser realizado sorologias virais no início do acompanhamento de cada paciente.

Estágio 4:

- ◆ Trimestralmente: creatinina, ureia, cálcio, fósforo, hemograma, potássio, hemograma (nos pacientes com anemia incluir ferritina e índice de saturação de transferrina)
- ◆ Semestralmente: PTH, fosfatase alcalina, gasometria venosa ou reserva alcalina, proteínas totais e frações, Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina, sumário de urina, Vitamina D
- ◆ Anualmente: Anti-HBs

*Deverá ser realizado sorologias virais no início de cada acompanhamento

Estágio 5:

- ◆ Mensalmente: creatinina, ureia, cálcio, fósforo, hemograma, potássio Trimestralmente: Proteínas totais e frações, ferritina, índice de saturação de transferrina, fosfatase alcalina, PTH, gasometria venosa ou reserva alcalina Semestralmente: vitamina D, relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina, sumário de urina
- ◆ Anualmente: Anti-HBs

*Deverá ser realizado sorologias virais no início de cada acompanhamento

Exames necessários para encaminhamento



Em caso do paciente se encaixar nos critérios para encaminhamento ao nefrologista, é imprescindível a realização de determinados exames para melhor otimização de conduta junto ao especialista. Sendo assim exemplificados abaixo.

Exames mínimos obrigatórios: Creatinina;

- Ureia;
- Sumário de urina; e
- Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina.

Atribuições e competências

Linha de cuidado da pessoa com DRC na atenção primária (APS) e atenção especializada

Para o estabelecimento da Linha de Cuidado da Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Primária para atender as pessoas com DRC é necessário destacar o desenho das Redes de Atenção à Saúde, que se faz combinando a quantidade e qualidade dos serviços, bem como condições de acesso.

Competências

- Compete ao componente da **atenção primária à saúde** a gestão do cuidado integral à pessoa com DRC e a atenção dos estágios clínicos 1, 2, 3A.
- Compete ao componente da **atenção especializada, além da atenção primária**, o cuidado à pessoa com DRC dos estágios clínicos 3B, 4 e 5 - não-dialítico e dialítico.

Atribuições

Atenção primária a saúde

- Realizar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e controle das principais patologias relacionadas à DRC, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, considerados os fatores de risco mais prevalentes na população; Atualizar o calendário vacinal das pessoas com DRC, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde - PNI/MS; Identificar determinantes e condicionantes das principais patologias que podem levar a DRC;
- Manter vínculo integral e longitudinal do paciente renal crônico mesmo após encaminhamento à atenção especializada.

Atribuições e competências

Linha de cuidado da pessoa com DRC na atenção primária (APS) e atenção especializada

- Realizar acolhimento com classificação e estratificação de risco e vulnerabilidade, diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC de acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS;
- Coordenar o cuidado atuando como o centro de comunicação entre os diversos componentes da RAS e ordenar os fluxos e contrafluxos de pacientes;
- Realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia do indivíduo portador de DRC;
- Realizar abordagem multiprofissional e intersetorial no acompanhamento dos pacientes com DRC;
- Manter o Sistema de Informação da Atenção Básica - SISAB - vigente atualizado e com registro qualificado das informações pelos profissionais;
- Responsabilizar-se no território adscrito pelo cuidado à pessoa em tratamento dialítico e seus familiares; e
- Utilizar tecnologias como Telessaúde ou outras estratégias locais para qualificar o processo de trabalho, através do uso de protocolos de encaminhamento de maneira integrada com a Regulação;

Atribuições e competências

Linha de cuidado da pessoa com DRC na atenção primária (APS) e atenção especializada

Atenção especializada

- Realizar a atenção ambulatorial e hospitalar de forma multiprofissional e intersetorial, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS, incluindo a necessidade da Terapia Renal Substitutiva - TRS;
- Realizar o matriciamento pela equipe multiprofissional especializada em DRC a partir da integração com as equipes da Atenção Básica; Disponibilizar carga horária adequada à realidade local para realizar o matriciamento, mediante realização presencial ou à distância, ou por meio dos Núcleos de Telessaúde;
- Diagnosticar, quando da necessidade de TRS (nas suas modalidades), os casos com indicação para procedimento cirúrgico de confecção de fístula arteriovenosa, conforme o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;
- Realizar a confecção da fístula arteriovenosa de acesso à hemodiálise, de acordo com a necessidade do paciente;
- Garantir o encaminhamento ou transferência por meio da regulação de acesso de urgência e emergência para hospital vinculado ao SUS de retaguarda para os casos que necessitem de internação decorrente do tratamento dialítico;

Atribuições e competências

Linha de cuidado da pessoa com DRC na atenção primária(APS) e atenção especializada

- Manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes daRAS;
- Manter o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS - vigente atualizado e com registro qualificado das informações pelos profissionais; e
- Prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências quando ocorrerem durante o processo dialítico, garantindo a estabilização do paciente.

Equipe multiprofissional



Para o manejo ideal e integral do paciente portador de DRC, faz-se necessário a atuação de uma equipe multiprofissional. Com o objetivo de construir o plano de cuidados de maneira integrada com a Atenção Primária à Saúde (coordenadora do cuidado), a equipe multiprofissional tem o poder de proporcionar o cuidado de várias vertentes na linha de cuidado ao paciente portador de DRC, promovendo assim um serviço prestado de qualidade e gerando saúde. O acompanhamento multiprofissional em DRC consiste na realização de consultas multiprofissionais e na realização de exames na periodicidade de acordo com a necessidade do paciente.

A equipe multiprofissional em DRC é composta por:

- Médico
- Nefrologista;
- Médico da APS;
- Enfermeiro navegador;
- Nutricionista;
- Psicólogo;
- Assistente social.

Competências da equipe multiprofissional



- Constituir preferencialmente referência regional para assistência ambulatorial em DRC para os estágios 3B, 4 e 5;
- Construir o plano de cuidado de maneira integrada com a Atenção primária a saúde;
- Realizar o matriciamento para as equipes de Atenção Básica para o estágio 3A e o acompanhamento multiprofissional em DRC para os estágios 3b, 4 a 5; e
- Encaminhar os casos com indicação de diálise em período suficiente para o início programado do tratamento renal substitutivo - hemodiálise.
- Informar todos os acompanhamentos multiprofissionais em DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise) e os demais procedimentos correspondentes nos temas relacionados com doenças renais, incluindo a TRS, quando couber, no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), ou outro(s) que vier(em) a substituí-lo, de acordo com a tipologia do estabelecimento de saúde.

Encaminhamento para serviço de urgência/emergência



Na tentativa de promoção de saúde é fundamental especificar e diferenciar situações que é necessário outra porta de entrada do SUS, rede de atenção de urgência e emergência, nesses casos citados abaixo, o paciente não deve esperar uma consulta médica ambulatorialmente, devendo ser referenciado para centro que possua nefrologistas de prontidão.

Doença Renal Crônica com indicação de terapia dialítica de urgência: Sobrecarga de volume refratária

- ao tratamento clínico;
- Sinais ou sintomas de hipercalemia (anormalidades de condução cardíaca ou fraqueza muscular) ou hipercalemia grave (potássio > 6,5 mEq/L) refratários ao tratamento clínico;
- Sinais de uremia (pericardite, náuseas, vômitos, encefalopatia ou declínio inexplicável do estado mental);
- Acidose metabólica refratária;
- Anúria (diurese < 50 mL/24h) ou oligúria (diurese < 500 mL/24h) associada a sobrecarga volêmica não responsiva a diuréticos em dose otimizada.
- Intoxicação exógena grave por substância dialisável. Rabdomiólise grave (CPK superior a 5000 UI) ; Doença Policística com disfunção renal grave ; e
- Síndrome de Lise Tumoral grave com síndrome urêmica.

Sendo assim, os pacientes que apresentarem quaisquer dos critérios acima, deverão procurar a rede de atenção a urgência e emergência, dando prioridade as unidades de pronto atendimento (UPAs).

Teleinterconsulta



A teleinterconsulta consiste na troca de informações e opiniões entre médicos, com auxílio de tecnologias digitais de informação e comunicação, com ou sem a presença do paciente, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, clínico ou cirúrgico.

Para realizar as Teleinterconsultas será utilizada uma plataforma própria e específica (Saúdemeet), que garante as ações de Telessaúde com eficiência e segurança na modalidade Ambulatório Virtual.

Para acesso a plataforma o profissional da APS deve: Enviar dados para

- ◆ cadastro através do QRcode ao lado. Após cadastro e receber login e
- ◆ senha para **ACESSO** ao Saúdemeet.

Para entender a operacionalização da plataforma, o profissional deve acessar a página do TelessaúdePB no campo POP (Procedimento Operacional Padrão), onde encontrará o passo a passo para o **CADASTRO DO PACIENTE** e o **AGENDAMENTO** da Teleinterconsulta.

Link de acesso: <https://telessaude.ses.pb.gov.br/pop-saudemeet/>

Após os treinamentos necessários, os agendamentos das teleinterconsultas serão realizados via plataforma Saúdemeet pela própria equipe da unidade de saúde solicitante.

Em seguida, será dado seguimento às teleinterconsultas, onde serão realizadas ações de teletriagem, tele diagnóstico, telemonitoramento, teleorientação e teleregulação conforme Portaria da Telessaúde (GM/MS Nº 3691 de 23 de maio de 2024) garantindo a integralidade da assistência e a manutenção do fluxo da respectiva linha de cuidado.

CADASTRO

DO

PROFISSIONAL DA APS



Teleinterconsulta



A teleinterconsulta entre o médico da atenção primária de saúde e nefrologista vão ser intermediadas e coordenada por um(a) enfermeiro(a) navegador(a) afim de acompanhar a jornada do paciente, garantindo um acompanhamento longitudinal. Além de ser um elo entre a família e o serviço de saúde facilitando o andamento do tratamento e promovendo a integração entre os diversos profissionais envolvidos no tratamento, garantindo que o mesmo consiga seus objetivos, seja acesso as vertentes da equipe multidisciplinar, confecção de fístula arteriovenosa, acesso a diálise, entre outros. Esse processo está exemplificado de forma didática abaixo.

1

Acolhimento na atenção primária à saúde

De acordo com o quadro clínico e exames do paciente, o paciente será elegível ou não, para encaminhamento para avaliação da nefrologia.



Primeiro contato com a enfermeira navegadora

2



Profissional responsável pelo acompanhamento longitudinal e pela interlocução com os serviços de saúde, guiando o paciente para que seja assistido de acordo com suas necessidades. Inicialmente irá intermediar a teleinterconsulta (após agendamento na plataforma) se necessidade e monitorar exames que venham a ser solicitados.

Unidades executantes

Ambulatório em nefrologia



Tendo em vista o artigo 77 da portaria N° 1.675, de 7 de junho de 2018, é necessário que estabeleça referência regional, de preferência, para assistência ambulatorial de DRC, sendo assim de maneira estratégica, os ambulatórios de nefrologia estarão presentes nas três macrorregiões da Paraíba, promovendo acessibilidade ao doente.

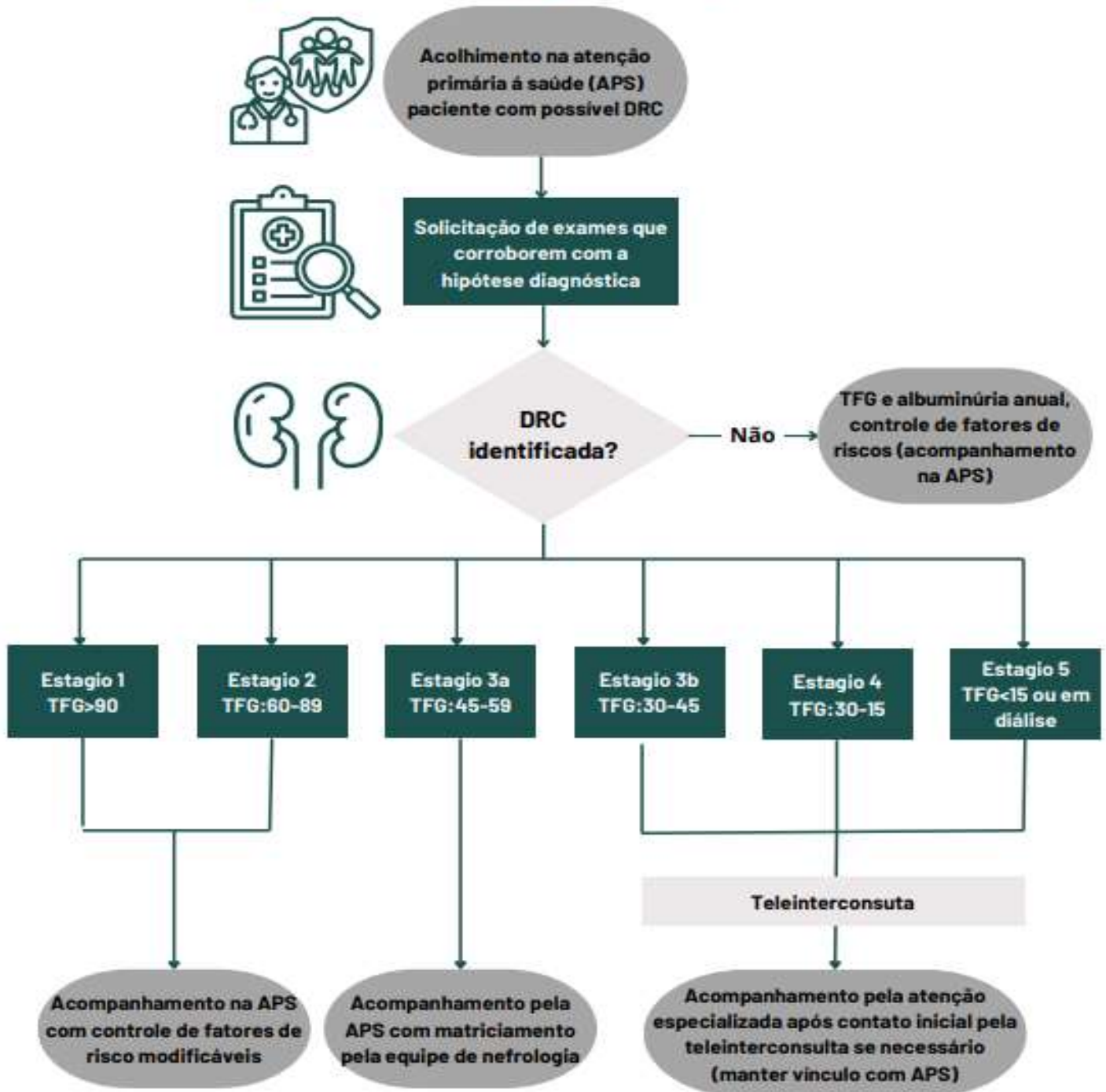
Unidades executantes de ambulatório de DRC:

- Hospital do Servidor General Edson Ramalho
- Hospital de Clínicas de Campina Grande
- Hospital Janduhy Carneiro

Unidades executantes de terapia de substituição renal:

- Hospital Regional de Guarabira
- Hospital Regional Santa Filomena
- Hospital Janduhy Carneiro Hospital
- Regional de Cajazeiras

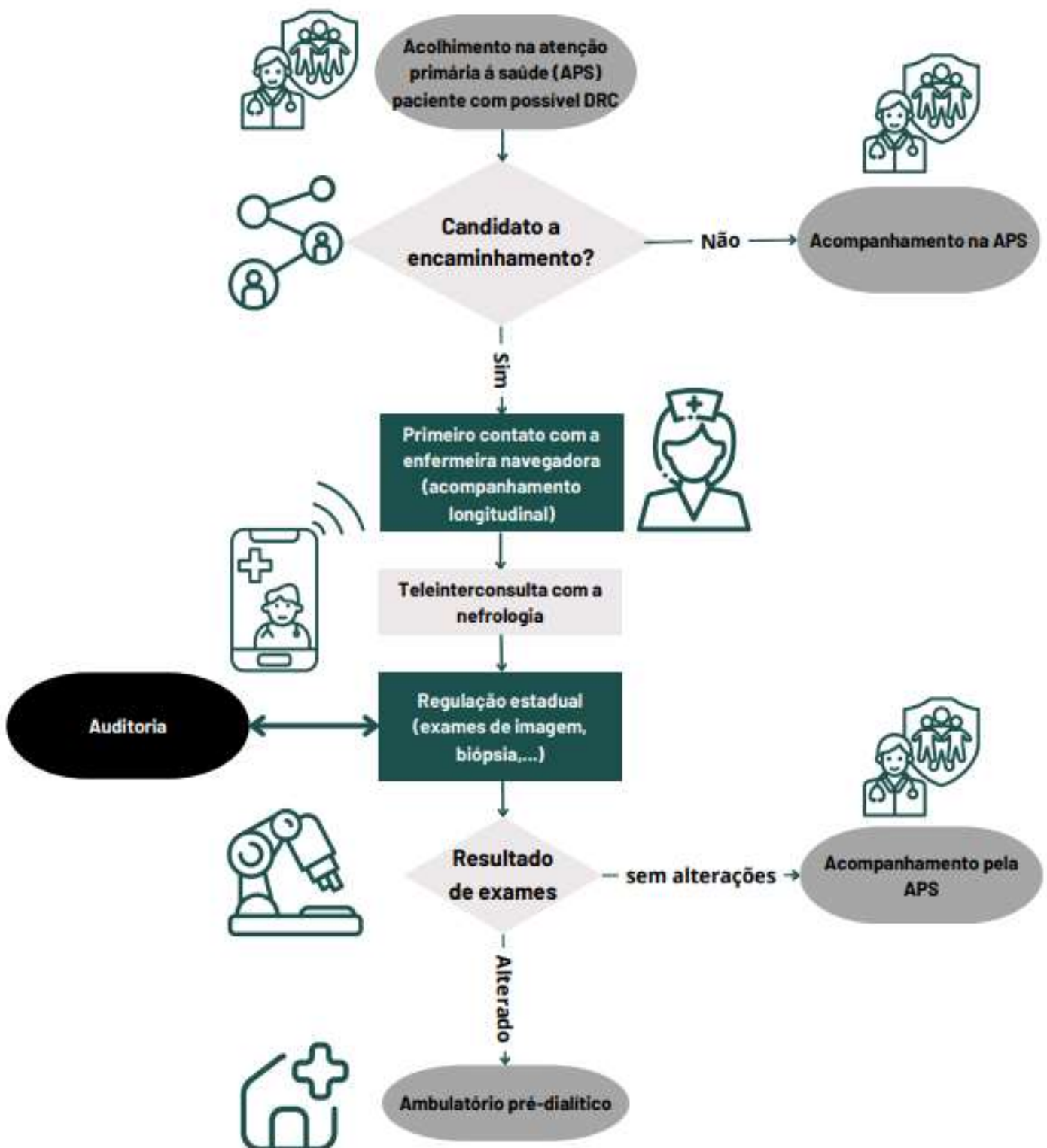
Fluxograma 1 (geral)



A forma mais prevalente de diagnosticar é através do cálculo da TFG, seja por CKD-EPI, Cockcroft-Gault, MDRD, entre outras. Porém existem outras formas de identificar lesão renal, no qual se perdurarem por mais de 3 meses é classificado como DRC, havendo a possibilidade de paciente portador de DRC com TFG preservada, não se aplicando ao fluxograma. Portanto, todo paciente diagnosticado com DRC deve ter avaliação com nefrologista (telemedicina).

Fluxograma 2

Candidatos a encaminhamento



Fluxograma 2

Candidatos a encaminhamento

Passo a passo

- Paciente acolhido pela APS com possível DRC;
- Preenche critérios de encaminhamento a avaliação da nefrologia de acordo com avaliação inicial do médico da APS;
- Primeiro contato com a enfermeira navegadora, profissional responsável por acompanhamento longitudinal do paciente, inicialmente irá realizar a teleinterconsulta com o paciente;
- É possível que nesse determinado momento o nefrologista, por teleinterconsulta, solicite exames adicionais para elucidação diagnóstica e planejamento terapêutico;
- Regulação estadual para possíveis exames e consultas adicionais;
- A depender do resultados dos exames, haverá a tomada de decisão sobre a integração do paciente ao ambulatório pré-dialítico.



Referências

- KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: Kidney disease improving global outcomes. Official journal of the international society of nephrology, [S. l.], ano 2024, v. 105, n. 45, p. 1-199, 12 abr. 2024. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.675, DE 7 DE JUNHO DE 2018, de 6 de agosto de 2024. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. [S. l.], p. 1-1, 7 jun. 2018.
- ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA RENAL CRÔNICA. Revista interdisciplinar de ensino, pesquisa e extensão, [S. l.], p. 1-8, 5 jan. 2021.
- DIRETRIZES CLÍNICAS PARA O CUIDADO AO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA – DRC NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DRC NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Ministério da saúde, Brasília-DF, p. 1-37, 4 jan. 2014.
- DOENÇAS Renais Crônicas. [S. l.], 20 ago. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/drc>. Acesso em: 4 ago. 2024.
- LINHA de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica. Governo do estado do Espírito Santo, [S. l.], p. 1-137, 7 mar. 2024.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.675, DE 7 DE JUNHO DE 2018, de 6 de agosto de 2024. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. [S. l.], p. 1-1, 7 jun. 2018.
- DOENÇA Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. Brazilian Journal of Nephrology, [S. l.], p. 1-3, 13 ago. 2004.
- PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA. Ministério da saúde, Brasília-DF, [S. l.], v. 6, p. 1-25, 25 ago. 2016.

ARIMATHEUS SILVA REIS
Presidente da CIB/PB

SORAYA GALDINO DE ARAUJO LUCENA
Presidente do COSEMS/PB



ANEXO II DA RESOLUÇÃO CIB Nº 195 DE 09 DE OUTUBRO DE 2024

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

REGULAÇÃO EM NEFROLOGIA DOENÇA RENAL CRONICA



JOÃO AZEVEDO LINS FILHO
GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA

ARIMATHEUS SILVA REIS
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

RENATA VALÉRIA NÓBREGA
SECRETÁRIA EXECUTIVA DA SECRETARIA DE ESTADO DA PARAÍBA

PATRICK AUREO LACERDA ALMEIDA
SECRETÁRIO EXECUTIVO DE GESTÃO DA REDE

LIDIANE CASIMIRO NASCIMENTO
GERÊNCIA EXECUTIVA DE
REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA (GERAV)

LUCAS LIMA ROCHA
DIRETOR DA REGULAÇÃO HOSPITALAR DA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO
HOSPITALAR

VANESSA MONTEIRO COSTA
COORDENAÇÃO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL DO ESTADO

ELABORAÇÃO
ARTUR DANTAS COSTA MATHEUS SPRICIDO

COLABORAÇÃO
JULIANA AMARO BORBOREMA BEZERRA
ALISSON LUIS JORDÃO OLIVEIRA
ANDERSON LUIS JORDÃO OLIVEIRA
RODRIGO OLIVEIRA NOBRE



Sumário

01	Introdução	_____	04
02	Fatores de risco	_____	05
03	Diagnóstico e estadiamento	_____	06
04	Tratamento	_____	07
05	Critérios de encaminhamento	_____	08
06	Fluxograma	_____	09
08	Referências	_____	10

Introdução

A Injúria Renal Aguda (IRA) é definida como a redução aguda da função renal em horas ou dias. Refere-se principalmente à diminuição do ritmo de filtração glomerular (RFG) e/ou do volume urinário, estando associada a distúrbios no controle do equilíbrio hidro-eletrolítico e ácido-básico, existindo uma correlação desta condição com o aumento da morbimortalidade dos pacientes.

A incidência de IRA na população varia de 2.147 a 4.085 casos por milhão de habitantes por ano (pmp) em países desenvolvidos. Recentes estudos de IRA hospitalar evidenciaram esta condição entre 3,2 a 9,6% das internações, e aproximadamente 50% dos pacientes internados em UTI, com mortalidade em torno de 20% destes pacientes.

A IRA que necessita de terapia de substituição renal ocorre em 5 a 6% dos pacientes internados na UTI, com uma taxa de mortalidade hospitalar extremamente elevada, da ordem de 60%. Aqueles que sobrevivem à IRA têm um maior risco para o desenvolvimento posterior de doença renal crônica (DRC).

No ambiente hospitalar, as medidas preventivas da IRA incluem um controle hemodinâmico adequado, hidratação, além do controle infeccioso, bem como controle de hematócrito e de oxigenação, evitar o uso de drogas nefrotóxicas e condutas preventivas para doenças ou determinadas condições associadas ao surgimento da IRA.

A prevenção da IRA é fundamental para se evitar as altas taxas de mortalidade e morbidade associadas a esta síndrome, através de uma conscientização crescente da verdadeira incidência e do impacto clínico da IRA por parte dos gestores, da população, dos médicos em geral e de todos os profissionais da saúde.

Os esforços devem ser focados em minimizar as causas de IRA, aumentar a compreensão da importância de dosagens frequentes de creatinina sérica em pacientes de alto risco e de controle do volume urinário visando um diagnóstico precoce da IRA.

Diante do exposto podemos constatar a relevância epidemiológica da IRA principalmente nos pacientes mantidos em terapia intensiva, sendo fundamental a sua identificação precoce para o adequado tratamento, e quando necessário direcionar uma terapia renal substitutiva com indicação segura e eficaz.

Nesta perspectiva, as recomendações deste documento têm como objetivo fornecer orientações para profissionais de saúde e nortear a conduta mais assertiva no tratamento dos pacientes acometidos por esta condição

Fatores de risco



Os fatores de risco mais recentes e importantes são: sepse, choque, infecções, uso de contrastes radiológicos e toxicidade por drogas. Outros fatores associados à LRA na UTI (estando mais relacionados com a necrose tubular aguda): insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio, cirrose, quimioterapia, grandes queimaduras, politrauma associado à rabdomiólise, cirurgias de grande porte e cirurgias cardiovasculares. Alguns estudos mostram que a ventilação mecânica também é fator de risco associado à LRA, porém pode estar relacionado à gravidade dos pacientes nessa situação. As comorbidades mais frequentes apresentadas pelos pacientes que desenvolveram LRA na UTI são: diabetes melito, doenças respiratórias, neoplasias e doença renal crônica.

Diagnóstico e estadiamento



Diagnóstico

O primeiro passo a ser dado no diagnóstico da IRA seria a busca pela diferenciação na etiologia da condição (pré-renal, intrínseca, pós-renal), para tal deve-se levar em consideração a história clínica, comorbidades pré-existentes, perda volêmica (hídrica ou sanguínea), medicações utilizadas, informações sobre exames prévios, antecedente de obstrução, intoxicação exógena, acidente ofídico, traumatismo recente, cirurgias recentes, contraste, quimioterapia, ou eventos cardiovasculares recentes. Apesar do peso de uma anamnese bem realizada, diversas vezes torna-se necessário a utilização de medidas alternativas para estudo da etiologia e melhor condução do caso. Sendo assim, exames bioquímicos, análise de sedimento urinário, exames de imagem e até biópsia renal são ferramentas imprescindíveis para desenvolvimento do caso.

Apesar de haver diversos biomarcadores em estudo, ainda hoje utiliza-se a elevação da creatinina sérica e a redução do débito urinário para diagnóstico da IRA.

Estadiamento

Com o diagnóstico feito, deve-se estadiar a injúria renal aguda em três estágios, conforme recomendação do KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), para padronização do manejo, instituição de medidas adequadas e avaliação da gravidade.

É importante ter informação sobre a creatinina basal dos pacientes, pois saber a magnitude do aumento é imprescindível para a classificação.

Outro ponto importante é estadiar a IRA de acordo com o pior parâmetro. É bastante frequente ter-se uma redução do débito urinário antes de haver elevação importante da creatinina, portanto sempre classificamos pelo parâmetro mais alterado.

	Creatinina sérica	Débito urinário
Estágio 1	Creatinina acima de 0,3 mg/dL ou Aumento maior que 1,5 a 2,0 vezes (em relação ao basal)	Menor que 0,5 mL/kg/h por 6 a 12 horas
Estágio 2	Aumento maior que 2,0 a 3,0 vezes (em relação ao basal)	Menor que 0,5 mL/kg/h por mais de 12 horas
Estágio 3	Aumento maior que 3,0 vezes (em relação ao basal) ou Creatinina acima de 4,0 mg/dL com elevação aguda de 0,5 mg/dL ou Instituição de suporte renal artificial	Menor que 0,3 mL/kg/h por mais de 24 horas ou Anúria por 12 horas

Fonte: Kidney Disease Improving Global Outcomes 2024 (KDIGO)

Tratamento

A IRA é um problema de saúde pública, pois envolve elevada incidência, altos custos, difícil manejo, alta mortalidade e risco de desenvolver doença renal crônica. Sendo assim, o rápido reconhecimento da doença e manejo adequado são cruciais para a recuperação destes pacientes, eficácia terapêutica, redução de tempo de internação e custos, e por fim um melhor prognóstico destes pacientes, com menor mortalidade e maior sobrevida.

O tratamento consiste na correção de causas reversíveis, prevenção de lesão adicional e medidas de suporte metabólico, quando as medidas clínicas e medicamentosas falham na manutenção da homeostase orgânica, ocorre um risco à vida dos pacientes com IRA, e frequentemente são indicadas as terapias dialíticas

Critérios de encaminhamento

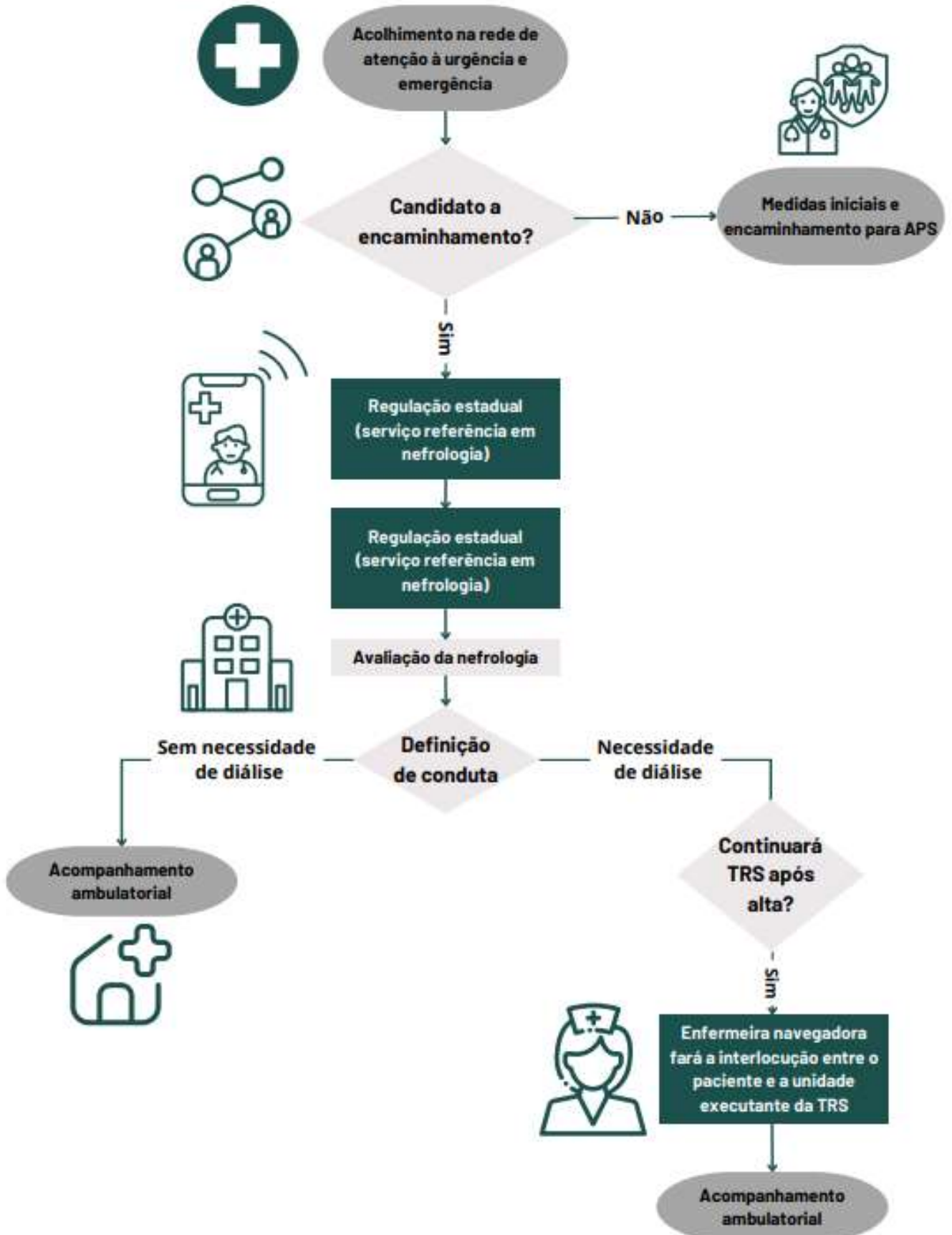
Geral

- ◆ Pacientes adultos suspeitos e/ou portadores de de injúria renal aguda; ou Doença renal crônica
- ◆ agudizada.

Específicos

- ◆ Sobrecarga de volume refratária ao tratamento clínico;
- ◆ Sinais ou sintomas de hipercalemia (anormalidades de condução cardíaca ou fraqueza muscular) ou hipercalemia grave (potássio > 6,5 mEq/L) refratários ao tratamento clínico; Sinais de
- ◆ uremia (pericardite, náuseas, vômitos, encefalopatia ou declínio inexplicável do estado mental);
- ◆ Acidose metabólica refratária;
- ◆ Anúria (diurese < 50mL/24h) ou oligúria (diurese < 500mL/24h) associada a sobrecarga volêmica não responsiva a diuréticos em dose otimizada;
- ◆ Intoxicação exógena grave por substância dialisável; Rabdomiólise grave ;
- ◆ Doença Policística com disfunção renal grave ; e Síndrome de Lise Tumoral grave com
- ◆ síndrome urêmica.

Fluxograma



Referências

- ◆ KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: Kidney disease improving global out comes. Official journal of the internacional society of nephrology, [S. l.], ano 2024, v. 105, n. 45,p. 1-199, 12 abr. 2024
- ◆ Diretrizes de Insuficiência Renal Aguda. Sociedade Brasileira de Nefrologia(SBN);2007.
- ◆ Ali T, Khan I, Simpson W, et al. Incidence and outcomes in acute kidney injury: a comprehensive population-based study. J Am Soc Nephrol. 2007;18:1292-8.
- ◆ Hsu CY, McCulloch CE, Fan D, et al. Community-based incidence of acute renal failure. Kidney Int 2007;72:208-12.
- ◆ Fang Y, Ding X, Zhong Y, et al. Acute kidney injury in a Chinese hospitalized population. Blood Purif. 2010;30:120-6.
- ◆ Lafrance JP, Miller DR. Acute kidney injury associates with increased long-term mortality. J Am Soc Nephrol. 2010;21:345-52.
- ◆ Uchino S, Kellum JA, Bellomo R, et al. Acute renal failure in critically ill patients: a multinational, multicenter study. JAMA. 2005;294:813-8.
- ◆ Coca SG, Singanamala S, Parikh CR. Chronic kidney disease after acute kidney injury: a systematic review and meta-analysis. Kidney Int 2012;81,442-8.
- ◆ Mataloun SE, Machado FR, Senna AP, Guimaraes HP, Amaral JL. Incidence, risk factors and prognostic factors of acute renal failure in patients admitted to an intensive care unit. Braz J Med Biol Res. 2006;39(10):1339-47.
- ◆ Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. Kidney inter.,Suppl. 2012;2:1–138
- ◆ DIRETRIZES BRASILEIRAS DE IRA

ARIMATHEUS SILVA REIS
Presidente da CIB/PB

SORAYA GALDINO DE ARAUJO LUCENA
Presidente do COSEMS/PB