

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Manual Clínico Operacional		
	Nº MAN.DRC – APS - 0002	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
Manual Clínico-Operacional – Prevenção e Manejo Inicial da DRC na APS (Adultos).			Página 1 de 6

Manual Clínico-Operacional – Prevenção e Manejo Inicial da DRC na APS (Adultos).

1) Finalidade

Orientar, em linguagem prática, quem rastrear, o que solicitar, como interpretar e o que fazer para prevenir e retardar a progressão da doença renal crônica (DRC) e reduzir eventos cardiovasculares, com fluxo claro de encaminhamento e contrarreferência.

2) População-alvo e aplicação

Aplicável às equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) – médicos(as) e enfermeiros(as) – no cuidado de ADULTOS atendidos em UBS/ESF.

3) Quem rastrear (anualmente) – Adultos

Hipertensão arterial.

Diabetes mellitus.

Obesidade.

Idade ≥60 anos.

Doença cardiovascular prévia e/ou AVC.

História familiar de DRC.

Uso crônico de nefrotóxicos.

Neoplasias.

4) O que solicitar e com que frequência

Solicitar anualmente para quem está na população de risco:

Creatinina sérica com TFG_e (CKD-EPI 2021) no laudo.

Albumina e creatinina urinária (RAC) em amostra de urina isolada.

Se alterado, repetir em 3–6 meses para confirmar persistência. Padronizar no sistema: “Creatinina sérica com TFG_e (CKD-EPI 2021)” e “RAC (albumina e creatinina urinárias) – urina isolada”.

5) Como interpretar (texto)

Estadiamento pela TFG_e (mL/min/1,73m²): G1 ≥90; G2 60–89; G3a 45–59; G3b 30–44; G4 15–29; G5 <15.

Categorias de Albuminúria (RAC, mg/g): A1 <30; A2 30–300; A3 >300.

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Manual Clínico Operacional		
	Nº MAN.DRC – APS - 0002	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Manual Clínico-Operacional – Prevenção e Manejo Inicial da DRC na APS (Adultos).		Página 2 de 6

Risco global: combine G (TFGe) e A (RAC). Em geral: G1–G2/A1 → baixo; G2/A2 → moderado; G3a/A2 ou G1–G2/A3 → alto; G3b–G5 e/ou A3 → muito alto.

6) Condutas por cenário

Estágio DRC	TFG (mL/min/1,73m ²)	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

6.1 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.

6.2 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 3–6 meses e intensificar educação e adesão.

6.3 DRC G3a (45–59) ± A2

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

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Manual Clínico Operacional		
	Nº MAN.DRC – APS - 0002	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Manual Clínico-Operacional – Prevenção e Manejo Inicial da DRC na APS (Adultos).		Página 3 de 6

Consulta e exames a cada 3–6 meses.

6.4 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.

Avaliar critérios de encaminhamento.

6.5 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.

7) Critérios de encaminhamento à Nefrologia

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).

8) Atitudes e segurança - Médico(a)

Padronizar pedidos para laudos com TFGe (CKD-EPI 2021) e RAC; conferir se vieram completos.

Explicar risco renal e cardiovascular da Albuminúria; negociar metas realistas.

Revisar medicações com foco em nefrotoxicidade e ajuste de dose renal.

Prescrever com segurança: iniciar/otimizar IECA/BRA; avaliar iSGLT2; monitorar potássio e creatinina após mudanças.

9) Atitudes e segurança - Enfermeiro(a)

Identificar elegíveis nas agendas/território e solicitar creatinina (com TFGe) e RAC conforme protocolo.

Manual Clínico-Operacional – Prevenção e Manejo Inicial da DRC na APS (Adultos).	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
--	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Manual Clínico Operacional		
	Nº MAN.DRC – APS - 0002	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
Manual Clínico-Operacional – Prevenção e Manejo Inicial da DRC na APS (Adultos).			Página 4 de 6

Conduzir educação em saúde: redução de sal, atividade física, cessação do tabaco, adesão a medicamentos e sinais de alerta.

Fazer seguimento estruturado de baixo/moderado risco e alertar o médico para quedas de TFGe, A2/A3 persistente, PA/HbA1c fora da meta.

10) Periodicidade de seguimento na APS

Baixo risco (G1–G2/A1): anual.

Moderado (ex.: G2/A2): semestral.

Alto (ex.: G3a/A2 ou A3 isolado): a cada 3–6 meses.

Muito alto (G3b–G5 e/ou A3): a cada 1–3 meses e **avaliar encaminhamento**.

11) Registros obrigatórios no PEC

Problemas/diagnósticos (DRC quando critérios) e estratificação GxA.

Metas de PA, HbA1c e LDL registradas.

Farmacoterapia ativa (IECA/BRA ± iSGLT2).

Alerta para evitar AINE em TFGe <60 e plano de ajuste de doses renais.

Próxima data de RAC/TFGe.

12) Farmacoterapia prioritária

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 TFGe entre 25–75; considerar em não-DM com RAC >300 conforme protocolo local.

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

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

13) Roteiro de consulta

Primeira consulta (médico/enfermeiro)

Checar elegibilidade para rastreio (ver seção 3).

Solicitar creatinina com TFGe e RAC (se não realizados no último ano).

Aferir PA; revisar controle de DM/LDL; conferir medicações em uso e presença de AINE.

Educar sobre rins, sal, atividade física e tabagismo; definir metas e retorno.

Retorno com resultados

Interpretar TFGe (G) e RAC (A) e classificar risco.

Manual Clínico-Operacional – Prevenção e Manejo Inicial da DRC na APS (Adultos).	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
--	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Manual Clínico Operacional		
	Nº MAN.DRC – APS - 0002	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
Manual Clínico-Operacional – Prevenção e Manejo Inicial da DRC na APS (Adultos).			Página 5 de 6

Definir conduta conforme cenários (seção 6).

Ajustar/introduzir IECA/BRA $\pm$ iSGLT2 ($\pm$ finerenona quando elegível) e programar monitorizações de creatinina/potássio.

Programar periodicidade do seguimento (seção 10) e encaminhar se houver critério (seção 7).

14) Educação em saúde

“Seu exame de urina mede albumina; quando está aumentada, indica maior risco para o rim e para o coração. Vamos reduzir sal, manter pressão e açúcar controlados, praticar atividade física e usar os remédios certos. Evite anti-inflamatório sem orientação.”

15) Indicadores/KPIs

Cobertura de RAC (≥ 1 /ano) em adultos com HA e/ou DM – meta: 50%.

Cobertura de creatinina/TFGe (≥ 1 /ano) na população de risco – meta: 100%.

Controle de HA (PA $< 140 \times 90$) – meta: 80%.

Controle de DM (HbA1c $< 7\%$) – meta: 50%.

Registro de DRC em HA/DM, uso de IECA/BRA e de iSGLT2 quando elegível – monitorar mensal/trimestral.

16) Referências

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).

NKF/ASN Task Force (2021): CKD-EPI 2021 equation for eGFR without race.

Nota Técnica/CIB-SP (2023): TFGe no laudo e RAC como método de rastreio em grupos de risco.

Elaboração e ciência:

Manual Clínico-Operacional – Prevenção e Manejo Inicial da DRC na APS (Adultos).	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
--	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Manual Clínico Operacional		
	Nº MAN.DRC – APS - 0002	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
Manual Clínico-Operacional – Prevenção e Manejo Inicial da DRC na APS (Adultos).			Página 6 de 6

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	



Manual Clínico-Operacional – Prevenção e Manejo Inicial da DRC na APS (Adultos).	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
--	---