

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0018	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)		Página 1 de 13

LINHA DE CUIDADO – DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

1. Conceito e objetivos

A **Doença Renal Crônica (DRC)** é um problema de saúde pública de alta relevância, caracterizada por anormalidades estruturais e/ou funcionais renais persistentes por período ≥ 3 meses, com implicações clínicas e prognósticas. O diagnóstico se estabelece pela presença de **taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) < 60 mL/min/1,73 m²** (estágios G3a–G5) e/ou **albuminúria aumentada (RAC ≥ 30 mg/g)**, mesmo em pacientes com TFGe preservada.

Do ponto de vista epidemiológico, a DRC apresenta **prevalência global estimada entre 9–13% da população adulta**, com tendência crescente devido ao envelhecimento populacional e à elevada carga de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e doenças cardiovasculares. No Brasil, estima-se que **cerca de 10 milhões de pessoas** convivam com algum estágio da DRC, sendo responsável por significativo impacto no Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em termos de morbimortalidade quanto de custos crescentes com terapia renal substitutiva (TRS).

A DRC está fortemente associada a **maior risco cardiovascular**, sendo considerada um equivalente de risco coronariano. Complicações como anemia, distúrbios minerais e ósseos, acidose metabólica e fragilidade funcional aumentam a carga de doença e reduzem a qualidade de vida dos pacientes. A progressão da DRC até estágios avançados (G4–G5) demanda TRS (hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal), representando elevado custo assistencial e social, além de impacto expressivo na produtividade e autonomia dos indivíduos.

Neste contexto, a **linha de cuidado em DRC** tem como objetivos:

- **Epidemiologia e vigilância:** padronizar a identificação e monitoramento da população em risco, permitindo estimar incidência, prevalência e impacto local.
- **Rastreio e diagnóstico precoce:** garantir a realização anual de creatinina com TFGe (CKD-EPI 2021) e RAC em grupos de risco, favorecendo diagnóstico em estágios iniciais, quando intervenções são mais efetivas.
- **Estratificação prognóstica combinada (CGA: TFGe × albuminúria):** permitir classificação objetiva do risco de progressão e de eventos cardiovasculares, orientando condutas individualizadas.
- **Intervenções clínicas escalonadas:** implementar medidas de estilo de vida, controle rigoroso de hipertensão, diabetes e dislipidemia, uso racional de fármacos nefroprotetores (iECA, BRA, iSGLT2, finerenona), prevenção de nefrotoxicidade e vigilância laboratorial sistemática.

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0018	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)		Página 2 de 13

- **Integração da rede assistencial:** organizar fluxos entre APS (rastreamento e manejo inicial), Emulti (apoio multiprofissional), Atenção Especializada/Nefrologia (avaliação, estratificação, planejamento de TRS), Melhor em Casa (atenção domiciliar para pacientes frágeis), CER II e Rede Lucy Montoro (reabilitação motora e cognitiva, conforme protocolos vigentes), UPA/SAMU/192 (atendimento emergencial) e Hospital Municipal de Cajamar (HMC).
- **Redução de morbimortalidade e custos:** retardar a progressão da doença, reduzir hospitalizações, evitar complicações cardiovasculares e otimizar recursos do SUS.
- **Promoção de cuidado centrado no paciente:** incorporar ferramentas de avaliação de fragilidade, vulnerabilidade social e suporte psicossocial, garantindo decisões clínicas proporcionais ao estado funcional e alinhadas às preferências do paciente e família.

2. População-alvo, portas de entrada e rastreamento

Aplica-se a adultos (≥ 18 anos) na APS, devendo ser rastreados anualmente:

Hipertensão arterial.

Diabetes mellitus.

Obesidade.

Idade ≥ 60 anos.

Doença cardiovascular prévia e/ou AVC.

História familiar de DRC.

Uso crônico de nefrotóxicos.

Neoplasias.

3. Diagnóstico

Na maior parte do tempo, a DRC é assintomática. Sinais e sintomas mais evidentes nos estágios mais avançados da doença (4 e 5). Alterações laboratoriais podem estar presentes nos estágios intermediários

3.1 Sintomas: nictúria, hipertensão arterial, anemia, fraqueza, fadiga, emagrecimento, prurido, síndrome das pernas inquietas, dor crônica, sintomas gastrintestinais, edema e dispneia e alterações urinárias (urina escura, na presença de hematuria; muito clara, se houver a diminuição da densidade urinária; espumosa, na presença de proteinúria). Nas fases mais avançadas pode haver oligúria.

3.2 Laboratório: anemia, distúrbios do cálcio, fósforo e paratormônio, e acidose metabólica.

3.3 Marcos do diagnóstico:

- Identificação da perda da função renal ($\text{TFG} < 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$), independente da causa,

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0018	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)		Página 3 de 13

durante um período >3 meses, com implicações para a saúde.

- Pacientes com TFG ≥ 60 mL/min/1,73 m² o diagnóstico de DRC é realizado pela identificação de pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso ou de alteração no exame de imagem, preferencialmente ultrassonografia dos rins e vias urinárias.
- Uma das maiores causas de morbimortalidade em pacientes com DRC são as doenças cardiovasculares ateroscleróticas. Dessa forma, o risco cardiovascular deve ser estimado na avaliação inicial e periodicamente, pelo menos uma vez ao ano recomendada a calculadora HEARTS/OPAS/OMS. (<https://www.paho.org/pt/hearts-nas-americas/calculadora-risco-cardiovascular>).
- Alterações parenquimatosas devem ser pesquisadas por meio do exame sumário de urina (elementos anormais do sedimento - EAS); da pesquisa de albuminúria; da análise pela biópsia renal ou alterações eletrolíticas características de lesões tubulares renais.
- Indivíduos com história de DRC familiar, infecção urinária de repetição e doenças urológicas devem realizar exames de imagem, preferencialmente, a ultrassonografia dos rins e vias urinárias.
- Substituir ureia isolada por microalbuminúria em amostra isolada como exame de rastreio precoce.
- Retirar ureia da rotina inicial para fins de diagnóstico, mantendo apenas para controle clínico.
- Recomendar USG com Doppler em suspeita de estenose de artéria renal.

3.4 Marcadores de dano renal parenquimatoso:

- Albuminúria ≥ 30 mg/24 horas ou Relação Albumina Creatinina (RAC) ≥ 30 mg/g.
- Hematúria de origem glomerular, definida pela presença de cilindros hemáticos ou dismorfismo eritrocitário no exame de urina (EAS).
- Alterações eletrolíticas ou anormalidades tubulares.
- Alterações detectadas por histologia, pela biópsia renal.
- Alterações nos exames de imagem como rins policísticos, hidronefrose, cicatrizes corticais ou alterações da textura cortical, estenose da artéria renal.

4. Definições operacionais e estadiamento

Estadiamento por TFG e categorias de albuminúria de forma combinada - GxA (CGA) - estabelece o risco de progressão renal e cardiovascular e orienta a periodicidade do seguimento, a intensificação terapêutica e o momento de encaminhar à Nefrologia.

4.1 Condutas por cenário

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
---	---

Estágio DRC	TFG (mL/min/1,73m²)	Microalbuminúria (RAC)		
		<30 mg/g	30-300 mg/g	>300 mg/g
1	≥ 90	45,02%	1,99%	0,37%
2	60-89	40,72%	1,78%	0,31%
3a	45-59	7,41%	0,55%	0,13%
3b	30-44	1,19%	0,21%	0,07%
4	15-29	0,10%	0,05%	0,05%
5	<15	0,03%	0,01%	0,02%

	Baixo
	Moderado
	Alto
	Muito alto

- **Baixo risco (em geral): G1–G2/A1**
- **Moderado: G2/A2**
- **Alto: G3a/A2 ou G1–G2/A3**
- **Muito alto: G3b–G5 e/ou A3**

4.1.1 Adulto de risco com exames normais (G1–G2 e A1)

Metas: PA <140×90 mmHg (ou alvo mais baixo se tolerado e alto risco); DM com HbA1c ~7%; LDL <100 mg/dL (ideal <70 mg/dL em maior risco).

Estilo de vida: reduzir sal (~2 g Na/dia), atividade física 150 min/semana, cessar tabagismo, controle de peso.

Evitar AINE se TFGe <60 e ajustar doses de fármacos depurados por rim.

Repetir RAC/TFGe anualmente.

4.1.2 Albuminúria A2/A3 com TFGe ≥60 (G1–G2)

Iniciar/otimizar IECA/BRA (monitorar creatinina e potássio após início/titulação).

Considerar iSGLT2 (ex.: dapagliflozina) em DM; em não-DM, considerar se A3 persistente conforme protocolo local.

Reavaliar em 6-12 meses e intensificar educação e adesão.

4.1.3 DRC G3a (45–59) ± A2

Aplicar medidas acima e revisar todas as medicações para ajuste renal e nefrotoxicidade.

Consulta e exames a cada 3–6 meses.

4.1.4 DRC G3b (30–44) e/ou A3, ou pior

Otimizar IECA/BRA ± iSGLT2 (em DM; avaliar não-DM A3) ± finerenona (DM com A2/A3).

Tratar PA, DM e LDL de forma intensiva.

Reavaliar em 1–3 meses.

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0018	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)		Página 5 de 13

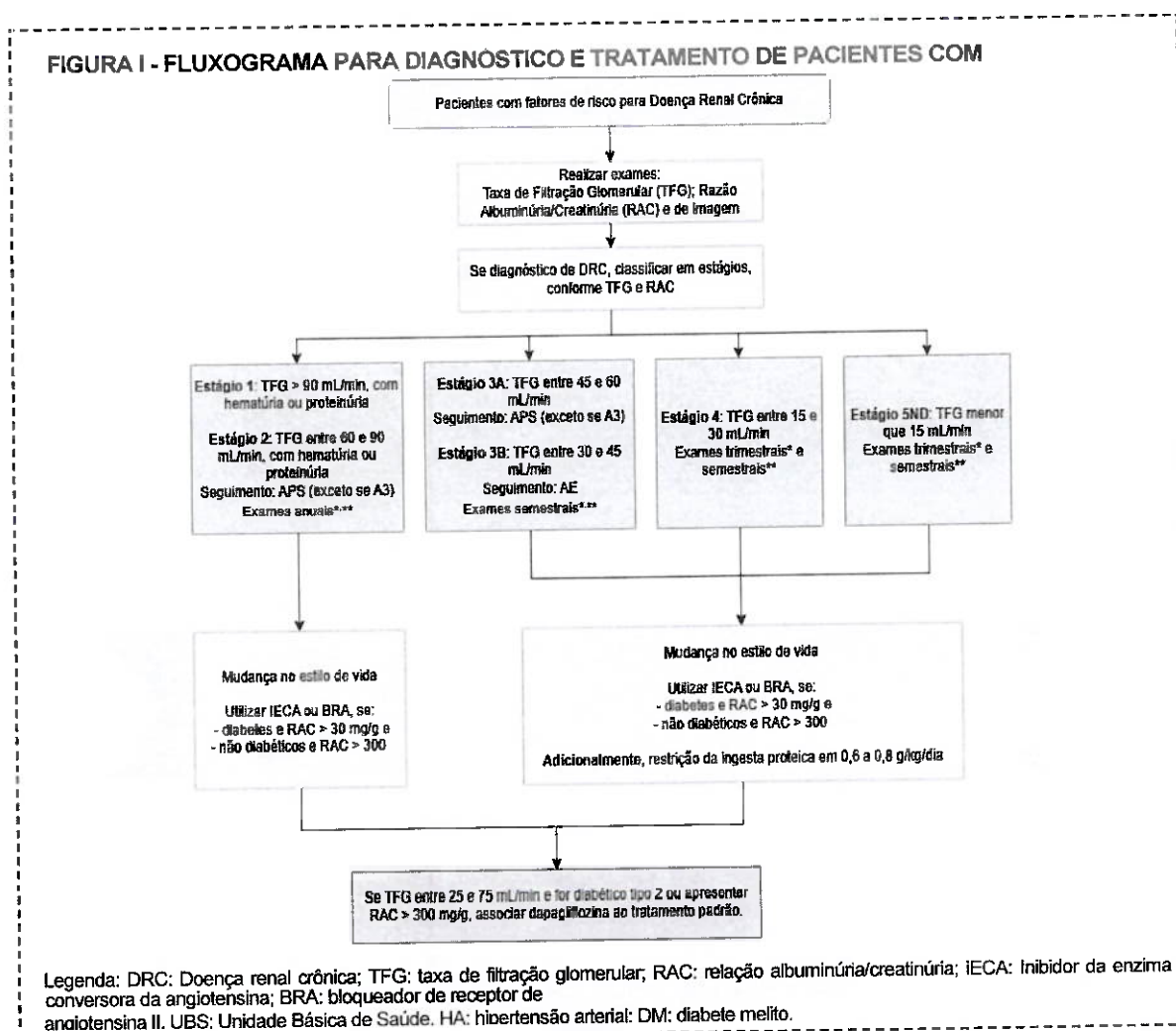
Avaliar critérios de encaminhamento para nefrologia.

4.1.5 Situações especiais

Gestantes: priorizar proteção renal/placentária (alinhar com pré-natal de risco).

Idosos e fragilidade: metas individualizadas e vigilância para hipotensão, hipercalemia e desidratação.

FIGURA I - FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE PACIENTES COM



5. Manejo clínico geral

5.1 Metas globais:

- PA <140×90 mmHg (ou alvo mais estrito se tolerado e risco elevado)

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0018	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)		Página 6 de 13

- HbA1c ~7% em DM e LDL <100 mg/dL (ideal <70 mg/dL em muito alto risco).

5.2 Intervenções não farmacológicas:

- Restrição de sal (2 g de sódio/dia),
- Atividade física aeróbica regular (150 min/semana),
- Cessação do tabagismo,
- Manejo do peso.
- Evitar AINE quando TFG <60 e ajustar doses de medicamentos depurados por via renal.

5.3 Farmacoterapia:

IECA/BRA: primeira linha na presença de albuminúria (DM com RAC >30; não-DM com RAC >300); monitorar creatinina e potássio.

iSGLT2 (ex.: dapagliflozina): em DM com TFG entre 25–75; considerar em não-DM com RAC >300 conforme protocolo local.

Indicar iSGLT2 em DRC G1–G4 com albuminúria ≥200 mg/g, mesmo sem DM.

Espironolactona: casos selecionados (HAS resistente), com vigilância laboratorial.

Evitar AINE; revisar antibióticos, antidiabéticos e hipolipemiantes para ajuste renal.

Evitar uso crônico de IBP, conforme risco de piora da função renal.

Reforçar uso de estatina em todos os pacientes com DRC ≥ G3, independentemente do LDL.

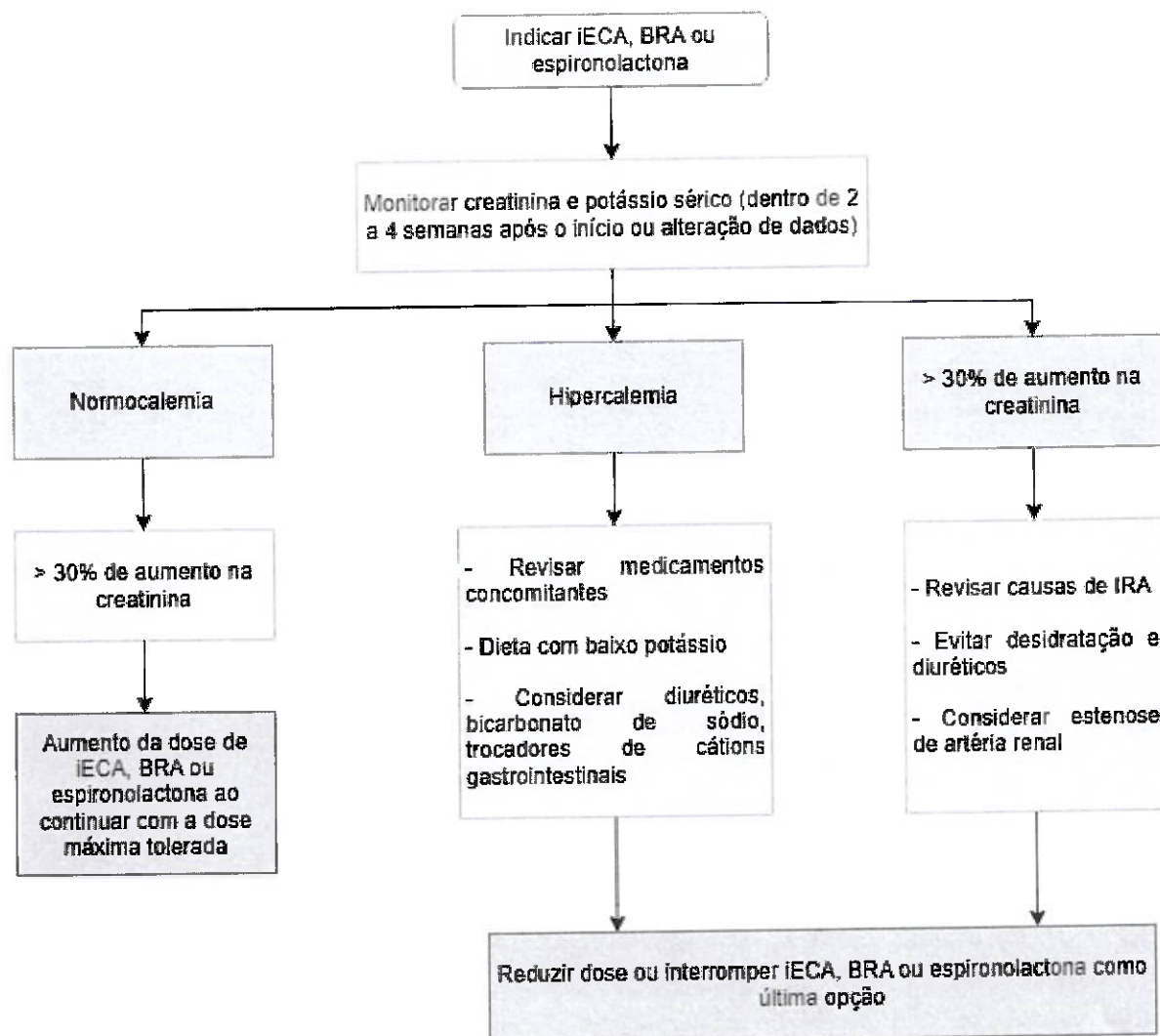
Recomendações vacinais: hepatite B, influenza, pneumocócica, COVID-19.



Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0018	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)		Página 7 de 13

FIGURA II – FLUXOGRAMA PARA MONITORIZAÇÃO DOS NÍVEIS DE CREATININA E POTÁSSIO APÓS 2 A 4 SEMANAS DA INTRODUÇÃO OU OTIMIZAÇÃO DA DOSE DE IECA, BRA OU ESPIRONOLACTONA.



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0018	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)		Página 8 de 13

6. Metas terapêuticas (APS)

Pressão arterial: <140×90 mmHg (considerar <130×80 mmHg se A2/A3 e tolerado).
 Diabetes: HbA1c ~7% (individualizar conforme comorbidades e risco de hipoglicemia).
 Lipídios: tratar com estatina conforme risco cardiovascular global.
 Estilo de vida: reduzir sal (~2 g Na/dia), cessar tabagismo, atividade física 150 min/sem, controle de peso.

7. Periodicidade do Seguimento

Estrato (CGA)	Periodicidade	Foco
Baixo (G1–G2/A1)	Anual	Prevenção CV; Repetir TFGe/RAC
Moderado (G2/A2)	Semestral	Otimizar IECA/BRA; iSGLT2 em DM
Alto (G3a/A2 ou A3 isolado)	3–6 meses	IECA/BRA ± iSGLT2; reclassificar risco e
Muito alto (G3b–G5 e/ou A3)	1–3 meses	Otimização máxima; manejo K+/acidose; avaliar Nefro

8. Critérios de encaminhamento APS a AE (Nefrologia: presencial ou teleinterconsulta

TFGe <30 (G4–G5) [A] ou G3b (30–44) com A2/A3 [B].
 Pacientes com risco ALTO e MUITO ALTO.
 Albuminúria A3 persistente (>300 mg/g em 2 amostras).
 Queda acelerada da TFGe (>5 mL/min/ano) ou redução sustentada ≥25% com troca de estágio.
 Hipertensão resistente; distúrbios eletrolíticos/acidose persistentes; anemia ou alterações ósseo-minerais refratárias.
 Suspeita de glomerulopatia/hereditária; hematúria glomerular persistente.
 Planejamento de terapia renal substitutiva (acesso vascular/diálise peritoneal).

9. Protocolos por nível de atenção

Nível	Indicações	Entregas/Plano	Seguimento
APS	Todos os estratos conforme CGA	Metas; IECA/BRA ± iSGLT2; seguimento por risco	Plano e próximos exames
Nefrologia (AE)	Critérios atendidos e/ou refratariedade	Reclassificar CGA; otimizar terapia; planejar TRS	Devolutiva estruturada à APS
UPA/SAMU	Hipercalcemia	Estabilização;	Encaminhamento ao

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0018	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)		Página 9 de 13

	grave, acidose, EAP, uremia	contato com Nefro/Hospital	Hospital e/ou APS (ALTA SEGURA)
Hospital	Instabilidade; TRS; complicações	Suporte avançado; metas diárias; transição	Resumo, ajustes e agenda APS (ALTA SEGURA)

A linha de cuidado da Doença Renal Crônica deve contemplar, além da APS, Atenção Especializada e Hospitalar, a atuação coordenada de outros pontos de atenção da rede municipal e estadual, garantindo continuidade assistencial, integralidade do cuidado e segurança do paciente.

Emulti (Equipe Multiprofissional de Apoio à APS):

- Apoio matricial multiprofissional a casos complexos.
- Intervenções coletivas (educação em saúde, oficinas, grupos de autocuidado).
- Revisão terapêutica, manejo da polifarmácia, cuidados paliativos precoces e orientação familiar.

Melhor em Casa (Atenção Domiciliar):

- Atendimento a pacientes com DRC avançada (G4/G5) e/ou fragilidade (CFS ≥ 6) com dificuldade de locomoção.
- Continuidade assistencial pós-alta hospitalar, reduzindo reinternações desnecessárias.
- Monitorização clínica, ajuste terapêutico, suporte ao autocuidado e orientação familiar.
- Articulação direta com APS e HMC para alta segura e plano de cuidado integrado.

CER II – Reabilitação Motora e Cognitiva:

- Reabilitação física e cognitiva em pacientes com DRC que apresentem limitações funcionais ou declínio cognitivo associado.
- Encaminhamento conforme critérios definidos pelo serviço, com integração ao plano de cuidado multiprofissional.

Rede Lucy Montoro e demais pontos de atenção:

- Indicação para casos selecionados que necessitem de reabilitação avançada ou outros recursos especializados, conforme protocolo vigente de acesso regulado.

UPA e SAMU/192:

- Atendimento às urgências e emergências (hipercalcemia grave, acidose metabólica, edema agudo de pulmão, crises hipertensivas, síndrome urêmica).
- Estabilização inicial, comunicação imediata com Nefrologia reguladora e com o HMC.
- Garantia de fluxo de referência ágil para internação.

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
---	---

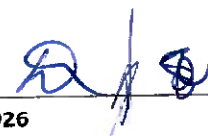
	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0018	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)		Página 10 de 13

Hospital Municipal de Cajamar (HMC):

- Internação em casos de instabilidade clínica e complicações graves.
- Suporte avançado, manejo de complicações e preparação para Terapia Renal Substitutiva (TRS) quando disponível, ou regulação para serviço terciário.
- Devolutiva estruturada à APS e Emulti na alta, com plano de cuidado, ajustes terapêuticos, agenda de seguimento e, quando indicado, vinculação ao Melhor em Casa e CER II/Lucy Montoro.

10. Integração digital e indicadores (KPI)

Indicador	Meta	Fonte	Periodicidade
Cobertura RAC (HA/DM)	≥50%	SIA-SUS / PEC	Mensal/Trim.
Cobertura TFG _e (grupos de risco)	100%	SIA-SUS / PEC	Mensal/Trim.
PA <140×90	≥80%	PEC / Auditoria	Mensal
HbA1c <7% (DM)	≥50%	PEC / Lab	Trimestral
IECA/BRA e iSGLT2 (elegíveis)	≥80%	PEC / Farmácia	Mensal
Solicitação de USG renal na APS,	≥50%	SIA-SUS / PEC	Trimestral
Cobertura vacinal em DRC	≥80%	PEC / Auditoria	Mensal
Uso de estatina e iSGLT2 em elegíveis.	≥80%	PEC / Auditoria	Mensal
% de pacientes DRC G4/G5 com plano de cuidado compartilhado com Emulti.	≥80%	PEC / Auditoria	Mensal
% de pacientes com CFS ≥6 vinculados ao Melhor em Casa.	≥50%	PEC / Auditoria	Mensal
% de pacientes em reabilitação (CER II/Lucy Montoro) pós-hospitalização.	≥50%	PEC / Auditoria	Mensal
% de altas hospitalares com devolutiva estruturada para APS + Emulti.	≥80%	PEC / Auditoria	Mensal



Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
---	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0018	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)		Página 11 de 13

11. Referências Bibliográficas

- Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença Renal Crônica (PCDT DRC), 2024.
- KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2025 (CKD & Risk Management).
- Nota Técnica CIB-SP nº 67/2023 – Recomendação de laudos com TFGe e RAC.

12. Anexos

12.1 - Checklist de Rastreio (APS)

Item	Sim/Não
Elegível (HA/DM/≥60/nefrotóxicos/etc.)	☐ / ☐
Solicitou creatinina + TFGe (CKD-EPI 2021)	☐ / ☐
Solicitou RAC (urina isolada)	☐ / ☐
Planejou confirmação em 3–6 meses se alterado	☐ / ☐
Registrou CGA e próxima data de exames	☐ / ☐

12.2 - Encaminhamento Qualificado (APS → Nefrologia)

Item	Ok
Últimos 2–3 (TFGe, RAC, K+)	☐
Lista de fármacos/alergias e metas	☐
Hipótese clínica/pergunta objetiva	☐
Critério de encaminhamento atendido	☐
Laudos padronizados anexos	☐

12.3 - Checklist de Prescrição Segura em DRC (ajuste de doses)

Classe de Fármaco	Ajuste em DRC (TFGe)	Observações
Metformina	Suspender se TFGe <30	Reduzir dose se TFGe 30–44
AINes	Evitar se TFGe <60	Risco de progressão da DRC
Antibióticos (aminoglicosídeos)	Contraindicado	Risco de nefrotoxicidade
IECA/BRA	Monitorar K+ e creatinina	Reduzir dose se aumento >30% da creatinina

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0018	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)		Página 12 de 13

iSGLT2	Indicar se TFG _e ≥ 20	Reavaliar se TFG _e < 20
--------	----------------------------------	------------------------------------

12.4 - Calendário Vacinal Recomendado para Pacientes com DRC

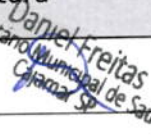
Vacina	Esquema	Observações
Hepatite B	3 doses (0, 1 e 6 meses)	Reforço se anti-HBs < 10 mUI/mL
Influenza	Anual	Preferência para vacina tetravalente
Pneumocócica	VPC13 + VPP23	Intervalo de 8 semanas entre elas
COVID-19	Conforme PNI vigente	Reforços anuais
dTpa	A cada 10 anos	Antecipar se risco aumentado

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
---	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0018	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)		Página 13 de 13

Elaboração e ciência:

Elaborado por:	Função	Assinatura
Jaqueline G. Silva	Coordenadora de Enfermagem APS	 Jaqueline Gomes da Silva Coord. de Enfermagem COREN-SP 403936
Antônio Victor S. Pepe	Coordenador Médico APS	 Dr. Antonio Victor Silva Pepe Coordenador Médico da APS CRM-SP 167714

Aprovado:	Função	Assinatura
Daniel Freitas	Secretário de Saúde	 Daniel Freitas Secretário Municipal de Saúde Cajamar, SP

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado – Doença Renal Crônica (DRC)	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
---	--