

Nº 49 - DOE – 07/08/2023 – p.89

COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE

Republicação da Deliberação CIB nº. 67, de 21/07/2023, publicada em 24/07/2023, por apresentar alteração no Anexo I.

Considerando o Documento *DIRETRIZES CLÍNICAS PARA O CUIDADO AO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA – DRC NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE*, de 2014 que estabelece as diretrizes para o cuidado a este grupo de pacientes;

Considerando a Portaria nº 1.631, de 01/10/2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.675, 07/06/2018, que Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28/09/2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28/09/2017, 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.

A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo – CIB/SP, em sua 335ª reunião ordinária realizada em 20/07/2023, aprova a Nota Técnica CIB – Recomendações para classificação de risco e rastreamento de Doença Renal Crônica nas Unidades Básicas de Saúde do Estado de São Paulo, conforme Anexo I.

ANEXO I

Nota Técnica – Recomendações para classificação de risco e rastreamento de doença renal crônica nas unidades básicas de saúde, do Estado de São Paulo.

Destinatários

- Gestores públicos, estaduais e municipais, que contratam serviços laboratoriais de análises clínicas.

- Coordenadores, articuladores e demais responsáveis pela atenção básica, envolvidos com a linha de cuidado da hipertensão e diabetes.
- Médicos que realizam consultas em atenção básica e demais profissionais de saúde que realizam acolhimento e estratificação de risco na atenção primária à saúde

Justificativas

De acordo com a Portaria 1675/2018, uma das atribuições da Atenção Básica no cuidado às pessoas com DRC na Rede de Atenção à Saúde é realizar acolhimento com classificação e estratificação de risco e vulnerabilidade, diagnóstico precoce e tratamento inicial.

Existem diversas formas de aferir as funções renais, mas do ponto de vista clínico, a função excretora é aquela que tem maior correlação com os desfechos clínicos, pois as funções renais costumam declinar de forma paralela com a sua função excretora. Na prática clínica, essa função pode ser medida por meio da taxa de filtração glomerular (TFG). Assim, todos os pacientes que se encontram no grupo de risco para a DRC devem dosar a creatinina sérica e ter a sua TFG estimada. O cálculo automatizado da TFG a partir da creatinina sérica, idade e gênero do paciente é procedimento simples, factível e já realizado por muitos laboratórios.

Ainda em conformidade com a Portaria 1675, para melhor organizar a linha de cuidado da DRC, bem como para estimar o prognóstico da doença, é necessário que, após o diagnóstico, todos os pacientes sejam classificados em estágios clínicos, que variam de 1 a 5, de acordo com os resultados da TFG. Segundo o documento, essa classificação tem estreita relação com prognóstico, levando-se em consideração, sobretudo, os principais desfechos da DRC: evento cardiovascular, necessidade de terapia renal substitutiva (TRS) e óbito.

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

- I. DRC estágio 1: TFG maior ou igual a 90mL/min/1,73m² na presença de proteinúria e/ou hematúria ou alteração no exame de imagem;
- II. DRC estágio 2: TFG entre 60 e 89 ml/min./1,73m² na presença de proteinúria e/ou hematúria ou alteração no exame de imagem;
- III. DRC estágio 3a: TFG entre 45 e 59 ml/min./1,73m²;
- IV. DRC estágio 3b: TFG entre 30 e 44 ml/min./1,73m²;
- V. DRC estágio 4: TFG entre 15 e 29 ml/min./1,73m²; e
- VI. DRC estágio 5: TFG menor que 15 ml/min./1,73m².

É recomendado que o laboratório de análises clínicas disponibilize o resultado do exame de dosagem de creatinina sérica acompanhado do resultado da TFG. As instruções para a implantação desse processo estão descritas em documento conjunto das Sociedades Brasileiras de Patologia Clínica e Nefrologia, datado do ano de 2015.

Em complemento à avaliação da função renal por meio da TFG, estudos e diretrizes internacionais mostram que, além da TFG, é importante associar a coleta de marcadores de dano renal parenquimatoso para o prognóstico de DRC. Neste sentido, a Relação Albuminúria Creatininúria (RAC) apresenta maior sensibilidade e especificidade que os métodos qualitativos de detecção de proteinúria comumente utilizados em sumários de urina.

A RAC é, portanto, um importante parâmetro de prognóstico da DRC e seu resultado deve ser sempre analisado em conjunto com o resultado da TFG, conforme mapa de risco da DRC ilustrado no Quadro 1 desta nota técnica.

O exame de RAC pode ser colhido e seu resultado interpretado nas unidades básicas de saúde do SUS e é representado pelos procedimentos albumina (código 02.02.05.009-2) e creatinina (código 02.02.01.031-7).

RECOMENDAÇÕES:

Quanto a avaliação das funções renais:

- I. Todo gestor público, estadual ou municipal, deve acordar com o laboratório contratado que a descrição do resultado de creatinina sérica deve estar sempre acompanhada da TFG (Quadro 2).
- II. A critério do laboratório contratado, a correção da TFG pela etnia não é mais necessária, conforme demonstrado na população brasileira e em outros países.
- III. O método de escolha para rastreamento da DRC por meio de proteinúria no Estado de São Paulo é a relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina (RAC).
- IV. Todo gestor público, estadual ou municipal, deve acordar com o laboratório contratado que: quando houver solicitação do exame “microalbuminúria” ou “RAC”, devem ser realizadas as dosagens de albumina (código 02.02.05.009-2) e creatinina (código 02.02.01.031-7) em amostra isolada de urina. O laudo deverá conter, além dos resultados individuais de ambas as variáveis, o cálculo da razão desses dois parâmetros, expressa em “mg” de albumina por “g” de creatinina (Quadro 2).

Quanto ao rastreamento de DRC:

- I. Creatinina sérica (acompanhada da TFG) e RAC devem ser realizadas em pessoas de risco para DRC.
- II. Adultos (anualmente ou a critério clínico) com uma ou mais das seguintes condições: hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, evento cardiovascular prévio, gravidez, rim único, glomerulopatias (confirmada ou suspeita), doença renal policística, história familiar de DRC e uso repetido de medicações ou outros agentes nefrotóxicos (anti-inflamatórios não-hormonais, imunossupressores como tacrolimo e ciclosporina, lítio, contrastes radiológicos, entre outros).
- III. Crianças e adolescentes (a cada cinco anos ou a critério clínico) com uma ou mais das seguintes condições: além das condições mencionadas para adultos, baixo peso ao nascimento, infecção urinária ou litíase de repetição, déficit de crescimento e malformações do trato gênito-urinário.

Quanto à interpretação dos resultados:

- I. De acordo com o mapa de risco da DRC (Quadro 1), pacientes de risco alto ou muito alto da DRC devem ser encaminhados para avaliação por médico nefrologista;
- II. Pacientes de risco leve e moderado não necessitam de avaliação de médico nefrologista e podem ser acompanhados somente em atenção primária à saúde, salvo em caso de possuírem outras condições que indiquem avaliação do especialista (litíase urinária múltipla, hematúria de origem glomerular, infecção urinária de repetição, malformação do trato urinário, entre outras).

Quadro 1. Estratificação de risco da DRC com base nos resultados da TFG e RAC

ESTÁGIO DRC	TFG (ml/min)	Categorias de RAC			Risco da DRC
		Leve ou ausente < 30 mg/g	Moderada 30-300 mg/g	Severa > 300 mg/g	
1	≥ 90	Verde	Amarelo	Alto	Baixo
2	60-89	Verde	Amarelo	Alto	Moderado
3a	45-59	Amarelo	Alto	Muito alto	Alto
3b	30-44	Alto	Muito alto	Muito alto	Muito alto
4	15-29	Muito alto	Muito alto	Muito alto	Muito alto
5	< 15	Muito alto	Muito alto	Muito alto	Muito alto

DRC, doença renal crônica; TFG, taxa de filtração glomerular estimada; RAC, relação albumina-creatinina em amostra isolada de urina;

Quadro 2. Modelos para adequação dos laudos de creatinina sérica (A) e da relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina (B) em serviços de saúde do Estado de São Paulo.

A

Dosagem sérica de Creatinina			
Material: Soro		Coleta:	03/11/2019 - 10:02
Método: Cinético de dois pontos - QS		Liberação:	03/11/2019 - 23:38
Creatinina	1,15	mg/dL	
Valor de Referência:	Adultos		
	Masculino: 0,66 a 1,25 mg/dL		
	Feminino: 0,52 a 1,04 mg/dL		
	Idade (anos)	Masculino/Feminino	
	1 a 3	0,1 a 0,5 mg/dL	
	4 a 6	0,1 a 0,7 mg/dL	
	7 a 9	0,3 a 0,7 mg/dL	
	10 a 13	0,4 a 1,0 mg/dL	
	14 a 19	0,5 a 1,2 mg/dL	
Anteriores:	31/10/2019 - 1,75		
TFG - Taxa de Filtração Glomerular			
Método:	TFG (Cálculo - RFG:CKD-EPI)		
Etnias Afro-descendentes	53,15	ml/min/1.73m ²	
Outras Etnias	45,86	ml/min/1.73m ²	
Valor de Referência:	Superior a 60ml/min		

B

MICROALBUMINURIA, AMOSTRA ISOLADA				
Material: URINA ISOLADA		Resultados Anteriores		Valor de Referência
Método: IMUNOTURBIDIMETRIA		2312602781 01/03/2023	2210869037 09/09/2022	
Resultado Microalbuminúria	4,4 mg/dL	4,9	0,9	Inferior a 2,0 mg/dL
Resultado Creatinina	54,1 mg/dL	104,9	72,0	20,0 a 350,0 mg/dL
Relação Microalbuminúria - Creatinina	81,3 mg/g de creatinina	46,7	12,5	Até 30,0 mg/g de creatinina

REFERÊNCIAS:

- 1) Ministério da Saúde (BR). 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. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/24/diretriz-cl--nica-drc-versao-final.pdf>
- 2) Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018. Ministério da Saúde (BR). 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. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html

- 3) Stevens PE, Levin A. Kidney Disease: Improving Global Outcomes Chronic Kidney Disease Guideline Development Work Group Members. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2013;158(11):825-30.
- 4) NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Chronic kidney disease: assessment and management. Reino Unido, 25 de agosto de 2021. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng203>
- 5) Grill AK, Brimble S. Approach to the detection and management of chronic kidney disease: What primary care providers need to know. *Can Fam Physician.* 2018;64(10):728-735.
- 6) Johnson DW. Global proteinuria guidelines: are we nearly there yet? *Clin Biochem Rev.* 2011;32(2):89-95.
- 7) Sociedade Brasileira de Patologia Clínica – Medicina Laboratorial. Passo a passo para a implantação da estimativa da taxa de filtração glomerular (eTFG). Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2a ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Patologia Clínica; 2015. Disponível em: <https://sbpc.org.br/pt/noticias-e-eventos/noticias/121-passo-a-passo-para-implantacao-da-etfg-tem-nova-edicao>
- 8) United States Renal Data System, 2017. Chapter 2: Identification and care of patients with chronic kidney disease. Disponível em: https://www.usrds.org/media/1510/v1_ch_02_care-and-id-of-ckd-patients.pdf
- 9) Tu K, Bevan L, Hunter K, Rogers J, Young J e cols. Quality indicators for the detection and management of chronic kidney disease in primary care in Canada derived from a modified Delphi panel approach. *CMAJ Open* 2017; 5: E74-81.
- 10) Samaan F, Gutierrez M, Kirsztajn GM, Sesso RC. Supply/demand ratio for medical consultations, diagnostic tests and chronic kidney disease monitoring in the Brazilian National Health System: a descriptive study, state of São Paulo, Brazil, 2019. *Epidemiol Serv Saude.* 2022; 31(2): e20211050.
- 11) 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.
- 12) Eneanya ND, Boulware LE, Tsai J, Bruce MA, Ford CL e cols. Health inequities and the inappropriate use of race in nephrology. *Nat Rev Nephrol.* 2022;18(2):84-94.
- 13) Zanoocco JA, Nishida SK, Passos MT, Pereira AR, Silva MS, Pereira AB, Kirsztajn GM. Race adjustment for estimating glomerular filtration rate is not always necessary. *Nephron Extra.* 2012;2(1):293-302.