

**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT  
RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 252 DE 08 DE AGOSTO DE 2024.**

Dispõe sobre linha de cuidado e Plano de Prevenção e Tratamento à Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado de Mato Grosso.

**A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT, no uso de suas atribuições legais e considerando:**

**I- A Portaria de Consolidação Nº 02 de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as políticas nacional de saúde no Sistema Único de Saúde, em especial o Anexo XXXIII, que trata sobre a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal;**

**II- A Portaria de Consolidação Nº 03 de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, em especial o Capítulo III, que trata da organização da Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;**

**III- A Portaria GM/MS Nº 1604 de 18 de outubro de 2023, que institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) no âmbito do SUS.**

**R E S O L V E:**

**Art. 1º** Aprovar a Linha de Cuidado à Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) de Mato Grosso, conforme Anexo I.

**Art. 2º** Aprovar o Plano de Prevenção e Tratamento da Doença Renal Crônica (DRC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) de Mato Grosso, conforme Anexo II.

**Art. 3º** Aprovar a realização de Oficinas Regionais para elaboração de Planos de Ação Regionais com vistas a implantação da Linha de Cuidado e do Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Renais Crônicas respeitando as particularidades loco-regionais.

**Art. 4º** Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

GILBERTO  
GOMES DE  
FIGUEIREDO:174  
82445153

Assinado de forma digital  
por GILBERTO GOMES DE  
FIGUEIREDO:17482445153  
Dados: 2024.08.12  
08:14:44 -04'00'

**Gilberto Gomes de Figueiredo  
Presidente da CIB /MT**

**Cuiabá/MT, 08 de julho de 2024.**

  
**Flávio Alexandre dos Santos  
Presidente do COSEMS/MT**



**ANEXO I DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 252 DE 08 DE AGOSTO DE 2024**

**Linha de Cuidado à Pessoa com Doença  
Renal Crônica**

**Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso**

**2024**



**Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso**

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância à Saúde

Superintendência de Atenção à Saúde

Coordenadoria de Atenção às Condições de Saúde

**Mauro Mendes**

Governador do Estado de Mato Grosso

**Gilberto Figueiredo**

Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso

**Juliano Silva Melo**

Secretário Adjunto de Atenção e Vigilância em Saúde

**Diógenes Marcondes**

Superintendente de Atenção em Saúde

**Equipe de elaboração**

Lenil da Costa Figueiredo

Coordenaria de Atenção às Condições de Saúde

Aline Régia Ferreira Ribeiro

Coordenaria de Atenção às Condições de Saúde

Paola Garcia Guimarães Dualib

Coordenaria de Atenção às Condições de Saúde

Luís Carlos da Silva Duarte

Coordenaria de Atenção às Condições de Saúde

Monalisa Rocha de Campos Chaves

Coordenaria de Atenção às Condições de Saúde

Luany Cardoso de Oliveira

Coordenadoria de Atenção Terciária

Ivete Meneguzzi

Coordenadoria de Atenção Terciária

Vinícius Vezzi de Oliveira

Coordenadoria de Atenção Terciária



## **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso**

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância à Saúde

Superintendência de Atenção à Saúde

Coordenadoria de Atenção às Condições de Saúde

### **Colaboração**

Superintendência de Assistência Farmacêutica

Superintendência de Regulação da Saúde

Superintendência de Vigilância em Saúde

Coordenadoria de Atenção Primária

Coordenadoria de Atenção Secundária

Coordenadoria de Saúde Bucal

Coordenadoria de Promoção e Humanização da Saúde

Coordenadoria de Organização de Redes de Atenção à Saúde

Escritórios Regionais de Saúde

Núcleo de Telessaúde e Saúde Digital



## **SUMÁRIO**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	<b>8</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
<b>4. COMPETÊNCIAS</b>	<b>12</b>
4.1 Promoção à Saúde	12
4.2 Atenção Primária à Saúde	18
4.3 Saúde Bucal	22
4.4 Atenção Especializada	24
4.3.1 Atenção Ambulatorial Especializada	25
4.3.2 Atenção Especializada em DRC – Terapia Renal Substitutiva	26
4.3.3 Atenção pré-hospitalar de Urgência	30
4.3.4 Unidade de Pronto Atendimento 24 horas	31
4.3.5 Transplante	32
4.3.6 Processo regulatório de acesso	33
4.5 Assistência Farmacêutica	37
4.6 Educação Permanente	39
4.7 Núcleo Telessaúde/Saúde Digital	41
4.8 Cuidados Paliativos	43
<b>5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b>	<b>45</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>47</b>
<b>7. ANEXO I</b>	<b>49</b>
<b>8. ANEXO II</b>	<b>51</b>
<b>9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>52</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Diante do desafio universal enfrentado pelos sistemas de saúde, caracterizado pela incoerência entre uma situação de saúde com forte hegemonia das condições crônicas e a resposta social de um sistema fragmentado, que atua de forma episódica e reativa, voltado predominantemente para os eventos agudos. Esses sistemas fragmentados têm falhado no manejo das condições crônicas e, como consequência, os resultados medidos em desfechos clínicos são de pouco valor. Isso não é diferente no Sistema Único de Saúde (SUS).

A solução para esse problema está em superar a fragmentação, instituindo as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que atuam de modo contínuo e proativo, e são capazes de responder adequadamente às condições agudas e às condições crônicas (MENDES, 2011). As Linhas de Cuidado (LC) compõem a Rede de Atenção à Saúde e definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção da mesma (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio conforme as necessidades da população (MENDES, 2011).

O Brasil se caracteriza, nas últimas décadas, por uma transição demográfica acelerada, que resulta da redução abrupta da taxa de fecundidade e de elevados índices de envelhecimento populacional. Por sua vez, a transição epidemiológica observada no país é marcada, entre outros aspectos, pelo desafio das condições crônicas, como as doenças crônicas e de seus fatores de risco (DUARTE; BARRETO, 2012; MENDES, 2011).

Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Em Mato Grosso, observa-se esse mesmo cenário, haja vista que, no mesmo período 57,4% dos óbitos registrados foram causados por DCNT. Entre os anos de 2020 e 2021, a pesar da elevada proporção de mortes causadas pelo corona vírus, as DCNT foram as principais causas de mortalidade, 22,3% e 35,4% respectivamente (SES-MT, 2023).

Observa-se, no período de 2018 a 2021, discreta redução na contribuição de óbitos prematuros no total de óbitos por DCNT, em Mato Grosso, de 46,8% em 2018 para 46,5% em 2021 (SES-MT, 2023). Ressalta-se, assim, que os mesmos fatores que podem impactar na redução da mortalidade prematura por essas causas também beneficiam pessoas com idade acima dos 70 anos, uma vez que as principais causas de morte e limitações na faixa etária de 30 a 69 anos são similares àquelas que acometem indivíduos em idades mais avançadas (NORHEIM et al., 2015).

Dentre os principais tipos de DCNT, a doença cardiovascular (DCV) é o primeiro grupo de causa de morte no Estado e é a que tem o maior impacto epidemiológico, sendo

responsável por cerca de 24,2% em 2019 e 16,8% em 2021 de todas as mortes (SES-MT, 2023).

A DCV tem aumentado progressivamente, por conta do acúmulo de fatores de risco tradicionais como hipertensão e diabetes, 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 doença renal crônica (DRC), termo geral para alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico, tem sido descrita como um dos principais determinantes de risco de eventos cardiovasculares.

Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e história familiar, estão entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento desta patologia, bem como glomerulopatias, doença renal policística, doenças autoimunes, infecções sistêmicas, infecções urinárias de repetição, litíase urinária, uropatias obstrutivas e neoplasias. Vale a pena ressaltar que independente do diagnóstico etiológico da DRC, a presença de dislipidemia, obesidade e tabagismo acelera a progressão da doença.

A Doença Renal Crônica, na maior parte do tempo tem evolução assintomática e apresenta repercussões sistêmicas, sendo considerada um problema de saúde pública, em especial, quando alcança estágio terminal e a pessoa necessita de Terapia Renal Substitutiva (TRS). Os estudos apontam que 11% da população com fatores de risco tenha Doença Renal Crônica, destes, estima-se que 0,075% estejam em Diálise.

A DRC se caracteriza por taxa de filtração glomerular (TFG)  $< 60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$  por três meses consecutivos ou TFG  $> 60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$  associada a um marcador de dano renal:

- Albuminúria ( $\geq 300\text{mg}/24\text{h}$  ou razão albuminúria/creatinúria  $\geq 30\text{mg}/\text{g}$ );
- Anormalidades do sedimento urinário: anormalidades eletrolíticas ou outras devido a doenças tubulares;
- Anormalidades detectadas por histologia;
- Anormalidades estruturais detectadas por exames de imagem;
- História de transplante renal.

A DRC se apresenta em cinco estágios, conforme quadro abaixo:

<b>Estágio</b>	<b>Taxa de Filtração Glomerular (ml/min/1,73m<sup>2</sup>)</b>	<b>Descrição</b>
1*	>90	Lesão renal com TFG normal e presença de anormalidades estruturais (albuminúria ≥30mg ou alterações na imagem, histologia renal ou sedimento urinário)
2*	60 a 89	Lesão renal com TFG levemente diminuída e presença de anormalidades estruturais (albuminúria ≥30mg ou alterações na imagem, histologia renal ou sedimento urinário)
3a	45 a 59	Taxa de Filtração Glomerular moderadamente diminuída
3b	30 a 44	
4	15 a 29	Taxa de Filtração Glomerular gravemente diminuída
5	<15	Falência renal
5D	<15 em diálise	Falência renal em terapia substitutiva

\*Estágios 1 e 2 sem outros marcadores de dano renal, não são considerados DRC

Fonte: Adaptado do KDIGO 2012

Em Mato Grosso, as principais causas da Doença Renal Crônica são a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, alcançando uma proporção aproximada de 70% na combinação desses fatores como causa, sendo 45% referente a HAS e 25% ao DM. (SES-MT, 2015).

Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são doenças crônicas complexas, consideradas grandes epidemias mundiais do século 21 e problemas de saúde pública, pelas elevadas prevalência e morbimortalidade associadas a elas. Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2021 mostram prevalência de HAS em 26,3% e de DM em 9,1% da população adulta (>18 anos).

Neste contexto, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso propõe a implantação da Linha de Cuidado à pessoa com Doença Renal Crônica, considerando os indicadores epidemiológicos locais e conforme delineada pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de organizar a oferta de ações de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a centrar o cuidado na pessoa e nas suas necessidades, detalhando o itinerário e englobando informações sobre promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e viabilizando a comunicação entre equipes, serviços em uma Rede de Atenção à Saúde.

## 2. JUSTIFICATIVA

O Estado de Mato Grosso possui 3.658.813 habitantes (IBGE, 2023) distribuídos em 142 (cento e quarenta e dois) municípios, organizados em 16 regiões de saúde, ocupa o 3º lugar em extensão territorial do país, o que associado as distâncias continentais, cria significativas barreiras de acesso que impactam negativamente na organização da atenção à saúde no Estado.

A capital Cuiabá responde por 18,8% da população do Estado, e pelo maior número de Clínicas de Hemodiálise e outros serviços.

A atenção especializada em DRC no Estado possui 12 (doze) estabelecimentos habilitados para a realização de hemodiálise, sendo 04 (quatro) sob gestão estadual e 08 (oito) sob gestão municipal. Atualmente tem se discutido proposta de ampliação de implantação de Centros de Terapia Renal Substitutiva para Criança em Cuiabá e para adultos no Norte do Estado.

Com o avanço no processo de descentralização das ações de Serviços de Saúde e a implementação de Políticas de Saúde, ainda remanescem os problemas de acesso da população às ações assistenciais nos diversos níveis de atenção, particularmente no nível secundário e terciário caracterizada pela concentração de serviços nos maiores centros, o que se pretende minimizar pela elaboração do Planejamento Regional Integrado.

Atualmente, existem grandes variações nos padrões de oferta da atenção à saúde, relativas à capacidade instalada dos serviços, às práticas clínicas e à utilização de tecnologias, estando ainda pautada na Terapia Renal Substitutiva, o que dificulta a continuidade do cuidado.

A Linha de Cuidado estabelece um pacto entre os diversos atores dos pontos de atenção da rede, estabelecendo fluxos para o compartilhamento do cuidado da pessoa com DRC. Assim, a organização da linha de cuidado, favorecerá o diagnóstico precoce, o tratamento de suas complicações e conseqüentemente favorece um início na Terapia Renal Substitutiva em melhores condições clínicas (Ministério da Saúde, 2014).

Considerando que a DRC é uma doença silenciosa, sendo assintomática na maior parte do tempo, é imprescindível a identificação dos grupos de risco, favorecendo o diagnóstico precoce, bem como identificando quais fatores de pior prognóstico (aqueles relacionados à progressão mais rápida para a perda da função renal).

O Ministério da Saúde, através do material “**Critérios e Parâmetros Assistenciais SUS – 2017 – CADERNO 1**”, definiu os seguintes parâmetros epidemiológicos para a Doença Renal Crônica – DRC:

**Quadro 1 – Parâmetros propostos para estimar a prevalência de pacientes com Doença Renal Crônica – DRC definidos por estratos de estágios.**

População alvo: 20 anos e mais			
<b>Estratos</b>	<b>Descrição simplificada</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>Mato Grosso</b>
Estágio 1	Fase de lesão com função renal normal ou aumentada = TFG >90	1,7% da população de 20 anos e mais	43.489
Estágio 2	Fase de insuficiência renal funcional ou leve = TFG 60-89	2,8% da população de 20 anos e mais	71.629
Estágios 3a e 3b	Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada: fase a = TFG 45-59 fase b = TFG 30-44	5,6% da população de 20 anos e mais	143.257
Estágio 4	Fase de insuficiência renal clínica ou severa = TFG 15-29	0,2% da população de 20 anos e mais	5.116
Estágio 5	Fase terminal de insuficiência renal crônica – IRC, estando ou não em TRS = TFG <15	0,16% da população de 20 anos e mais	4.093
<b>TOTAL</b>	<b>Prevalência DRC em geral</b>	<b>10,46% da população de 20 anos e mais</b>	<b>267.584</b>

Fonte: Critérios e parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do sistema único de saúde. De que se trata os artigos 102 a 106 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 – Ministério da Saúde.

TFG = Taxa de filtração glomerular

TRS = Terapia Renal Substitutiva

O quadro acima demonstra a magnitude da Doença Renal Crônica na população do Estado, em especial no que diz respeito aos estágios 3a e 3b que acomete uma parcela maior da população. Em todos os seus estágios, a DRC é um fator de risco independente para doenças cardiovasculares, sendo considerado um “equivalente de risco cardiovascular”.

Ressalta-se ainda que a presença de proteinúria é fator de risco adicional e independente do conferido pela própria DRC. Pacientes nos estágios 4-5 (RFG < 30 ml/min) devem ser referenciados para serviço de nefrologia, assim como aqueles que tiverem albuminúria >300mg/24h (ou albumina/creatinina urinária >300 mg/g), mantendo-se a coordenação do cuidado pela APS.



**Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso**

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância à Saúde

Superintendência de Atenção à Saúde

Coordenadoria de Atenção às Condições de Saúde

Segundo o Censo de Diálise 2022, o número total estimado de pacientes no Brasil em julho de 2022 foi de 153.831, 3,7% superior ao de julho de 2021, confirmando a tendência de aumento do número de pacientes em diálise observada nos últimos anos em todos os Estados.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Estabelecer a linha de cuidado à pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) no Estado de Mato Grosso, definindo fluxos para o compartilhamento do cuidado.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Definir as competências de cada nível de atenção no cuidado a pessoa com DRC;
- Estabelecer fluxos assistenciais resolutivos nos diferentes níveis de atenção, envolvendo todos os equipamentos da rede;
- Regionalizar e ampliar o acesso da pessoa com DRC aos cuidados especializados;
- Orientar e estimular os municípios a desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção dos fatores de risco para DRC utilizando de toda tecnologia disponível, inclusive as Práticas Integrativas em Saúde;
- Apoiar os municípios no monitoramento e na proposição de intervenções oportunas na saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus com vistas a minimizar o impacto dos maiores fatores de risco para DRC;
- Institucionalizar o monitoramento rotineiro de indicadores, com vistas a avaliação e intervenção oportuna nos serviços de TRS;
- Ampliar o número de clínicas de TRS;
- Ampliar o acesso a realização de fístulas;
- Ampliar o acesso ao transplante de rim.

## 4. COMPETÊNCIAS

De acordo com a legislação vigente, cada ponto de atenção possui competências e atributos específicos com o objetivo de oferecer o cuidado integral, longitudinal e pautado nas diretrizes clínicas, fortalecendo a atenção à pessoa com doença renal crônica.

### 4.1 COMPETÊNCIAS DA PROMOÇÃO À SAÚDE

A Política Nacional de Promoção da Saúde traz o conceito ampliado de saúde, considerando-a como o processo saúde-adoecimento “resultante dos modos de vida, de organização e de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural, buscando superar a concepção da saúde como ausência de doença, centrada em aspectos biológicos” (BRASIL, 2018, p.7). Desse modo, demonstra que a saúde é tanto um processo individual como coletivo, atravessando setores de organização que estão além daquilo que se identifica como pertencentes ao campo da saúde (como a educação, o trabalho, a cultura, a economia, etc). Assim, a Promoção da Saúde, enquanto dimensão transversal às práticas de cuidado em saúde, deve estar presente nas ações e serviços desde a prevenção até a reabilitação.

Prevenir a progressão da DRC, utilizando todos os esforços farmacológicos e não farmacológicos para a preservação da Taxa de Filtração Glomerular, tem impacto positivo na redução de desfechos de morbimortalidade e deve ser realizada de acordo com o estágio da doença. A identificação de fatores de risco em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Primária um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

A promoção da saúde da pessoa com DRC consiste na mudança do estilo de vida para contribuir na melhoria de qualidade de vida e dos modos de viver e na redução de riscos à saúde, incluindo a cessação do tabagismo e do uso abusivo de álcool e outras drogas, a prática de exercícios físicos, a redução de peso, as orientações nutricionais, como restrição de sal, de fósforo e de proteínas na dieta, e a inserção das Práticas Integrativas em Saúde (PIS) no cuidado à saúde.

#### Orientações Nutricionais

A terapia nutricional visa o controle dos sintomas urêmicos e dos distúrbios hidroeletrólíticos, além de atuar em doenças correlacionadas, como hiperparatireoidismo secundário, a desnutrição e nas alterações metabólicas. Além disso, os procedimentos

dialíticos determinam condições que exigem orientações dietéticas específicas para manter ou melhorar a condição nutricional das pessoas com DRC.

Na modalidade de tratamento que chamamos de conservadora, a nutrição tem um papel importantíssimo. A razão dessa abordagem é retardar o avanço da doença, adiando assim, a entrada em diálise. A proposta terapêutica visa controlar a hipertensão arterial, a proteinúria, a dislipidemia, a hiperfosfatemia, a acidose metabólica e o controle da ingestão de proteínas, a fim de retardar a progressão da doença renal (Rissoto, 2016)

A carga excessiva de aminoácidos oriundos da dieta causa hiperfiltração glomerular significativa e um aumento do fluxo plasmático dos rins. Dietas pobres em proteína constituem uma medida de tratamento que pode minimizar a esclerose glomerular. Assim, a restrição de proteínas é uma intervenção nutricional cujo objetivo é retardar a progressão da DRC.

No tratamento dialítico a nutrição é uma poderosa aliada. Ela ajuda a manter ou recuperar o estado nutricional do paciente. Afinal, durante a própria diálise, ocorrem perdas significativas de nutrientes, porém, por mais eficiente que seja o processo, ele não consegue retirar todo o excesso de toxinas e por isso a dieta torna-se ainda mais importante. Controlar os níveis de sódio, potássio, líquidos, fósforo, cálcio, ferro, vitamina D e outras vitaminas e minerais é parte significativa da estratégia terapêutica desses pacientes.

#### Uso de substâncias psicoativas (tabaco, álcool e outras drogas)

Diante do cenário epidemiológico da DRC, percebe-se um aumento nas iniciativas mundiais para o monitoramento da doença apoiadas em três principais estratégias: a sensibilização, a conscientização e a disseminação do conhecimento sobre a doença, seus fatores de risco e suas complicações.

Sabe-se que o tabagismo, além de ser ele mesmo uma doença crônica, também que é fator de risco para o desenvolvimento de diversas outras doenças, entre elas a DRC. O tabagismo aumenta a incidência de insuficiência cardíaca, vasculopatia periférica e morte nesses pacientes. (ELIHIMAS JÚNIOR; SANTOS; LEMOS; LEÃO; SÁ; FRANÇA; LEMOS; VALENTE; MARKMAN FILHO, 2014). Na revisão sistemática de Elihimas et.al (2014), evidenciou-se que a maioria dos estudos concluiu que “o consumo de cigarro maior que 15 maços/ano evidencia aumento do risco para progressão da disfunção renal” (p. 526). Há também evidências de alto percentual de pessoas com DRC que eram ex-tabagistas, demonstrando o dano persistente do tabagismo à saúde, embora o ato de cessar traga sempre benefícios. (BATISTA; FERREIRA; SILVA, 2023)

Para contribuir com a cessação do tabagismo, o Brasil conta com o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que deve estar disponível em toda a rede SUS para a população brasileira. O tratamento tem como base a abordagem cognitivo-comportamental, que pode utilizar o apoio medicamentoso nos casos que for necessário, e pode ser oferecido na modalidade individual e grupal, embora essa última seja preferencial.

De forma semelhante, há evidências de que o consumo abusivo de álcool também seja prejudicial à saúde renal, pois ele e as grandes quantidades dos produtos de sua metabolização (como acetaldeído, NADH e radicais livres) podem causar alterações na função renal, devido a lesões teciduais e aumento do processo inflamatório (LEE; CHO; KIM, 2021; VARGA, 2017).

Assim, diante das evidências do prejuízo do tabagismo e do consumo abusivo de álcool, podemos identifica-los como fatores de risco para a DRC. Portanto, o estímulo à cessação ou, quando ela não for possível, ao menos a diminuição do consumo dessas substâncias, se configuram como estratégias de promoção da saúde da pessoa com DRC.

### Atividade física

Ao Sistema Único de Saúde (SUS) estão postos os desafios da contemporaneidade, especialmente relacionados às transições demográfica e epidemiológica, que colocam em pauta o envelhecimento populacional e a incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como cânceres e doenças do sistema circulatório – hipertensão, infarto do miocárdio – e diabetes, que requerem especial atenção das macro e micropolíticas.

O Programa Academia da Saúde é uma iniciativa do SUS, com espaço público próprio e profissionais qualificados, cujo objetivo central é o de fomentar práticas de cuidado em saúde voltadas à promoção da saúde e prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como, compor as ações e serviços de saúde na APS, como elemento indissociável à integralidade do cuidado.

Dentre as suas principais características, destacam-se três: 1. Ser um programa de Promoção da Saúde; 2. Compor o conjunto de ações e serviços da APS e; 3. Ser um ponto de atenção na RAS.

Pesquisas demonstram que a DRC e o tratamento hemodialítico estão entre as patologias e terapias que mais afetam a qualidade de vida, pois levam a uma limitação da capacidade cardiorrespiratória e física, além de uma redução na funcionalidade, prejudicando o desempenho nas atividades de lazer, trabalho e convívio social.

Pessoas com DRC submetidas a hemodiálise podem apresentar fraqueza muscular, anemia, cardiopatia, depressão, hipertensão arterial, alterações metabólicas e respiratórias, entre outros distúrbios, interferindo negativamente na qualidade de vida.

O Programa Academia da Saúde e a promoção de atividade física, podem oferecer:

- Atividade física orientada;
- Orientações nutricionais;
- Práticas artísticas e culturais, que melhoram o desenvolvimento de habilidades motoras finas, criatividade e autoconfiança;
- Práticas Integrativas;
- Educação em Saúde.

### Saúde mental

Considerando o olhar ampliado de saúde que a Política Nacional de Promoção da Saúde oferece, não é possível falar de um processo saúde-adoecimento crônico sem abordar a dimensão da saúde mental.

O tratamento da DRC traz impactos significativos na vida da pessoa que a desenvolve, implicando em diversas mudanças na rotina, nos hábitos e potencialmente nas relações, no autoconceito, nas atividades laborais e cotidianas, entre outras, em especial em uma perspectiva de restrição.

Nem todo adoecimento físico determina um adoecimento emocional, embora seja muito comum a vivência de emoções consideradas “negativas”, como tristeza, raiva, ansiedade, angústia, etc elas podem ser vividas como parte da elaboração emocional do processo saúde-adoecimento, sem, contudo, configurar uma comorbidade. Assim, ainda que o sofrimento possa ser inerente à doença, o adoecimento emocional é resultado da fragilidade ou esgotamento dos recursos pessoais para lidar com situações de adversidade ainda mais quando ela se prolonga com o tempo.

Os estudos que objetivam investigar o aspecto emocional de pacientes em tratamento de DRC abundam na literatura científica, indicando um panorama das situações mais frequentes. Um estudo com 60 participantes, que eram pacientes com DRC em hemodiálise, encontrou um percentual de 88% de prevalência de depressão, com distribuições semelhantes entre os graus leve, moderado e grave (Mizé, 2023).

Outro estudo que também investigou a saúde mental de pacientes com DRC identificou uma taxa de ocorrência de depressão de 27 a 100%; de transtornos de ansiedade,

variou entre 25,2%-35,5%, e a ocorrência de hospitalização por problemas psiquiátricos em indivíduos com DRC é significativa, com alto índice de ideação suicida, entre 21,5% e 37% entre os que estão em terapia renal substitutiva (AMARAL; TAVARES, 2022).

Tais transtornos mentais são recorrentemente identificados em outros estudos, conforme verificado em revisão sistemática, que além de depressão e ansiedade, identificou também a redução na qualidade de vida como algo frequente no relato de pacientes com DRC (ALMEIDA; MORAES; BRAGA; OLIVEIRA, 2022).

Os dados referentes ao processo de saúde-adoecimento na esfera emocional de pessoas com DRC são alarmantes, mas não são necessariamente o único curso a ser seguido. Também existem evidências de que, embora o desconforto físico seja inevitável (ao menos com as tecnologias desenvolvidas até então), quando o paciente conta com apoio de qualidade da família, da equipe profissional e tem à sua disposição recursos para lidar com o sofrimento, é possível encontrar casos com desfechos mais positivos. É o que demonstra a pesquisa de Garcia, Sousa e Oliveira (2022), cujos participantes da pesquisa reportaram altos scores de qualidade de vida, o que elas atribuem ao apoio social, atendimento de qualidade e bom relacionamento entre pacientes e equipe multiprofissional.

Dessa forma, faz-se necessária a atenção à saúde mental no planejamento de ações referentes ao paciente com DRC e seus familiares, como parte da Linha de Cuidado pensada de forma integral. O cuidado à dimensão psicológica, incluindo aqui o campo emocional, relacional, comportamental e social, deve ser feito tanto de forma preventiva ao adoecimento mediante o sofrimento, quanto de forma a contribuir para o restabelecimento da saúde mental e física.

### Práticas Integrativas em Saúde

As Práticas que são institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas em Saúde no SUS (PNPIC), totalizando 29 terapias integrativas, tais como: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Arteterapia, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Reflexologia, Reiki, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Aromaterapia, Constelação Familiar, Terapia de Floras, dentre outras. Sendo essas práticas transversais em suas ações no SUS e podem estar presentes em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, como estratégia do cuidado em saúde. Uma das abordagens desse campo é a visão ampliada do processo saúde/doença e da promoção da saúde especialmente do autocuidado, considerando aspectos: físico, psíquico, emocional e social.



## **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso**

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância à Saúde

Superintendência de Atenção à Saúde

Coordenadoria de Atenção às Condições de Saúde

Ressalta-se que as PICS não substituem o tratamento tradicional, mas atuam de forma conjunta e complementar, possibilitando um olhar integrativo em saúde, sendo indicadas por profissionais específicos conforme as necessidades de cada caso.

A escolha por uma ou mais PICS ocorre quando há conhecimento e conscientização sobre quais são os procedimentos de cada modalidade e como elas podem contribuir para o cuidado integral da pessoa e também na prevenção de doenças.

O uso dessas práticas tem crescido de forma global e os motivos elencados para este crescimento são: O aumento da demanda causado pelas doenças crônicas; o aumento dos custos dos serviços de saúde, levando à procura por outras formas de cuidado; a insatisfação com os serviços de saúde existentes; o ressurgimento do interesse por um cuidado holístico e preventivo; e os tratamentos que ofereçam qualidade de vida quando não é possível a cura. Contribuindo na melhoria da qualidade de vida, destacando-se: melhora do sono, redução de dores, sentimento de alegria e paz, melhora quanto a ansiedade e depressão, melhora nas relações e produtividade no trabalho.

## 4.2 COMPETÊNCIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Entendida como a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Deve ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2017).

Em Mato Grosso a Atenção Primária à Saúde é composta por 943\* equipes de Saúde da Família (eSF) e 36\* equipes de Atenção Primária (eAP), distribuídas em 1040 Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde/Postos de Saúde\*\*, correspondendo a 85,1% de cobertura populacional pelas equipes de atenção primária.

Conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC, cabe a APS a gestão do cuidado à pessoa com DRC e a atenção dos estágios clínicos 1 ao 3.

Desta forma, fazem parte de suas competências:

- Realizar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento e controle dos principais fatores de risco relacionados à DRC como: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, glomerulopatias, doença renal policística, doenças autoimunes, infecções sistêmicas, infecções urinárias de repetição, litíase urinária, uropatias obstrutivas, neoplasias, presença de dislipidemia, obesidade e tabagismo;
- 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 à DRC;
- Realizar acolhimento com classificação de risco, estratificação de risco e vulnerabilidade, diagnóstico precoce e tratamento oportuno, conforme orientação das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC;
- Coordenar o cuidado atuando como centro de comunicação entre os diversos componentes da RAS e ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas com DRC;



## Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância à Saúde

Superintendência de Atenção à Saúde

Coordenadoria de Atenção às Condições de Saúde

- Realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC;
- Realizar abordagem multiprofissional e intersetorial, incluindo outros programas da APS no acompanhamento das pessoas com DRC;
- Realizar ações de cuidados com as Práticas Integrativas em Saúde – PIS objetivando o bem estar físico, mental, emocional e espiritual;
- Responsabilizar-se no território adscrito pelo cuidado às pessoas em tratamento dialítico e seus familiares;
- Registrar no sistema de informação vigente as ações de controle da DRC;
- Utilizar tecnologias como Telessaúde ou outras estratégias locais para qualificar o processo de trabalho, através do uso de protocolos de compartilhamento do cuidado de maneira integrada com a Regulação;
- Elaborar e monitorar o Plano de Cuidados da pessoa com DRC, conforme estratificação de risco e o Plano de Autocuidado Apoiado.
- Elaborar e monitorar o Plano de Autocuidado Apoiado, favorecendo a independência e a autonomia da pessoa com DRC.
- Realizar o compartilhamento do cuidado com a atenção especializada, por meio da regulação.

\*Fonte: e-Gestor AB, competência dez/2023

\*\*Fonte: CNES, competência dezembro/2023

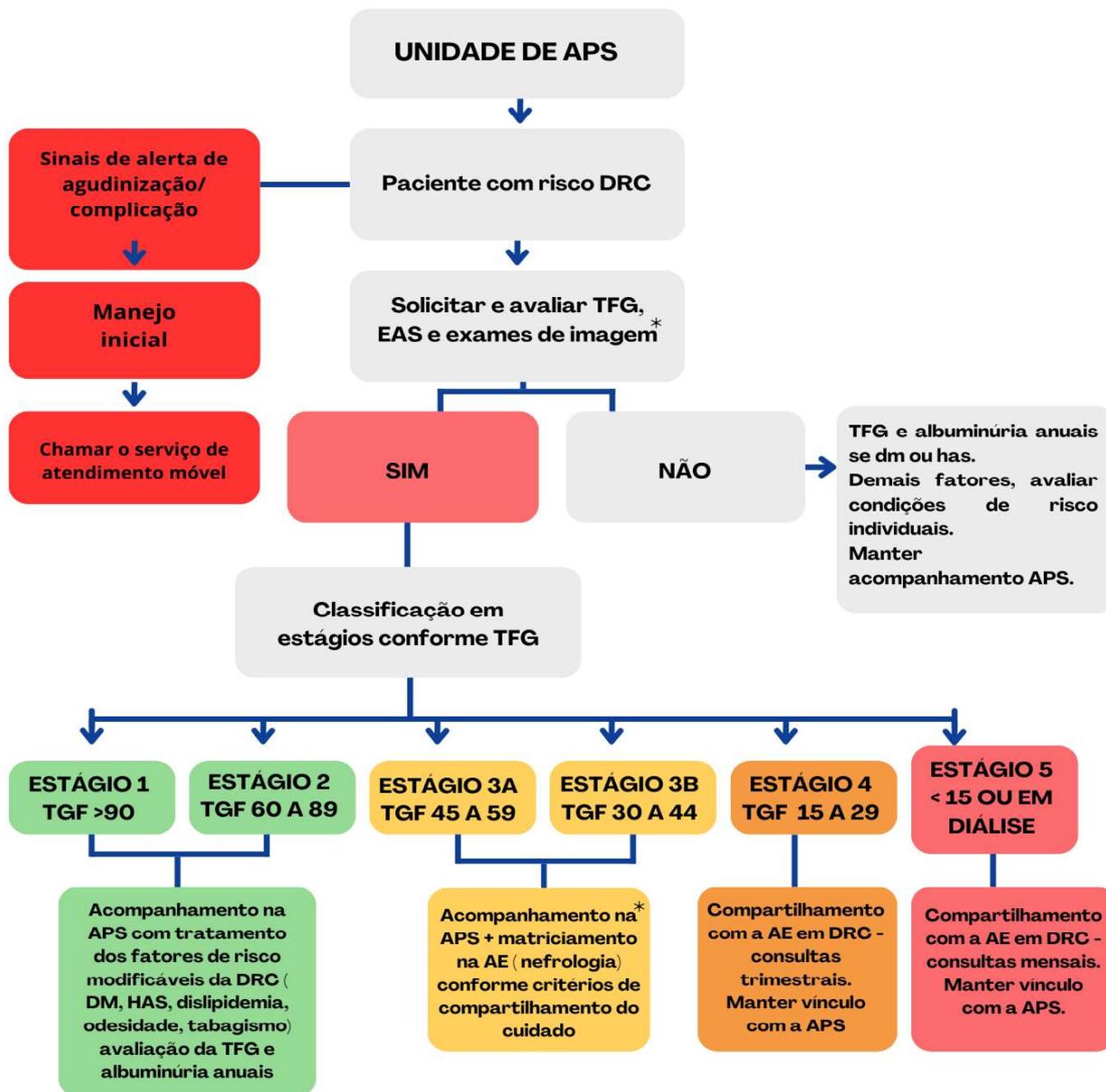
### **Do compartilhamento do cuidado com a atenção especializada**

A pessoa com DRC deverá ser acolhida e atendida na APS, aqueles em estágios 01 e 02 serão manejados e acompanhados pelas equipes para tratamento dos fatores de risco modificáveis e avaliação anual da TFG e do EAS.

Aqueles pacientes em estágio 3a e 3b também deverão ser acompanhados pelas equipes da APS, entretanto, quando apresentarem qualquer alteração clínica, devem ter o cuidado compartilhado com a atenção especializada, mantendo o vínculo e sendo realizadas reavaliações periódicas.

O compartilhamento do cuidado com a atenção especializada deverá ser realizado através do Plano de Cuidados contendo informações como: descrição do quadro atual, histórico de outros tratamentos, história familiar de DRC, detalhamento do tratamento atual, dentre outras informações relevantes.

**Fluxograma 1 – Cuidado da pessoa com DRC na APS**



\* Preferencialmente ultrassonografia renal e vias urinárias.

APS: atenção primária à saúde; AE: atenção especializada; TFG: taxa de filtração glomerular; DRC: doença renal crônica; EAS: elementos anormais de sedimentos (exame de urina); DM: diabetes mellitus; HAS: hipertensão arterial sistêmica;

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/doenca-renal-cronica-\(DRC\)-em-adultos/unidade-de-atencao-primaria/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/doenca-renal-cronica-(DRC)-em-adultos/unidade-de-atencao-primaria/) e [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/doenca-renal-cronica-\(DRC\)-em-adultos/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/#:~:text=pills-fluxograma-atencao-paciente](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/doenca-renal-cronica-(DRC)-em-adultos/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/#:~:text=pills-fluxograma-atencao-paciente)

### **4.3 COMPETÊNCIAS DA SAÚDE BUCAL**

A Linha de Cuidado da Saúde Bucal é responsável por todo o cuidado relacionado à área de competência da Odontologia e inclui ações nos três níveis de atenção à saúde. De forma conceitual, as equipes de Saúde Bucal (eSB) na atenção primária coordenam o cuidado em território específico e dando suporte a elas, estão as Unidades Odontológicas Móveis (UOM).

A atenção ambulatorial especializada é realizada pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que assistem a população nas especialidades de Endodontia, Periodontia, Diagnóstico bucal, Cirurgia (cirurgias bucais complexas) e no atendimento a pacientes com necessidades especiais. Há, ainda, a possibilidade da execução de procedimentos de implantodontia e ortodontia.

A atenção especializada hospitalar ocorre por meio da estruturação de serviços buco-maxilo faciais, odontologia hospitalar e por assistência odontológica, sob anestesia geral, a pessoas com deficiências e outros com necessidades especiais. As ações hospitalares são complementadas pelos serviços oncológicos realizados pelos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACONS) e as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONS).

A Linha de Cuidado da Saúde Bucal em Mato Grosso é composta por 617 Equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família (eSF), 03 Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária (eAP), 02 Unidades Odontológicas Móveis (UOM), 16 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), sendo 01 Estadual - o Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais (CEOPE), que é referência para tratamento de pacientes especiais, incluindo os casos mais complexos de pacientes renais crônicos, e 77 Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

As manifestações bucais relacionadas à DRC não são específicas, mas secundárias, e estão relacionadas à terapia medicamentosa, imunossupressão, perda óssea, osteodistrofia renal e à restrição de ingestão de líquidos.

As alterações bucais passíveis de serem encontradas envolvem: palidez da mucosa bucal, sensação de gosto metálico, xerostomia, estomatite urêmica, remodelamento ósseo anormal após exodontias, alterações radiográficas dos ossos maxilares e mandibulares (perda da lâmina dura e lesões radio lucentes), alta concentração de ureia na saliva, formação de cálculo dentário, mobilidade dentária, erupção dentária atrasada, perda prematura de elementos dentais, mal oclusão, entre outras.

É imprescindível que o paciente renal crônico mantenha uma higiene bucal satisfatória e que realize consultas frequentes com um cirurgião-dentista, com o objetivo de eliminar possíveis focos de infecção, minimizando os efeitos da doença.

O tratamento odontológico desses pacientes é determinado, principalmente, pelas complicações associadas à insuficiência renal. Exame clínico com anamnese minuciosa e exames complementares são imperativos, considerando as complicações hematológicas associadas. É essencial que o profissional de Odontologia seja inserido nas equipes multiprofissionais, mantendo estreita comunicação com o médico nefrologista.

Importante ressaltar que esses pacientes podem apresentar condição psicológica delicada, já que convivem com numerosas restrições, podendo ser incapazes de tolerar variações significativas na dieta e atividades diárias. Faz-se necessário que eles sejam apoiados e recebam atenção especial.

É de suma importância que os pacientes que irão receber um novo rim eliminem toda e qualquer infecção na cavidade bucal, através de procedimentos odontológicos, antes de realizarem o transplante. Ademais, a manutenção de uma boa saúde bucal favorece o sucesso do transplante.

Por fim, importante salientar a necessidade de um protocolo odontológico para auxiliar os cirurgiões-dentistas nos atendimentos aos pacientes com doença renal crônica.

No Estado, a indicação é para que os pacientes renais crônicos sejam, primeiramente, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde e os casos mais complexos devem ser referenciados para um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), mais próximo, ou ao Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais (CEOPE) - localizado na capital.

#### **4.4 COMPETÊNCIAS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

A Atenção Especializada compreende o conjunto de conhecimentos, práticas assistenciais, ações, técnicas e serviços envolvidos na produção do cuidado em saúde marcados, caracteristicamente, por uma maior densidade tecnológica, incluindo a rede de urgência e emergência, os serviços de reabilitação, os serviços de atenção domiciliar, a rede hospitalar, os serviços de transplante do Sistema Nacional de Transplante (SNT), a atenção ambulatorial especializada, os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos, entre outros. E deve desempenhar um papel de apoio à Atenção Primária em um sistema de cuidados integrais (Política Nacional de Atenção Especializada. Ministério da Saúde, 2023).

Os serviços de Atenção Especializada devem estar vinculados a um território e a uma quantidade definida de serviços de Atenção Primária; compartilhar informações clínicas e promover vinculação, comunicação e tomada de decisões compartilhadas entre os profissionais e equipes de ambos os serviços, corresponsabilizando-se pela produção do cuidado; definindo conjuntamente protocolos de cuidado, de encaminhamento, de alta responsável ou de continuidade do cuidado a outro ponto de atenção que, efetivamente, oriente as práticas, fluxos e decisões de atenção e coordenação do cuidado.

Para fins de habilitação, a organização da atenção especializada à saúde da pessoa com DRC, deve atender as seguintes tipologias:

1. Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 (pré-dialítico);
2. Atenção Especializada em DRC com hemodiálise;
3. Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal;

A Atenção Especializada deverá realizar atenção ambulatorial e hospitalar de forma multiprofissional e intersetorial, de acordo com as “**Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS**”, incluindo a necessidade da Terapia Renal Substitutiva (TRS), nas modalidades de hemodiálise e diálise peritoneal, além de realizar o matriciamento pela equipe multiprofissional especializada em DRC a partir da integração com as equipes da Atenção Básica.

#### **4.4.1 Atenção Ambulatorial Especializada**

Os serviços de atenção ambulatorial especializada deverão realizar ações para promover o retardo da disfunção renal, identificar e tratar as comorbidades mais frequentes e as complicações próprias da DRC, além de orientar e preparar o paciente para as terapias substitutiva (diálise e hemodiálise).

Estes serviços deverão contar com “Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em DRC”, composta por: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social, que atuem de modo interdisciplinar, visando a melhoria da situação de saúde, do bem-estar e a ampliação da autonomia das pessoas e buscando os mais altos graus de integralidade. Cujas competências são:

- Constituir, preferencialmente, referência regional para assistência ambulatorial em DRC para os estágios 3, 4 e 5;
- Realizar consultas multiprofissionais, bem como solicitar exames na periodicidade adequada;
- Corresponsabilizar-se no cuidado no âmbito da RAS, buscando garantir a continuidade do cuidado e a referência segura e informada ao próximo ponto da RAS, que deverá continuar o atendimento;
- Construir o Plano de Cuidado de maneira integrada com a Atenção Primária à Saúde levando em consideração toda e qualquer tecnologia de cuidado e incluindo as Práticas Integrativas em Saúde;
- Realizar o matriciamento para as equipes de Atenção Primária para o estágio 3 e o acompanhamento multiprofissional para os estágios 4 e 5;
- Encaminhar os casos com indicação de diálise em tempo oportuno para o início programado do tratamento renal substitutivo.

Em Mato Grosso atualmente não existe nenhum serviço especializado ambulatorial para atender as pessoas com DRC, bem como não apresenta produção ambulatorial no Sistema de Informação Ambulatorial/SIA dos códigos que representam o acompanhamento multiprofissional.

#### **4.4.2 Atenção Especializada em DRC (Terapia Renal Substitutiva)**

A atenção especializada engloba ainda as clínicas de Terapia Renal Substitutiva (TRS), para realização de hemodiálise e diálise peritoneal, devendo ser credenciadas e habilitadas junto ao Ministério da Saúde atendendo a todos os critérios da legislação ministerial em vigor. Estes estabelecimentos possuem como competências:

- Ofertar uma ou mais modalidades de diálise;
- Fornecer ao paciente, mediante avaliação do nutricionista, o aporte nutricional durante a permanência na clínica;
- Prover os exames laboratoriais e de imagem, podendo ser realizados em serviço de referência, conforme estabelecido pelo gestor público de saúde;
- Observar e cumprir a legislação sanitária vigente;
- Indicar a realização da confecção da fístula arteriovenosa de acesso à hemodiálise ou do implante de cateter para diálise peritoneal;
- Prestar os primeiros atendimentos no caso de intercorrências durante o processo de diálise, garantindo a estabilização do paciente;
- Acionar a Central de Regulação de Urgência e Emergência para o transporte do paciente;
- Manter comunicação com as Equipes Multiprofissionais dos demais componentes da rede de atenção à saúde;
- Registrar os atendimentos, resultados de exames e indicadores de efetividade dialítica nos prontuários dos pacientes;
- Informar ao paciente a necessidade de inscrição em lista de espera para o transplante renal, bem como encaminhá-lo para avaliação por uma equipe de transplante.

Para o funcionamento de um serviço de Atenção Especializada em DRC, este deverá ter a seguinte equipe mínima:

- Médico Nefrologista;
- Enfermeiro Nefrologista;
- Assistente Social;
- Psicólogo;
- Técnico de enfermagem;
- Para os serviços que ofertem Hemodiálise, faz-se necessário ainda 01 médico nefrologista e 01 enfermeiro nefrologista para atuarem como responsáveis técnicos.



Insta salientar que toda equipe multiprofissional que atua na Atenção Especializada deverá também:

- Responsabilizar-se pela pessoa que acessa o serviço;
- Proporcionar um atendimento acolhedor, que respeite as especificidades socioculturais;
- Corresponsabilizar-se no cuidado no âmbito da RAS, buscando garantir a continuidade do cuidado e a referência segura e informada ao próximo ponto da RAS, que deverá continuar o atendimento;
- Orientar quanto à continuidade do cuidado, preferencialmente, por meio de um plano de cuidado integrado com a Atenção Primária à Saúde, reforçando a autonomia do sujeito e promovendo o autocuidado;
- Articular a continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, garantindo a transição do cuidado e sua referência segura e informada, em particular com a Atenção Primária;
- Articular a interlocução intersetorial com outros equipamentos e serviços no território que possam complementar o cuidado para a promoção e reabilitação em saúde e reintegração social do paciente;
- Desenvolver estratégias de educação permanente, apoio clínico e cuidado compartilhado, incluindo apoio matricial, interconsulta, navegação do cuidado e diversas ações de telessaúde, propiciando suporte nas diversas especialidades para as equipes de referência, visando a atenção integral.

Em Mato Grosso existem 12 clínicas de Terapia Renal Substitutiva (TRS), dispostas em 06 regiões de saúde, atendendo a todas as macrorregiões do Estado. Dados de março/2024 apontam mais de 2.000 pessoas dependentes de hemodiálise, 08 pacientes fazendo diálise peritoneal e cerca de 700 pacientes “em fila” para transplante de rim.

Abaixo quadro com todas clínicas e as respectivas unidades hospitalares para atendimento de pessoas com Doença Renal Crônica.

**Quadro 2 – Clínicas de Terapia Renal Substitutiva e unidades hospitalares de referência**

<b>Macrorregião</b>	<b>Região de Saúde</b>	<b>Município</b>	<b>Clínica de Atendimento</b>	<b>Quantidade de máquinas</b>	<b>Unidade Hospitalar</b>
Leste	Garças Araguaia	Barra do Garças	INA – Instituto de Nefrologia Araguaia	31	Hospital Municipal Milton Pessoa Morbeck
Oeste	Oeste	Cáceres	CTR – Centro de Tratamento do Rim	40	Hospital São Luiz
Centro Norte	Baixada Cuiabana	Cuiabá	CLINEMAT	17	Hospital Municipal – HMC
			Clínica de Tratamento Renal – CTR	52	
			Clínica de Doenças Renais	22	
			DAVITA	47	
		Várzea Grande	INEMAT – Instituto Nefrológico de Mato Grosso	29	Hospital e Pronto Socorro de Várzea Grande - HPSVG
Sul	Sul Mato-grossense	Rondonópolis	Centro de Nefrologia	25	Santa Casa de Misericórdia
			PRONEFRON – Clínica e Terapia Renal Substitutiva	28	
		Primavera do Leste	INEMATT – Instituto Nefrológico de Primavera do Leste	17	Hospital das Clínicas de Primavera do Leste
Norte	Teles Pires	Sinop	Clínica de Tratamento Renal de Sinop – CTR	43	Hospital Santo Antônio de Sinop
Centro Norte	Médio Norte	Tangará da Serra	Centro Nefrológico de Tangará da Serra – INEMAT	29	Hospital Municipal Arlete Cichetti de Brito

**Quadro 3 – Serviços de Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise, equipamentos disponíveis, equipamentos em uso e número de pacientes, 2023.**

<b>Unidade</b>	<b>Município</b>	<b>Equipamento disponíveis para Hemodiálise</b>	<b>Equipamentos para Hemodiálise em uso</b>	<b>Pacientes em Diálise (2023)</b>
INA Instituto de Nefrologia do Araguaia	Barra do Garças	31	31	135
CTR	Cáceres	42	40	234
CLINEMAT	Cuiabá	74	74	316
Clínica de Doenças Renais	Cuiabá	22	22	0
Clínica de Tratamento Renal	Cuiabá	52	52	196
DAVITA	Cuiabá	54	54	28
INEMATT Instituto Nefrológico	Primavera do Leste	17	16	66
Centro de Nefrologia	Rondonópolis	25	25	156
PRONEFRON	Rondonópolis	28	28	134
CTR Sinop	Sinop	47	43	268
INEMAT Tangará da Serra	Tangará da Serra	29	29	155
INEMATT Instituto Nefrológico	Várzea Grande	43	40	218
Total de pacientes atendidos				1906

### Tratamento Dialítico em Trânsito

É aquele em que o paciente necessita, por no máximo 30 (trinta) dias, da Terapia Renal Substitutiva/TRS em estabelecimento de saúde situado em localidade diversa de onde originalmente realiza o procedimento dialítico.

Deve acontecer conforme as normas de regulação instituídas e seguindo o seguinte fluxo:

1. O paciente informa ao estabelecimento de saúde de origem sobre a necessidade do tratamento dialítico em trânsito, detalhando o período, o município e o Estado de destino;
2. O estabelecimento de saúde de origem solicita ao seu gestor de saúde a verificação de disponibilidade de vaga para o tratamento no município de destino;
3. O gestor de saúde do município de destino deverá informar sobre qual estabelecimento acolherá o paciente em trânsito;
4. O estabelecimento de saúde de origem informará ao paciente e emitirá relatório contendo: características do tratamento, tipo de acesso vascular, resultados de exames realizados no mês, situação vacinal e uso de medicamentos.

#### **4.4.3 Competências do Serviços de Atenção pré-hospitalar de Urgência**

A Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída pela Portaria GM/MS nº1.863/2003, tem como objetivos o suprimento das necessidades de implantação e implementação do processo de regulação de atenção às urgências, de estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, de cuidados integrais às urgências, e de garantia da adequada referência regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção (ARAUJO, 2012).

O serviço móvel de urgência SAMU-192 tem como objetivo ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátrica mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências, reduzindo a morbimortalidade.

Atualmente o Estado de Mato Grosso conta com Central de Regulação de Urgência e Emergência (CRUE) nos municípios de Cuiabá, Rondonópolis e Tangará da Serra,

atuando de forma regionalizada, atendendo as solicitações dos 21 municípios que possuem SAMU-192 em seu território.

O SAMU-192 é um serviço que atua de 24 horas todos os dias da semana e assiste ao paciente onde existe a necessidade da assistência no momento da crise de urgência e/ou emergência, na residência, na via pública, no local de trabalho, entre tantos locais. Ainda, é integrado aos outros pontos de atenção à saúde que compõem a linha do cuidado da urgência e emergência, oportunizando atendimento aos pacientes agudizados de todas as outras linhas de cuidado.

#### **4.4.4 Competências da Unidade Pronto Atendimento – UPA 24 horas.**

A UPA 24h é um componente Pré Hospitalar fixo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências que atua de forma intermediária entre a atenção primária e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compõe uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços de atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

Esses pontos de atenção enfrentam grandes desafios, principalmente em decorrência de problemas nos demais pontos da rede de atenção, entre eles, insuficiência de leitos hospitalares de retaguarda e a baixa resolutividade da APS para casos agudos de menor complexidade, é o que aponta pesquisa sobre a “Qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da Rede de Urgência e Emergência no Brasil: um estudo a partir de dados do PMAQ-AB e PNASS” (2022).

Sendo este um serviço transversal a toda as linhas de cuidado, a UPA 24h torna-se de fundamental importância para acolher os pacientes com DRC que em momento de agudização da doença, necessitam de uma porta de entrada de complexidade intermediária. Sendo assim, é oportuno observar que a equipe da UPA 24h oportuniza a assistência de forma urgente e ao avaliar o paciente com DRC no momento de crise, pode determinar para qual serviço assistencial esse usuário deverá seguir dentro do desenho da linha do cuidado.

#### **4.4.5 Competências da Coordenadoria de Transplantes**

O Estado de Mato Grosso encontra-se em fase de organização para retomada do procedimento de Transplante Renal, tendo dois hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde: Hospital São Matheus e Hospital Santa Rosa, ambos em Cuiabá. Além disso, existe o Chamamento Público Nº 001/2022/SES/MT, cujo vencimento será em 2025, com o objetivo de contratar empresas para a execução do serviço.

Atualmente, os pacientes que necessitam de transplante renal são atendidos na modalidade Tratamento Fora de Domicilio (TFD), que consiste no encaminhamento para um centro transplantador localizado em outro Estado, com as despesas custeadas pelo SUS. Os centros transplantadores que atendem aos pacientes de Mato Grosso são:

- Hospital do Rocio- Campo Largo/PR;
- Hospital Angelina Caron – Campina Grande do Sul /PR;
- Hospital do Rim e Hipertensão – São Paulo/SP;
- Fundação Pró Rim – Blumenau/SC;
- Hospital Universitário Evangélico Mackenzie – Curitiba/PR;
- Hospital Alberto Rassi – Goiás/GO;
- Hospital Lefort Liberdade – São Paulo/SP;
- Instituto da Criança e do Adolescente – Hospital das Clínicas – São Paulo/SP;
- Hospital Pequeno Príncipe – Curitiba/PR;
- Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – Porto Alegre/RS;
- Hospital de Base - São José do Rio Preto /SP;
- Instituto de cardiologia do Distrito Federal (ICDF) – Brasília/DF;
- Hospital Albert Einstein – São Paulo/SP.

Caso o paciente seja convocado de urgência para concorrer ao transplante de um órgão e não existe a possibilidade de voo comercial para atender no tempo necessário exigido pela equipe de transplante, é disponibilizado o serviço do Centro Integrado de Operações Aéreas (CIOPAER), que faz o transporte aéreo do paciente e dos acompanhantes.

Para os pacientes inscritos em listas vinculados à serviços fora do Estado, as clínicas de hemodiálise enviam mensalmente, via correios, os resultados das sorologias, afim de manter o paciente ativo no Cadastro Técnico Único. Este envio de material biológico é possível graças a um contrato/convênio entre a SES-MT e o Correios do Brasil.



Para compreender como os fluxos e protocolos de acesso aos serviços de DRC em cada território acontecem atualmente, foram solicitadas informações aos Escritórios Regionais de Saúde. Em grande parte dos casos, as informações seguem o seguinte padrão:

#### Acolhimento e avaliação inicial na Atenção Primária

As pessoas são inicialmente atendidas na Atenção Primária à Saúde, onde os médicos generalistas conduzem consultas de rotina. A APS é colocada como a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, sendo a principal porta de entrada. Caso haja suspeita de problemas renais, são solicitados exames confirmatórios e a pessoa é regulada para consulta e acompanhamento com o médico especialista. De maneira geral, ainda não existe o conceito de compartilhamento do cuidado entre os níveis de atenção.

#### Central de Regulação e Consulta Especializada

A Central de Regulação realiza o agendamento dos pacientes com o médico nefrologista. Na consulta de avaliação nefrológica, as pessoas que têm o diagnóstico de Doença Renal Crônica em estágio 4 e 5 são orientados e regulados para a Terapia Renal Substitutiva (TRS).

#### Gerenciamento de vagas pela Central de Regulação

A Central de Regulação gerencia o encaminhamento considerando a disponibilidade de vagas nos Serviços de Terapia Renal Substitutiva e a urgência do caso. No acesso ao tratamento de Hemodiálise, os pessoas são acompanhados por equipes de saúde especializadas.

#### Monitoramento e Ajustes

O manejo, acompanhamento, monitoramento e avaliação do cuidado da pessoa com DRC em hemodiálise ou diálise peritoneal é realizado exclusivamente pelas equipes de saúde especializadas nos Serviços de Terapia Renal Substitutiva, não existindo o compartilhamento do cuidado com a APS.

O compartilhamento do cuidado é o ato ou efeito de compartilhar o cuidado de um mesmo usuário entre duas ou mais equipes, necessárias para o processo do cuidado integral, podendo ou não ser, de diferentes pontos de atenção da RAS, demandando comprometimento e corresponsabilização de todos os envolvidos e permanecendo o cuidado sob a coordenação da APS. É substitutivo do encaminhamento, referência/contrarreferência,



que remete à ideia de passar para frente, relatar, o caso formal ou informalmente de um nível menor para o de maior complexidade.

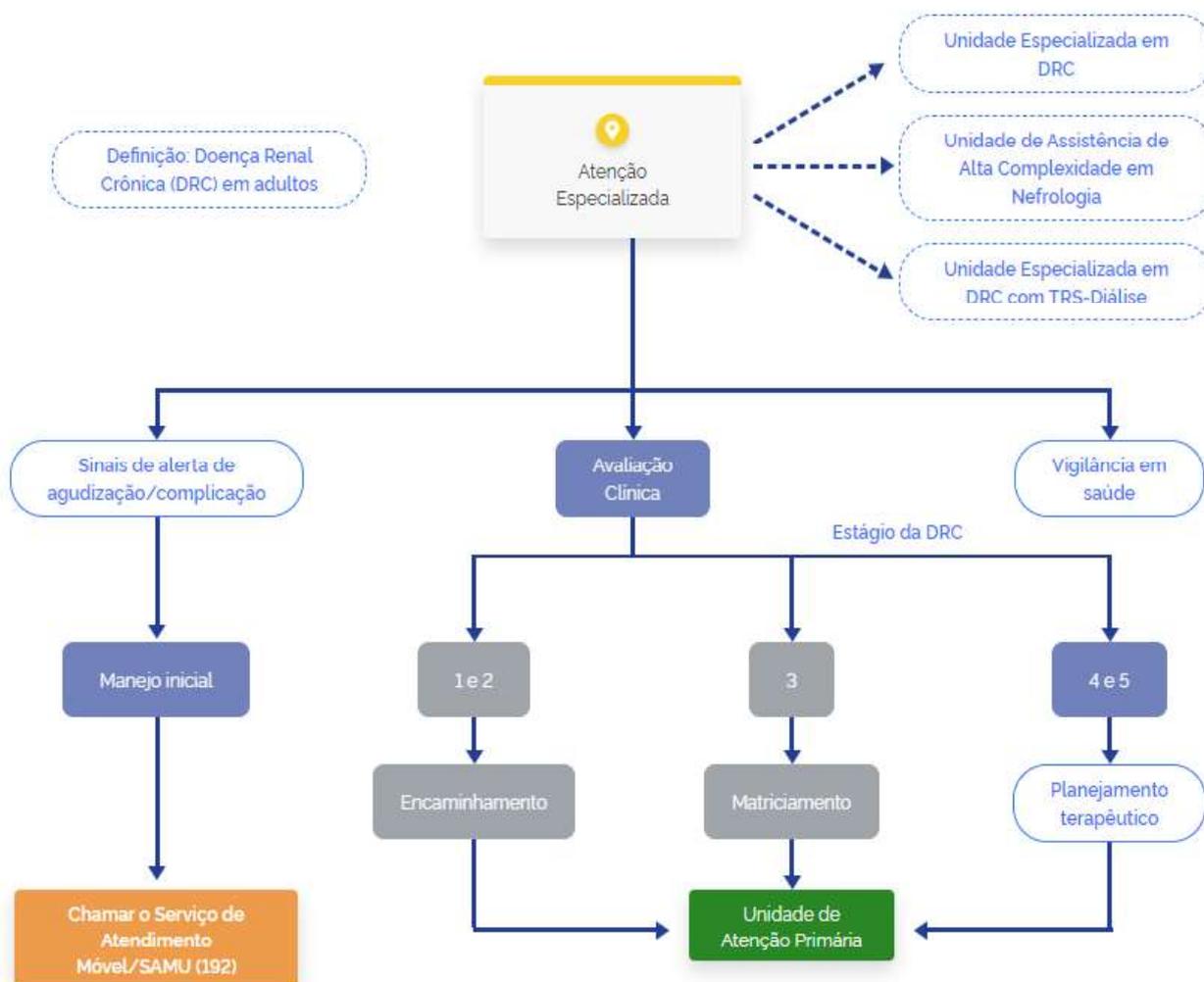
A partir da aprovação e homologação desta Linha de Cuidado, o cuidado da pessoa com DRC deverá ser compartilhado entre os níveis de atenção, desde aqueles em estágio 3a/3b até aqueles que necessitem de transplante renal.

A pessoa com DRC em estágios 1 e 2 deve ser acompanhada na APS para tratamento dos fatores de risco modificáveis e a avaliação da Taxa de Filtração Glomerular e do EAS (exame de urina) deverá ser realizada anualmente.

O compartilhamento do cuidado com a atenção especializada deverá ser feito para todas aquelas pessoas em estágio 3a e/ou 3b, quando apresentarem alguma alteração clínica e para aquelas em estágios 4 e 5.

Sendo assim, em todos os estágios da doença renal crônica é mantido o vínculo e acompanhamento na APS, sendo realizadas reavaliações nas consultas e visitas domiciliares, conforme necessidade.

**Fluxograma 2 – Cuidado da pessoa com DRC na Atenção Especializada**



**Legenda:**

**Azul:** O paciente recebe atendimento neste ponto de atenção

**Cinza:** O paciente deve ser direcionado a outro ponto de atenção

**Estágios da Doença Renal Crônica:** [Consulte](#)

**Manejo inicial:** O paciente realiza a avaliação inicial, e é encaminhado para outro ponto de atenção de acordo com a gravidade do caso.

**Encaminhamento:** Quando o paciente deve ser encaminhado para outro ponto assistencial.

**Matriciamento:** O planejamento terapêutico é realizado na Atenção Primária à Saúde com matriciamento na Atenção Especializada.

**Planejamento terapêutico:** Medidas terapêuticas realizadas neste ponto assistencial.

Fonte: Ministério da Saúde: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/porta/doenca-renal-cronica-\(DRC\)-em-adultos/atencao-especializada/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/porta/doenca-renal-cronica-(DRC)-em-adultos/atencao-especializada/)

#### 4.5 COMPETÊNCIAS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A disponibilidade de medicamentos nos SUS ocorre por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica, sendo: componente básico, estratégico e especializado, possuindo características, forma de organização, financiamento e elenco de medicamentos diferenciados entre si, bem como critérios distintos para o acesso a disponibilização dos fármaco.

O componente básico inclui os medicamentos que tratam os principais problemas e condições de saúde da população brasileira na Atenção Primária à Saúde.

O componente estratégico oferta os medicamentos e insumos destinados aos agravos com potencial de impacto endêmico e às condições de saúde caracterizadas como 'doenças negligenciadas', que estão correlacionadas com a precariedade das condições socioeconômicas de um nicho específico da sociedade.

O componente especializado é uma estratégia de acesso a medicamentos para doenças crônico-degenerativas, inclusive doenças raras, e é caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Para a atenção à pessoa com Doença Renal Crônica são disponibilizados os seguintes medicamentos:

<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>
Alfaepoetina	1.000UI; 2.000UI; 3.000UI e 10.000UI – injetável
Cinacalcete	30 e 60mg – comprimido
Paricalcitol	5mcg/ml – injetável
Sevelamer	800mg - comprimido

Os medicamentos acima elencados fazem parte do grupo 1A da Assistência Farmacêutica, ou seja, a programação, financiamento, aquisição e distribuição aos Estados, cabe ao Ministério da Saúde, enquanto que o armazenamento e a distribuição aos municípios ficam a cargo da Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF).

Além destes, existem medicamentos pertencentes ao grupo 1B ou 2 da Assistência Farmacêutica, cuja programação, financiamento, aquisição, armazenamento e distribuição, são de responsabilidade dos Estados, são eles:

<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>
Calcitriol	0,25mcg – cápsula
Sacarato de Hidróxido Férrico	100mg – injetável
Desferroxamina	500mg – injetável

O componente especializado oferta ainda, conforme PCDT, medicamentos para os transplantados renais. A tabela abaixo apresenta aqueles cuja programação, financiamento, aquisição e distribuição aos Estados, compete ao Ministério da Saúde, ficando a SAF com a responsabilidade de armazenar e distribuir aos municípios.

<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>
Tacrolimo	1mg e 5mg
Everolimo	0,5mg; 0,75mg; 1mg
Imunoglobulina humana	5g
Micofenolato de Mofetila	500mg
Micofenolato de Sódio	180mg; 360mg
Sirolimo	1mg; 2mg

Além desses, os Estados são responsáveis pela programação, financiamento, aquisição, armazenamento e distribuição dos seguintes medicamentos para atender aos pacientes transplantados: Azatioprina (50mg), Ciclosporina (10mg; 25mg; 50mg; 100mg/ml) e Metilprednisolona (500mg).

A SAF disponibiliza os medicamentos para 11 clínicas cadastradas, além de atender pacientes através da Farmácia Estadual do Componente Especializado (farmácia de alto custo).

#### **4.6 COMPETÊNCIAS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE**

A Política Nacional de Educação Permanente (EPS) foi instituída por meio da Portaria MS nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, e propõe que “os processos de qualificação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades e a realidade local de saúde, que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho e que sejam, sobretudo, estruturadas a partir da problematização dos processos de trabalho de saúde”.

A Escola de Saúde Pública de Mato Grosso – ESPMT possui a responsabilidade pela condução da Política Nacional de EPS por meio dos Planos Regionais de EPS, construídos de forma ascendente e aprovados nas Redes das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) e Rede dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS), de modo que as ações de formação para o SUS possam contribuir efetivamente para a organização da rede de atenção à saúde, qualificando o cuidado em sua integralidade.

Novos processos de trabalho para produção do cuidado apoiado, podem promover um conjunto de ações que permeiem todos os serviços do Estado, sobretudo da Atenção Primária à Saúde, com ações integradas de prevenção e autocuidado apoiado à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

Com relação ao apoio matricial, pode ser realizado de forma presencial, tecnologias de ensino a distância na modalidade síncrona ou assíncrona ou por meio da Saúde Digital, ou ainda através de outras formas de comunicação definidas com o gestor público de saúde local.

Considerando a educação permanente em saúde, a SES/MT, pela ESPMT, reconhece essas demandas em todos os níveis de saúde e nesta perspectiva, desde 2023 até 2026 está ofertando para as 16 regiões de saúde, o “Curso de capacitação para multiplicadores em autocuidado apoiado em Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica” tendo como objetivo a qualificação dos profissionais de saúde da Atenção Primária para a criação de grupos de prevenção e autocuidado apoiado nos diferentes territórios sanitários do Estado. Este curso foi estruturado metodologicamente pela educação mediada por tecnologia – Aulas síncronas via Google Meet e disponibilizado no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) por meio do Moodle da ESPMT, acesso: <http://moodle.espmt.saude.mt.gov.br/moodle/>.

Acredita-se que o presente curso tem potencial para a construção de saberes, práticas e experiências compartilhadas, com seus significados e valores, que contribua para o autogerenciamento constante dessas condições crônicas e atenuação da morbimortalidade,



## **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso**

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância à Saúde

Superintendência de Atenção à Saúde

Coordenadoria de Atenção às Condições de Saúde

em especial na DRC. Possibilitará ainda, a estruturação de protocolos de auto cuidado apoiado com vistas a planificação dessas ações no Estado de Mato Grosso.

Considerando o processo de descentralização das ações de Serviços de Saúde e a implementação de Políticas de Saúde, as capacitações que serão oferecidas aos serviços e equipes no nível secundário e terciário serão elaboradas com base no Planejamento Regional Integrado, partindo da análise situacional da região e apoio da CIES e NEPS.

#### **4.7 COMPETÊNCIAS DO NÚCLEO TELESSAÚDE/SAÚDE DIGITAL**

O uso da Tecnologia da Informação e Comunicação na Saúde, viabiliza o cuidado compartilhado nos diversos níveis de atenção, e os serviços de Telessaúde já amplamente utilizados em Mato Grosso demonstraram-se resolutivos quanto ao alcance do cidadão à saúde, à transposição de barreiras territoriais, e em abreviar o acesso do paciente da Atenção Primária em Saúde aos demais níveis da atenção.

Desafogar o nível secundário e o nível terciário é uma consequência direta da diminuição de encaminhamentos ao sistema de regulação, o uso dessas ferramentas tecnológicas auxiliam a equilibrar recursos do estado e municípios, adequando-se ao tripé da Economia.

A partir da publicação da Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES), os serviços que atendem a pessoa com DRC, de acordo com o arranjo local da RAS, deverão:

- Realizar interconsulta, teleconsultoria, segunda opinião formativa e teleducação junto às equipes de atenção primária à saúde; realizar ações de telediagnóstico e de teleconsultas para casos cabíveis aos cuidados remotos de saúde;
- Realizar telerregulação assistencial, integrando as ferramentas e a lógica do telessaúde ao processo de regulação do acesso;
- Participar de processos de coordenação e navegação do cuidado para assegurar o melhor, tratamento em tempo oportuno, às pessoas encaminhadas entre um serviço e outro, em especial aquelas que precisam ser atendidas em tempo oportuno para a resolução de um problema de saúde em evolução.

Além disso, o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, que visa a ampliação da resolubilidade da APS, a otimização e a ampliação da oferta de AE e a qualificação e a redução das filas, propõe que através da saúde digital se efetive:

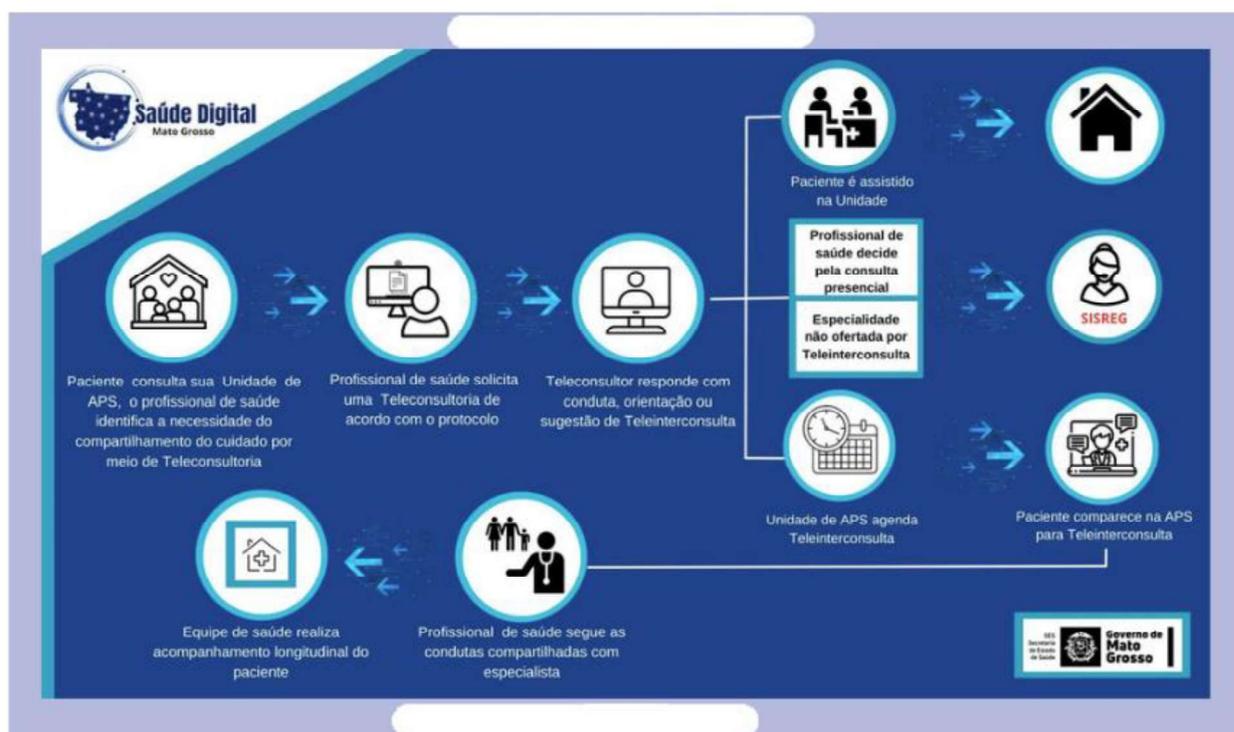
- Protocolos que determinem em quais casos os encaminhamentos deverão ser obrigatoriamente mediados por teleconsultoria ou outras ações de telessaúde, e;
- Estratégias nos serviços de AAE buscando otimizar ao máximo a carga horária dos trabalhadores e ampliar a oferta do serviço para além da capacidade presencial instalada.

A implementação eficaz das ofertas de serviço em Saúde Digital não apenas amplia o acesso aos cuidados de saúde, mas também melhora a eficiência, resolutividade e

qualidade do atendimento, especialmente no que diz respeito às doenças crônicas como a Doença Renal Crônica (DRC).

Para reforçar os alinhamentos dessa participação, segue abaixo o fluxograma em Saúde Digital:

**Fluxograma 3 – Saúde Digital**



#### **4.8 CUIDADOS PALIATIVOS**

A Organização Mundial de Saúde define Cuidados Paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e de suas famílias, quando enfrentam problemas associados a doenças com risco de morte. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas, sejam físicos, psicossociais ou espirituais.

Pacientes com DRC avançada, em diálise ou não, sofrem de uma carga de sintomas muito semelhantes aos de outras doenças crônicas, e têm uma sobrevida não superior àquela de muitas doenças malignas. Assim, nos últimos anos, recomenda-se que os cuidados paliativos renais sejam integrados aos cuidados tradicionais prestados a essa população (Tavares et al, 2020).

O tratamento conservador pode ser considerado uma opção se o paciente não desejar a Terapia Renal Substitutiva, não apresentar condições para a TRS ou ainda se apresenta outra condição com prognóstico muito restrito, com probabilidade de óbito em curto prazo.

Os cuidados paliativos renais (CPR) são um modelo interdisciplinar de medicina centrada na pessoa, que busca otimizar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e preservar a dignidade humana por meio de estratégias como comunicação adequada com o paciente e a família, tomada de decisão compartilhada, planejamento para atenção à saúde/ tratamento futuro, e tratamento da dor e outros problemas biopsicossociais e espirituais, incluindo luto e cuidados adequados no final da vida.

Deve ser elaborado um plano terapêutico singular, ou instrumento semelhante, incluindo:

- Identificação, avaliação e tratamento da dor (manter o paciente sem dor e o mais alerta possível) e demais sintomas.
- Avaliar o sono
- Sinais e sintomas de depressão
- Efeitos colaterais (náusea, vômitos, confusão, sonolência)
- Avalie a higiene oral
- Se paciente restrito ao leito, avalie áreas comuns para lesões de pele
- Prevenção e alívio de sofrimento
- Promover a transferência do cuidado do ambiente hospitalar para o domicílio
- Preparar os cuidadores para os cuidados em ambiente domiciliar



## **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso**

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância à Saúde

Superintendência de Atenção à Saúde

Coordenadoria de Atenção às Condições de Saúde

- Contribuir para redução da realização de exames complementares quando os resultados não modificam a conduta
- Considerar a família/cuidadores como objeto do cuidado, durante todo processo, incluindo o luto, preparando sobre a morte em domicílio ou hospitalar
- Realizar plano de diretivas antecipadas sobre cuidados e tratamentos que devem ou não ser realizados: deixar registrado no prontuário da paciente

**5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Os estabelecimentos de saúde habilitados em Atenção Especializada em DRC, serão submetidos à regulação, controle e avaliação dos gestores públicos de saúde, cujas atribuições são:

- Avaliar a estrutura e a equipe dos estabelecimentos;
- Avaliar a compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, o número de atendimentos realizados e o número de procedimentos faturados, observando a distribuição numérica esperada dos procedimentos (consultas e acompanhamentos/tratamentos);
- Avaliar a qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos;
- Controlar a frequência dos pacientes em tratamento dialítico, para fins de cobrança dos procedimentos.

Além disso, as Secretarias de Saúde e os estabelecimentos deverão produzir informações para monitorar os indicadores de qualidade abaixo elencados:

	<b>INDICADOR</b>	<b>CÁLCULO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
1	Proporção de pacientes em tratamento conservador (pré-dialítico) com Hemoglobina (Hb) <sup>3</sup> 10 mg/dl e HB£12 mg/dl	No de pacientes em tratamento conservador com Hb <sup>3</sup> 10 mg/dl e HB£12 mg/dl/ No total de pacientes em tratamento conservador X 101	Trimestral
2	Proporção de pacientes em tratamento conservador (pré-dialítico) com a dosagem de fósforo (P) <sup>3</sup> 2,5 mg/dl e P£4,5 mg/dl	Nº de pacientes em tratamento conservador com P > 2,5 e < 4,5 mg/dl/ Nº total de pacientes em tratamento conservador X 101	Trimestral
3	Proporção de pacientes que iniciaram o tratamento hemodialítico com a FAV	Nº de pacientes que iniciaram o tratamento hemodialítico com a FAV/ Nº total de pacientes em tratamento hemodialítico X 100	Mensal
4	Proporção de pacientes que iniciaram tratamento hemodialítico sem FAV e em 30 dias realizou a FAV.	Nº de pacientes que iniciaram tratamento hemodialítico sem FAV e em 30 dias realizou a FAV/ Nº total de pacientes que entraram sem FAV X 100	Mensal
5	Proporção de pacientes em tratamento conservador (pré-dialítico) que abandonaram o tratamento	Nº de pacientes em tratamento conservador com abandono de tratamento/ Nº total de pacientes em tratamento conservador X 101	Anual
6	Proporção de pessoas em diálise peritoneal	Nº de pacientes em diálise peritoneal/ Nº total de pacientes em tratamento em diálise X 101	Trimestral
7	Taxa de hospitalização dos pacientes por intercorrência clínica	Nº de pacientes internados por intercorrência clínica em hemodiálise/ Nº total de pacientes em tratamento por hemodiálise X 100 OU Nº	Mensal

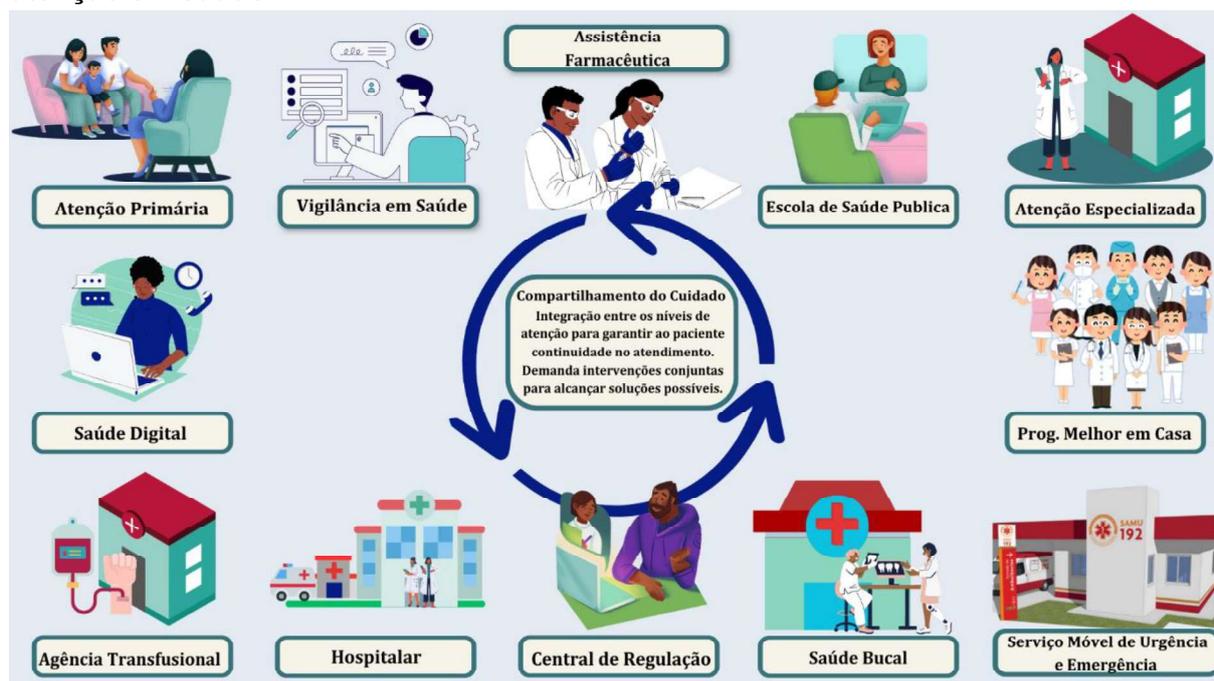
		de pacientes internados por intercorrência clínica em CAPD e DPA OU Nº total de pacientes em tratamento por CAPD e DPA X 101	
8	Proporção de pacientes em hemodiálise em uso de cateter de curta duração por mais de 3 meses	Nº pacientes em HD em uso de cateter venoso central de curta duração/ Nº total de pacientes em tratamento de HD	Mensal
9	Taxa de mortalidade de pacientes em diálise	Nº de óbitos de pacientes em diálise/ Nº total de pacientes em diálise X 101	Anual
10	Número de soroconversão para Hepatite C em pacientes submetidos à Hemodiálise	Nº absoluto de casos com soroconversão para Hepatite C	Trimestral
11	Incidência em peritonite em pacientes em diálise peritoneal	Nº pacientes em diálise peritoneal com peritonite diagnosticada/ Nº total de pacientes em tratamento em DP X 100	Trimestral
12	Proporção de pacientes com Hb > 10 g/dl e < 12,0 g/dl em diálise	Nº de pacientes em diálise com Hb > 10 e < 12 g/dl/ Nº total de pacientes em diálise X 101	Trimestral
13	Proporção de pacientes em diálise com Fósforo (P) >3,5 e < 5,5 mg/dl	Nº de pacientes com P > 3,5 e < 5,5 mg/dl/ Nº total de pacientes em diálise X 101	Trimestral
14	Proporção de pacientes em tratamento dialítico com Albumina <sup>3</sup> 3,0 mg/dl	Nº pacientes em tratamento dialítico com Ab <sup>3</sup> 3,0 g/dl/ Nº total de pacientes em tratamento X 100	Trimestral
15	Proporção de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml	Nº de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml/ Nº total de pacientes em Diálise X 101	Trimestral
16	Proporção de pacientes em Hemodiálise com KTV > 1,3	Nº de pacientes em Hemodiálise com KTV > 1,3/ Nº total de pacientes em Hemodiálise X 101	Mensal
17	Proporção de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico, aptos para o transplante e inscritos na CNCDO	Nº de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico, aptos para o transplante na e inscritos na CNCDO/ Nº total de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico e aptos para o transplante X 101	Mensal

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção da linha de cuidado para a Doença Renal Crônica (DRC) no estado de Mato Grosso é um processo que visa garantir a integralidade da atenção à saúde por meio do compartilhamento do cuidado entre diferentes níveis de atenção. Coordenada pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT) através da Superintendência de Atenção à Saúde (SAS), esta iniciativa está delineada no Plano Estratégico da SAS 2024-2027 e se baseia na identificação e gestão dos fatores de risco associados à DRC.

A linha de cuidado é estruturada de maneira a articular todos os níveis de atenção, cada um com cartas de serviços específicas que definem suas atribuições e competências. Esta organização é importante para a progressão coordenada do cuidado entre os níveis, assegurando que cada etapa do atendimento ao paciente seja eficaz e integrada.

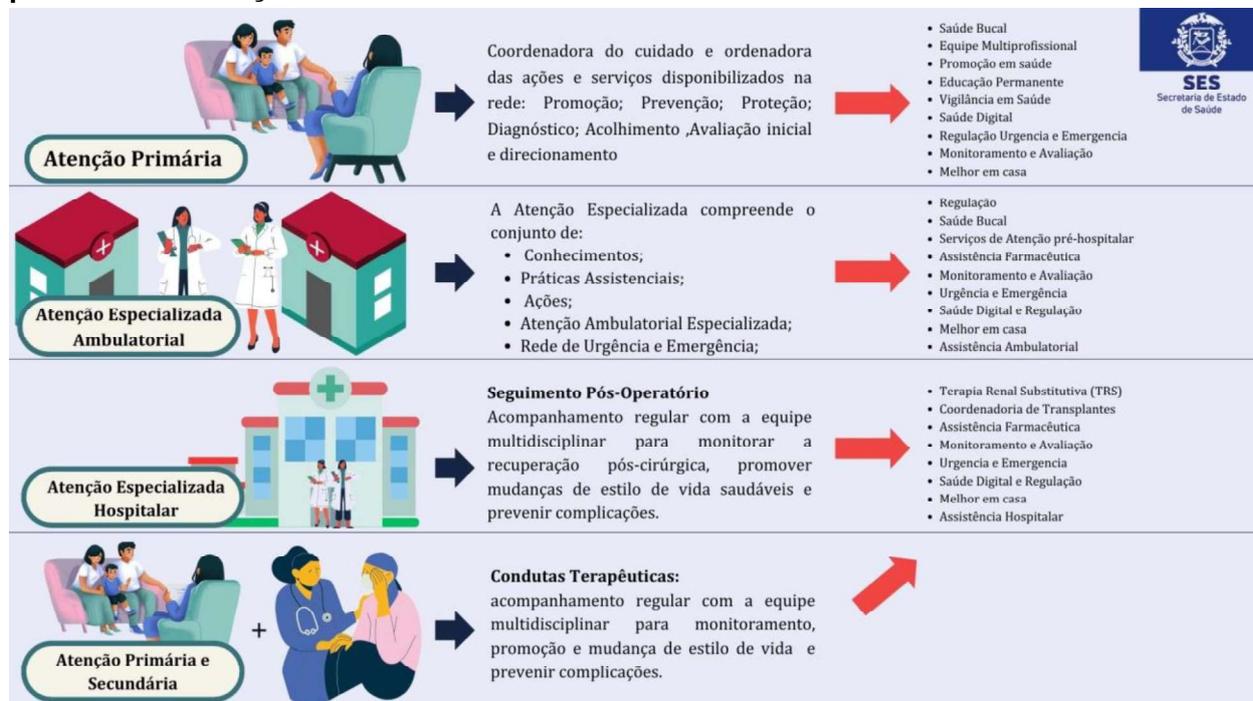
**Figura 1 – Representação do cuidado compartilhado e a participação dos pontos de atenção em saúde.**



Fonte: Elaboração da equipe.

Na segunda imagem, além da indicação dos níveis de atenção, são detalhadas as cartas de serviços disponibilizadas em cada nível. Essas cartas delimitam claramente as competências específicas e responsabilidades atribuídas a cada nível de atenção, promovendo uma compreensão aprofundada da organização dos serviços de saúde disponíveis para a população de Mato Grosso no contexto da DRC.

**Figura 2 – Representação da carteira de serviços do cuidado compartilhado do paciente portador de doença renal crônica.**



Fonte: Elaboração da equipe.

A análise detalhada deste material permitirá uma melhor compreensão sobre a estrutura e funcionamento da linha de cuidado para a DRC, destacando a oferta de serviços e as competências de cada nível de atenção, em benefício da saúde dos cidadãos mato-grossenses.

**7. ANEXO I**

Quadro - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Doença Renal

Crônica Estágio 1 – População alvo: 1,7% da população de 20 anos e mais e

Estágio 2 – População alvo: 2,8% da população de 20 anos e mais

<b>Procedimento - SIGTAP</b>	<b>Estágio 1* – Demanda anual (estimativa)</b>	<b>Estágio 2* – Demanda anual (estimativa)</b>
02.02.05.001-7 / Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	43.489 exames	71.629 exames
02.02.05.009-2 / Dosagem de microalbumina na urina		
02.02.01.031-7 / Dosagem de creatinina		
02.02.01.047-3 / Dosagem de glicose		
02.02.01.029-5 / Dosagem de colesterol total		
02.02.01.027-9 / Dosagem de colesterol HDL		
02.02.01.028-7 / Dosagem de colesterol LDL		
02.02.01.067-8 / Dosagem de triglicerídeos		
02.05.02.004-6 / Ultrassom abdômen total (rins e vias urinárias)		

\*recomendação de realização de 1 exame/ano

Quadro - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Doença Renal

Crônica Estágio 3a e 3b – População alvo: 5,6% da população de 20 anos e mais

<b>Procedimento - SIGTAP</b>	<b>Estágio 3 – Demanda anual (estimativa)</b>
02.02.01.021-0 - Dosagem de cálcio	143.257
02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	286.514
02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	286.514
02.02.01.029-5 - Dosagem de colesterol total	286.514
02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicerídeos	286.514
02.02.01.031-7 - Dosagem de creatinina <sup>1</sup>	716.285
02.02.01.043-0 - Dosagem de fósforo	143.257
02.02.01.047-3 - Dosagem de glicose	286.514
02.02.01.060-0 - Dosagem de potássio	429.771
02.02.01.062-7 - Dosagem de proteínas totais e frações	143.257
02.02.01.038-4 - Dosagem de ferritina <sup>2</sup>	143.257
02.02.01.066-0 - Dosagem de transferrina <sup>2</sup>	143.257
02.02.01.039-2 - Dosagem de ferro sérico <sup>2</sup>	143.257
02.02.02.030-4 - Dosagem de hemoglobina <sup>2</sup>	286.514
02.02.02.037-1 - Hematócrito	286.514
02.02.01.042-2 - Dosagem de fosfatase alcalina	143.257
02.02.03.063-6 - Pesquisa de anticorpos contra antígeno de superfície do vírus da hepatite B (Anti-HBs) <sup>3</sup>	286.514
02.02.03.067-9 - Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite C (Anti-HCV)	286.514

**Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso**

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância à Saúde

Superintendência de Atenção à Saúde

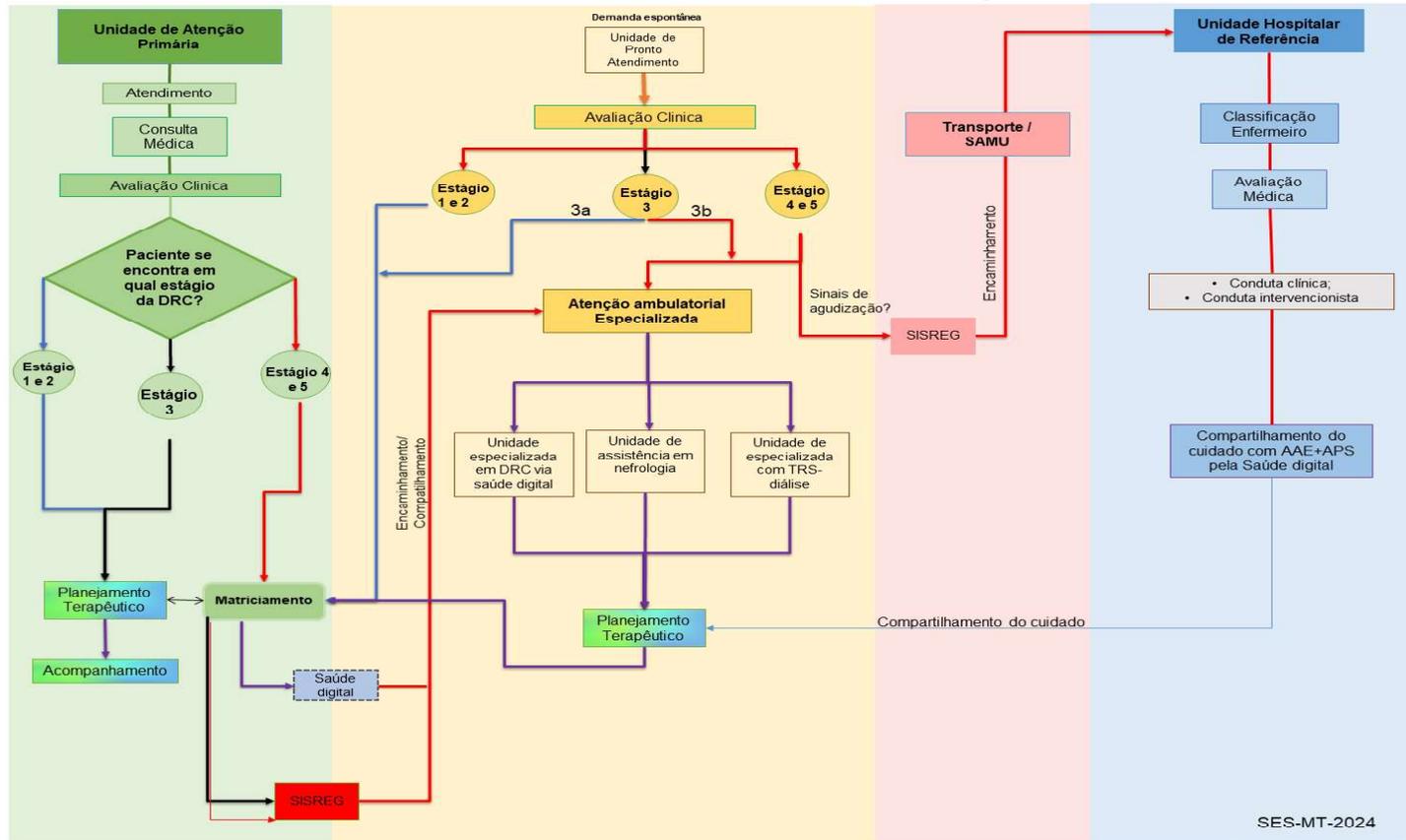
Coordenadoria de Atenção às Condições de Saúde

02.02.03.078-4 - Pesquisa de anticorpos IgG e IgM contra antígeno central do vírus da hepatite B (Anti-HBc-Total)	286.514
02.02.03.097-0 - Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg)	286.514
02.02.03.030-0 - Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	286.514
02.02.05.001-7 - Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	429.771
02.02.05.009-2 - Dosagem de microalbumina na urina <sup>4</sup>	429.771
02.02.06.027-6 - Dosagem de paratormônio	143.257
02.02.01.076-7 - Dosagem de 25 hidroxivitamina D	143.257
02.05.02.004-6 - Ultrassom abdômen total (rins e vias urinárias) <sup>5</sup>	286.514

1. A frequência de realização de creatinina pode variar em função da presença e intensidade de proteinúria em cada estágio, 3a e 3b.
2. Cinética do ferro completa, pertinente apenas no caso de pacientes com anemia, mais frequente em estágios mais avançados.
3. Pacientes inicialmente negativos para HBsAg, Anti-HBc-total e com Anti-HBs negativo, deverão repetir Anti-HBs após receberem a imunização completa para Hepatite B.
4. Microalbuminúria Estágio 3a: a dosagem será semestral, como no estágio 3b, se albuminúria > 30mg/g de creatinina urinária.
5. A literatura recomenda realização de Ultrassonografia de rins e vias urinárias, em conjunto à pesquisa de albuminúria e análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina, como propedêutica inicial para definição de DRC e avaliação do mecanismo causal em pacientes com DRC estabelecida, independentemente do estágio evolutivo da KDIGO. Não implica periodicidade anual nesses estágios.

**8. ANEXO II**

**FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA**



**Legenda:** estágio 4 e 5 → estágio 1 e 2 → estágio 3 → comum a todos os estágios →  
 Diogo verde: APS Diogo amarelo: Atenção secundária Diogo vermelho: SAMU Diogo azul: Atenção Terciária

**Elaboração:** Equipe da Coordenadoria de Atenção Terciária, Coordenadoria de Atenção às Condições de Saúde e Coordenadoria de Atenção Secundária- Superintendência de Atenção a Saúde  
**Referência:** Brasil. Ministério da saúde. Portaria n° 1.675/SAS/MS, de 7 de junho de 2018. Brasília: Ministério da Saúde.

## **9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA**

Rissoto, C M. Nutrição na Doença Renal. RedEMC Gestão Educacional, Informática e Logística. Brasil, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Críticos e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2017.

Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018 - Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 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.

Portaria GM/MS nº 3.822, de 29 de dezembro de 2020 - Estabelece recursos financeiros, em caráter excepcional, do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde – Grupo de Atenção Especializada, a ser disponibilizado aos Estados, Municípios e Distrito Federal, destinados a apoiar medidas preventivas e ações voltadas ao tratamento de pessoas portadoras de doenças renais.

Aguiar, L K et al. Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. REV BRAS EPIDEMIOL 2020.

Tavares, A P S et al. Cuidados de suporte renal: uma atualização da situação atual dos cuidados paliativos em pacientes com DRC. J BRAS NEFROLOGIA 2021.

Portaria GM/MS nº 3.741, de 21 de dezembro de 2021 - Altera atributo de procedimentos referentes ao cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde Atenção primária à saúde: doença renal crônica: guia rápido. -- Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022. -- (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Luv, Bansal *et al.* Frailty and chronic kidney disease: associations and implications. *BJNefrology*, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica. Brasília, Ministério da Saúde, 2023.

Sousa, C Alves, Silva, C L Lucas. Doença Renal Crônica: uma análise dos determinantes sociais em saúde. *Health Residencies Journal*, 2023.



**ANEXO II DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 252 DE 08 DE AGOSTO DE 2024**

**PLANO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E  
TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL  
CRÔNICA – DRC**

**Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso**

**2024**



## **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso**

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância à Saúde  
Superintendência de Atenção à Saúde  
Coordenadoria de Atenção às Condições de Saúde

### **Mauro Mendes**

Governador do Estado de Mato Grosso

### **Gilberto Figueiredo**

Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso

### **Juliano Silva Melo**

Secretário Adjunto de Atenção e Vigilância em Saúde

### **Diógenes Marcondes**

Superintendente de Atenção em Saúde

### **Equipe de elaboração**

Lenil da Costa Figueiredo

Coordenaria de Atenção às Condições de Saúde

Aline Régia Ferreira Ribeiro

Coordenaria de Atenção às Condições de Saúde

Paola Garcia Guimarães Dualib

Coordenaria de Atenção às Condições de Saúde

Luís Carlos da Silva Duarte

Coordenaria de Atenção às Condições de Saúde

Monalisa Rocha de Campos Chaves

Coordenaria de Atenção às Condições de Saúde

Luany Cardoso de Oliveira

Coordenadoria de Atenção Terciária

Ivete Meneguzzi

Coordenadoria de Atenção Terciária

Vinícius Vezzi de Oliveira

Coordenadoria de Atenção Terciária



## **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso**

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância à Saúde

Superintendência de Atenção à Saúde

Coordenadoria de Atenção às Condições de Saúde

### **Colaboração**

Superintendência de Assistência Farmacêutica

Superintendência de Regulação da Saúde

Superintendência de Vigilância em Saúde

Coordenadoria de Atenção Primária

Coordenadoria de Atenção Secundária

Coordenadoria de Saúde Bucal

Coordenadoria de Promoção e Humanização da Saúde

Coordenadoria de Organização de Redes de Atenção à Saúde

Escritórios Regionais de Saúde

Núcleo de Telessaúde e Saúde Digital



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>7</b>
<b>3. PERFIL ASSISTENCIAL</b>	<b>8</b>
<b>4. AÇÕES A SEREM REALIZADAS</b>	<b>10</b>
<b>4.1 Ações das equipes da Atenção Primária à Saúde</b>	<b>10</b>
4.1.1 Acolhimento e avaliação inicial	10
4.1.2 Tratamento	11
4.1.3 Acompanhamento	11
4.1.4 Saúde Bucal	12
4.1.5 Prevenção e Promoção à Saúde	12
4.1.6 Sinais de alerta de agudização	15
<b>4.2 Ações das equipes da Atenção Especializada</b>	<b>18</b>
4.2.1 Acolhimento e manejo	18
4.2.2 Manejo das principais complicações	20
4.2.3 Transplante	22
<b>4.3 Ações para adesão ao tratamento e autocuidado</b>	<b>25</b>
<b>4.4 Ações de Cuidados Paliativos</b>	<b>26</b>
4.4.1 Serviço de Atenção Domiciliar	27
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>28</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Brasil se caracteriza, nas últimas décadas, por uma transição demográfica acelerada, que resulta da redução abrupta da taxa de fecundidade e de elevados índices de envelhecimento populacional. Por sua vez, a transição epidemiológica observada no país é marcada, entre outros aspectos, pelo desafio das condições crônicas, como as doenças crônicas e de seus fatores de risco (DUARTE; BARRETO, 2012; MENDES, 2011).

Dentre os principais tipos de DCNT, a doença cardiovascular (DCV) é o primeiro grupo de causa de morte no Estado e é a que tem o maior impacto epidemiológico, sendo responsável por cerca de 24,2% em 2019 e 16,8% em 2021 de todas as mortes (SES-MT, 2023).

Além dos fatores de riscos tradicionais, a doença renal crônica (DRC), termo geral para alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico, tem sido descrita como um dos principais determinantes de risco de eventos cardiovasculares.

A Doença Renal Crônica, na maior parte do tempo tem evolução assintomática e apresenta repercussões sistêmicas, sendo considerada um problema de saúde pública, em especial, quando alcança estágio terminal e a pessoa necessita de Terapia Renal Substitutiva (TRS). Os estudos apontam que 11% da população com fatores de risco tenha Doença Renal Crônica, destes estima-se que 0,075% estejam em Diálise.

A DRC é uma doença de curso prolongado, na maior parte do tempo com evolução assintomática e que apresenta repercussões sistêmicas, sendo considerada um problema de saúde pública, e se caracteriza por taxa de filtração glomerular (TFG) < 60ml/min/1,73m<sup>2</sup> por três meses consecutivos ou TFG > 60ml/min/1,73m<sup>2</sup> associada a um marcador de dano renal:

- Albuminúria ( $\geq 300\text{mg}/24\text{h}$  ou razão albuminúria/creatinúria  $\geq 30\text{mg}/\text{g}$ );
- Anormalidades do sedimento urinário: anormalidades eletrolíticas ou outras devido a doenças tubulares;
- Anormalidades detectadas por histologia;
- Anormalidades estruturais detectadas por exames de imagem;
- História de transplante renal.

A DRC se apresenta em cinco estágios, conforme quadro abaixo:

<b>Estágio</b>	<b>Taxa de Filtração Glomerular (ml/min/1,73m<sup>2</sup>)</b>	<b>Descrição</b>
1*	>90	Lesão renal com TFG normal e presença de anormalidades estruturais (albuminúria ≥30mg ou alterações na imagem, histologia renal ou sedimento urinário)
2*	60 a 89	Lesão renal com TFG levemente diminuída e presença de anormalidades estruturais (albuminúria ≥30mg ou alterações na imagem, histologia renal ou sedimento urinário)
3a	45 a 59	Taxa de Filtração Glomerular moderadamente diminuída
3b	30 a 44	
4	15 a 29	Taxa de Filtração Glomerular gravemente diminuída
5	<15	Falência renal
5D	<15 em diálise	Falência renal em terapia substitutiva

\*Estágios 1 e 2 sem outros marcadores de dano renal, não são considerados DRC

Fonte: Adaptado do KDIGO 2012

Atualmente, existem grandes variações nos padrões de oferta da atenção à saúde, relativas à capacidade instalada dos serviços, às práticas clínicas e à utilização de tecnologias, estando ainda pautada na Terapia Renal Substitutiva, o que dificulta a continuidade do cuidado.

Entretanto, entende-se que a promoção da saúde da pessoa com DRC, que consiste na mudança do estilo de vida, incluindo a cessação do tabagismo e do uso abusivo de álcool e outras drogas, a prática de exercícios físicos, a redução de peso, as orientações nutricionais, como restrição de sal, de fósforo e de proteínas na dieta, e a inserção das Práticas Integrativas em Saúde (PIS), deve contribuir na melhoria de qualidade de vida e dos modos de viver e na redução de riscos à saúde.

Diante do exposto e, considerando os indicadores epidemiológicos locais e conforme delineado pelo Ministério da Saúde na Portaria de Consolidação nº02, de 28/09/2017, em especial no seu Anexo XXXIII (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal), a Secretaria de Estado de Saúde apresenta este plano com o objetivo de organizar a oferta de ações de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a centrar o cuidado na pessoa e nas suas necessidades, detalhando o itinerário e destacando as ações a serem desenvolvidas em nível de atenção à saúde.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Reduzir a morbimortalidade por doença renal no Estado de Mato Grosso e definir as competências e os fluxos para o compartilhamento do cuidado.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Definir as ações a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde em cada nível de atenção no cuidado à pessoa com DRC;
- Apoiar os municípios no monitoramento e na proposição de intervenções oportunas na saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus com vistas a minimizar o impacto dos maiores fatores de risco para DRC;
- Ampliar o acesso da pessoa com DRC aos cuidados especializados, utilizando inclusive as ferramentas da Saúde Digital;
- Fomentar os municípios a desenvolverem estratégias de fortalecimento e incentivo às práticas do autocuidado;
- Apresentar a importância dos Cuidados Paliativos para as pessoas com DRC;
- Estabelecer fluxogramas de regulação do acesso para as pessoas com DRC.

### 3. PERFIL ASSISTENCIAL

O Estado de Mato Grosso possui 3.658.813 habitantes (IBGE, 2023) distribuídos em 142 (cento e quarenta e dois) municípios, organizados em 16 regiões de saúde, ocupa o 3º lugar em extensão territorial do país, o que associado as distâncias continentais, cria significativas barreiras de acesso que impactam negativamente na organização da atenção à saúde no Estado.

A capital Cuiabá responde por 18,8% da população do Estado, e pelo maior número de Clínicas de Hemodiálise e outros serviços.

Em Mato Grosso, as principais causas da Doença Renal Crônica são a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, alcançando uma proporção aproximada de 70% na combinação desses fatores como causa, sendo 45% referente a HAS e 25% ao DM. (SES-MT, 2015).

A Atenção Primária à Saúde do Estado é composta por 943 equipes de Saúde da Família (eSF) e 36 equipes de Atenção Primária (eAP), distribuídas em 1040 Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde/Postos de Saúde, correspondendo a 85,1% de cobertura populacional pelas equipes de atenção primária, sendo a responsável pelo acolhimento e avaliação inicial do paciente com DRC, bem como pelas ações de promoção à saúde e prevenção da doença.

A atenção especializada ambulatorial, com a disponibilização de especialistas para acompanhamento das pessoas com DRC, é ainda um grande desafio para o Estado, considerando as dimensões continentais, a dificuldade de estruturação de serviços que devem atender a padrões técnicos e a fixação de profissionais altamente qualificados, desta forma, um grande aliado tem sido a Saúde Digital, através de suas ferramentas (telediagnóstico, teleconsulta, teleinterconsulta, telerregulação assistencial), que proporciona agilidade e acesso a esses serviços.

Para a atenção especializada em DRC, Mato Grosso conta com 12 (doze) estabelecimentos habilitados para a realização de hemodiálise, distribuídos em 06 macrorregiões de saúde, conforme quadro abaixo:

**Quadro 1 – Clínicas de Terapia Renal Substitutiva e unidades hospitalares de referência**

Macrorregião	Região de Saúde	Município	Clínica de Atendimento	Quantidade de máquinas SUS	Unidade Hospitalar
Leste	Garças Araguaia	Barra do Garças	INA – Instituto de Nefrologia Araguaia	31	Hospital Municipal Milton Pessoa Morbeck
Oeste	Oeste	Cáceres	CTR – Centro de Tratamento do Rim	40	Hospital São Luiz
Centro Norte	Baixada Cuiabana	Cuiabá	CLINEMAT	17	Hospital Municipal – HMC
			Clínica de Tratamento Renal – CTR	52	
			Clínica de Doenças Renais	22	
			DAVITA	47	
		Várzea Grande	INEMAT – Instituto Nefrológico de Mato Grosso		Hospital e Pronto Socorro de Várzea Grande - HPSVG
Sul	Sul Mato-grossense	Rondonópolis	Centro de Nefrologia	25	Santa Casa de Misericórdia
			PRONEFRON – Clínica e Terapia Renal Substitutiva	28	
		Primavera do Leste	INEMATT – Instituto Nefrológico de Primavera do Leste	17	Hospital das Clínicas de Primavera do Leste
Norte	Teles Pires	Sinop	Clínica de Tratamento Renal de Sinop – CTR	43	Hospital Santo Antônio de Sinop
Centro Norte	Médio Norte	Tangará da Serra	Centro Nefrológico de Tangará da Serra – INEMAT	29	Hospital Municipal Arlete Cichetti de Brito

No caso da pessoa que precisa se submeter ao transplante renal, o procedimento é realizado em hospitais fora do Estado, através da modalidade Tratamento Fora de Domicílio (TFD), até que se finalize o processo de habilitação de dois hospitais na capital.

A DRC é uma doença silenciosa, sendo assintomática na maior parte do tempo, desta forma, a identificação dos grupos de risco torna-se imprescindível, haja vista que favorece o diagnóstico precoce, assim como a identificação de quais fatores de pior prognóstico (aqueles relacionados à progressão mais rápida para a perda da função renal).

O fortalecimento da atenção à saúde, favorecerá não só o diagnóstico precoce, mas o tratamento de suas complicações e conseqüentemente o início na Terapia Renal Substitutiva em melhores condições clínicas (Ministério da Saúde, 2014).

## 4. AÇÕES A SEREM REALIZADAS

### 4.1 AÇÕES DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### 4.1.1 Acolhimento e avaliação inicial

A avaliação e acompanhamento clínico da DRC deve ser realizada por equipe multidisciplinar, com compartilhamento do cuidado com a equipe de Atenção Especializada. Os objetivos da avaliação clínica e laboratorial são identificar/avaliar:

- Fatores de risco para DRC;
- Disfunção renal e de doenças associadas;
- Diagnóstico de DRC;
- Estágios da doença renal crônica com detecção e correção de causas reversíveis;
- Estratificação do risco;
- Compartilhamento do cuidado para prevenção das complicações crônicas da doença e comorbidades em comum.

A redução da função renal em pacientes com DRC é inicialmente assintomática e durante a avaliação clínica os profissionais de saúde devem:

- Avaliar sinais e sintomas;
- Questionar quanto a história familiar para DRC;
- Investigar os fatores de risco para DRC e doenças associadas;
- Avaliar o uso de agentes farmacológicos com potencial nefrotóxico;
- Realizar exame clínico direcionado (PA, peso, altura (IMC), ausculta cardíaca e pulmonar e avaliação de edema de membros inferiores).

A progressão rápida da doença renal é definida como declínio sustentado na TFG  $>5$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup>/ano.

Para se identificar o paciente com DRC, é utilizada a Taxa de Filtração glomerular (TGF), o exame sumário de urina (EAS) e um exame de imagem, preferencialmente ultrassonografia dos rins e vias urinárias:

- Avaliação da TFG pode ser calculada pelas fórmulas CKD-Epi ou MDRD que consideram o valor de creatinina plasmática, sexo, raça e idade;
- Exame de urina para avaliar alterações parenquimatosas;

- Ultrassonografia em pacientes com história de DRC familiar, infecção urinária de repetição e doenças urológicas.

O diagnóstico de DRC será fechado se os critérios abaixo estiverem presentes por mais de três meses:

- Pacientes com uma TFG  $< 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$  ou;
- Pacientes com TFG  $\geq 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ , e pelo menos um marcador de dano renal: albuminúria ( $\geq 30 \text{ mg/24 horas}$  ou RAC  $\geq 30 \text{ mg/g}$ ), hematuria de origem glomerular (presença de cilindros hemáticos ou dismorfismo eritrocitário no exame de urina (EAS), alterações eletrolíticas ou outras devido a doenças tubulares, alterações detectadas por histologia (biópsia renal), anormalidades estruturais detectadas por exames de imagem e história de transplante renal.

#### **4.1.2 Tratamento**

As pessoas com DRC em estágios 1, 2 e 3 devem ser acompanhadas na Atenção Primária à Saúde para tratamento dos fatores de risco modificáveis, buscando retardar a progressão da doença. Para tanto, as equipes devem se atentar a:

- Controle da Glicemia para pessoas com Diabetes Mellitus (manter a hemoglobina glicada  $\leq 7\%$ );
- Controle da pressão arterial para pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (alvo pressórico  $< 130/80 \text{ mmHG}$ );
- Dislipidemia;
- Obesidade;
- Tabagismo;
- Doenças cardiovasculares;
- Além de medidas de promoção à saúde como controle da alimentação, atividade física, cessação do tabagismo, dentre outros.

#### **4.1.3 Acompanhamento**

O objetivo do acompanhamento clínico é postergar a progressão da doença renal e encaminhar no momento adequado para avaliação de terapia renal substitutiva.

Como forma de padronizar a frequência das consultas, segue abaixo quadro orientativo. Destaca-se que em pacientes com outras comorbidades, a necessidade de acompanhamento poderá ser mais frequente.

<b>Estágio da DRC</b>	<b>Frequência do acompanhamento</b>
Estágio 1	Semestralmente na APS com exame anuais
Estágio 2	Semestralmente na APS com exame anuais
Estágio 3	Semestralmente na APS
Estágio 4	Consulta trimestral na Atenção Especializada e compartilhamento do cuidado com a APS
Estágio 5	Consulta mensal na Atenção Especializada e compartilhamento do cuidado com a APS

#### **4.1.4 Saúde Bucal**

O manejo odontológico deve considerar efeitos adversos de terapias medicamentosas e a prescrição apropriada, já que os pacientes possuem filtração renal comprometida.

Pessoas com DRC que apresentem uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes que impossibilitem a realização de procedimentos na APS, deve ser referenciado para Atenção Especializada (AE) em Saúde Bucal, representada pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Esses serviços poderão ofertar atendimento especializado às pessoas com limitações, através de ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde bucal, disponibilizando ainda atenção em outras especialidades mínimas tais como diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, e endodontia.

Tanto a APS quanto a AE em saúde bucal são pontos da rede em que o paciente com DRC candidato a transplante renal deve ter adequação do meio bucal, pois focos infecciosos podem favorecer à rejeição do transplante. Os hábitos de higiene bucal, informações quanto à descontinuação de hábitos deletérios como uso de álcool e tabagismo, além da dieta, devem ser ainda mais fortalecidos no intuito de evitar complicações orais com possíveis repercussões sistêmicas.

#### **4.1.5 Prevenção e Promoção à Saúde**

A prevenção à DRC consiste em tratar e controlar os fatores de risco que podem ser modificados, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), dislipidemias, obesidade, doenças cardiovasculares e tabagismo, além do uso racional de medicamentos, em especial àqueles que apresentam efeito nefrotóxico.

O sucesso no controle da doença primária é de suma importância, em especial a HAS, haja vista as evidências destacaram estreita relação entre a doença e a progressão desfavorável da função renal.

Toda a equipe de saúde deve realizar ações de prevenção como controle dos níveis pressóricos, avaliação das reações medicamentosas, avaliação do débito urinário, acompanhamento nutricional, além de ações educativas que são de suma importância para a conscientização e o estímulo ao autocuidado.

Importante destacar que ações de promoção à saúde devem ser realizadas para as pessoas com DRC instalada, consistindo na mudança do estilo de vida para contribuir na melhoria de qualidade de vida e dos modos de viver e na redução de riscos à saúde.

Dentre as principais atividades, consta: a cessação do tabagismo e do uso abusivo de álcool e outras drogas, a prática de exercícios físicos, a redução de peso, as orientações nutricionais, como restrição de sal, de fósforo e de proteínas na dieta, e a inserção das Práticas Integrativas em Saúde (PIS) no cuidado à saúde.

### Orientações Nutricionais

A terapia nutricional visa o controle dos sintomas urêmicos e dos distúrbios hidroeletrólíticos, além de atuar em doenças correlacionadas, como hiperparatiroidismo secundário, a desnutrição e nas alterações metabólicas. Além disso, os procedimentos dialíticos determinam condições que exigem orientações dietéticas específicas para manter ou melhorar a condição nutricional dos mesmos.

No tratamento dialítico a nutrição é uma poderosa aliada. Ela ajuda a manter ou recuperar o estado nutricional do paciente. Afinal, durante a própria diálise, ocorrem perdas significativas de nutrientes. Porém, por mais eficiente que seja o processo, ele não consegue retirar todo o excesso de toxinas e por isso a dieta torna-se ainda mais importante. Controlar os níveis de sódio, potássio, líquidos, fósforo, cálcio, ferro, vitamina D e outras vitaminas e minerais é parte significativa da estratégia terapêutica desses pacientes.

### Uso de substâncias psicoativas (tabaco, álcool e outras drogas)

Sabe-se que o tabagismo, além de ser ele mesmo uma doença crônica, também que é fator de risco para o desenvolvimento de diversas outras doenças, entre elas a DRC. O tabagismo aumenta a incidência de insuficiência cardíaca, vasculopatia periférica e morte nesses pacientes. (ELIHIMAS JÚNIOR; SANTOS; LEMOS; LEÃO; SÁ; FRANÇA; LEMOS; VALENTE; MARKMAN FILHO, 2014). Há também evidências de alto percentual de pessoas

com DRC que eram ex-tabagistas, demonstrando o dano persistente do tabagismo à saúde, embora o ato de cessar traga sempre benefícios. (BATISTA; FERREIRA; SILVA, 2023)

De forma semelhante, há evidências de que o consumo abusivo de álcool também seja prejudicial à saúde renal, pois ele e as grandes quantidades dos produtos de sua metabolização (como acetaldeído, NADH e radicais livres) podem causar alterações na função renal, devido a lesões teciduais e aumento do processo inflamatório (LEE; CHO; KIM, 2021; VARGA, 2017).

### Atividade física

O Programa Academia da Saúde é uma iniciativa do SUS, com espaço público próprio e profissionais qualificados, cujo objetivo central é o de fomentar práticas de cuidado em saúde voltadas à promoção da saúde e prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como, compor as ações e serviços de saúde na APS, como elemento indissociável à integralidade do cuidado.

Pesquisas demonstram que a DRC e o tratamento hemodialítico estão entre as patologias e terapias que mais afetam a qualidade de vida, pois levam a uma limitação da capacidade cardiorrespiratória e física, além de uma redução na funcionalidade, prejudicando o desempenho nas atividades de lazer, trabalho e convívio social.

O Programa Academia da Saúde e a promoção de atividade física, podem oferecer:

- Atividade física orientada;
- Orientações nutricionais;
- Práticas artísticas e culturais, que melhoram o desenvolvimento de habilidades motoras finas, criatividade e autoconfiança;
- Práticas Integrativas;
- Educação em Saúde.

### Saúde mental

O tratamento da DRC traz impactos significativos na vida da pessoa que a desenvolve, implicando em diversas mudanças na rotina, nos hábitos e potencialmente nas relações, no autoconceito, nas atividades laborais e cotidianas, entre outras, em especial em uma perspectiva de restrição.

Os dados referentes ao processo de saúde-adoecimento na esfera emocional de pessoas com DRC são alarmantes, mas não são necessariamente o único curso a ser

seguido. Também existem evidências de que, embora o desconforto físico seja inevitável (ao menos com as tecnologias desenvolvidas até então), quando o paciente conta com apoio de qualidade da família, da equipe profissional e tem à sua disposição recursos para lidar com o sofrimento, é possível encontrar casos com desfechos mais positivos.

### Práticas Integrativas em Saúde

As Práticas que são institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas em Saúde no SUS (PNPIC) e podem estar presentes em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, como estratégia do cuidado em saúde. Uma das abordagens desse campo é a visão ampliada do processo saúde/doença e da promoção da saúde especialmente do autocuidado, considerando aspectos: físico, psíquico, emocional e social.

Ressalta-se que as PICS não substituem o tratamento tradicional, mas atuam de forma conjunta e complementar, possibilitando um olhar integrativo em saúde, sendo indicadas por profissionais específicos conforme as necessidades de cada caso.

A escolha por uma ou mais PICS ocorre quando há conhecimento e conscientização sobre quais são os procedimentos de cada modalidade e como elas podem contribuir para o cuidado integral da pessoa e também na prevenção de doenças.

#### **4.1.6 Sinais de alerta de agudização**

O profissional de saúde deverá avaliar a necessidade de acionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, quando a pessoa apresentar:

- Sinais e sintomas de lesão renal aguda (perda de função renal dentro de horas a dias - redução da taxa de filtração glomerular (TFG) e/ou do débito urinário (< 400 mL/dia no adulto);
- Sintomas de uremia (anorexia, náuseas, vômitos, distensão abdominal, sangramento digestivo, arritmia supraventricular, pericardite, hipervolemia, edema pulmonar ou cerebral, tamponamento pericárdico, hipertensão arterial sistêmica, letargia, confusão mental, convulsão, coma, agitação, tremor, anúria, oligúria, hematúria, dor lombar), sinais e sintomas de infecção em pacientes em terapia renal substitutiva (TRS) ou sangramento na fístula arteriovenosa.

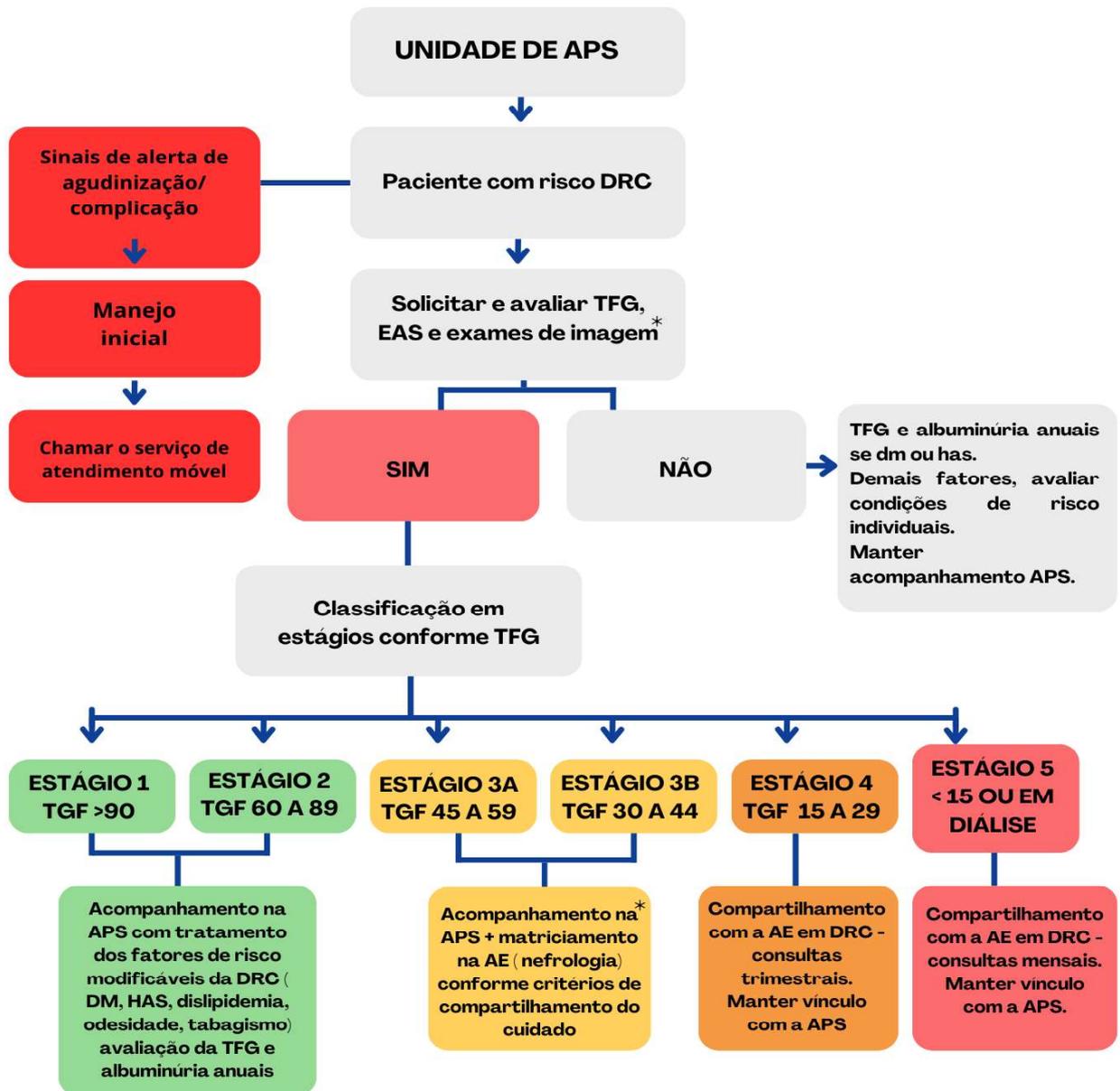
### **Do compartilhamento do cuidado com a atenção especializada**

A pessoa com DRC deverá ser acolhida e atendida na APS, aqueles em estágios 01 e 02 serão manejados e acompanhados pelas equipes para tratamento dos fatores de risco modificáveis e avaliação anual da TFG e do EAS.

Aqueles pacientes em estágio 3a e 3b também deverão ser acompanhados pelas equipes da APS, entretanto, quando apresentarem qualquer alteração clínica, devem ter o cuidado compartilhado com a atenção especializada, mantendo o vínculo e sendo realizadas reavaliações periódicas.

O compartilhamento do cuidado com a atenção especializada deverá ser realizado através do Plano de Cuidados contendo informações como: descrição do quadro atual, histórico de outros tratamentos, história familiar de DRC, detalhamento do tratamento atual, dentre outras informações relevantes.

**Fluxograma 1 – Cuidado da pessoa com DRC na APS**



\* Preferencialmente ultrassonografia renal e vias urinárias.

APS: atenção primária à saúde; AE: atenção especializada; TFG: taxa de filtração glomerular; DRC: doença renal crônica; EAS: elementos anormais de sedimentos (exame de urina); DM: diabetes mellitus; HAS: hipertensão arterial sistêmica;

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/doenca-renal-cronica-\(DRC\)-em-adultos/unidade-de-atencao-primaria/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/doenca-renal-cronica-(DRC)-em-adultos/unidade-de-atencao-primaria/) e [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/doenca-renal-cronica-\(DRC\)-em-adultos/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/#:~:text=fluxograma,atencao-paciente](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/doenca-renal-cronica-(DRC)-em-adultos/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/#:~:text=fluxograma,atencao-paciente)

## 4.2 AÇÕES DAS EQUIPES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

### 4.2.1 Acolhimento e Manejo

A Atenção Especializada (AE) deve ofertar matriciamento para apoio às equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) para auxiliar no diagnóstico e tratamento dos pacientes com DRC.

Para tanto, a equipe da APS deverá disponibilizar as seguintes informações:

- Resultado de exame de creatinina sérica (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de intervalo entre eles);
- Cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
- Resultado de microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação proteinúria/creatininúria – RAC;
- Resultado EQU/EAS/Urina Tipo 1;
- Resultado de ecografia de vias urinárias (se realizada);
- Descrever a data de realização de cada exame.

O compartilhamento do cuidado deverá ser realizado sempre que a pessoa com DRC apresentar qualquer uma das condições:

- Taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (Estágio 4 e 5);
- Taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (Estágio 3, 4 e 5) com complicações associadas à doença renal crônica;
- Perda rápida da função renal (>5mL/min/1,73 m<sup>2</sup> em 6 meses, com uma TFG <60mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, confirmado em dois exames);
- Proteinúria;
- Presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, 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;
- Alterações ecográficas que sugerem lesão ou provocam perda da função renal.

O principal objetivo do tratamento é retardar a progressão da doença renal, entretanto a equipe da AE deve esclarecer sobre as modalidades de terapia renal substitutiva (TRS):

- Hemodiálise – se TFG <20 mL/min, avaliar condição vascular e encaminhar o paciente para realização de fístula arteriovenosa em serviço de referência. A confecção eletiva da FAV evita a hospitalização para início da diálise com cateteres venosos centrais reduzindo o risco de complicações;
- Diálise peritoneal – avaliar realização de treinamento multidisciplinar do paciente e familiares/cuidadores e compartilhamento do cuidado com o serviço de referência de implante de cateter.

Além disso, as equipes de atenção especializada devem orientar sobre medidas de promoção à saúde, avaliação e orientação nutricional, uso crônico de medicamentos, bem como prevenir e tratar rapidamente distúrbios hemodinâmicos, realizar avaliação trimestral da TFG e corrigir doses de antibióticos e antivirais. Nas pessoas com DRC em estágio 5 e ainda sem TRS, a equipe deverá realizar o preparo para a modalidade escolhida.

Para as pessoas com DRC em estágio 5, em TRS e uso do cateter para hemodiálise, a equipe deverá orientar sobre:

- Não utilização do cateter para outras finalidades (coletas de sangue, medicações) que não a hemodiálise;
- Cuidados com o curativo (deve ser mantido limpo, seco e fixado na pele para evitar deslocamento do cateter);
- Proteção durante o banho (uso de filme plástico, para não o molhar);
- Troca do curativo em caso de chuva, excesso de suor, sangramento ou umidade no banho;
- Trocas regulares do curativo (24 a 48h se curativo oclusivo realizado com fita adesiva e gaze estéril; em caso de curativo de material estéril e transparente a troca deve ser realizada em até 7 dias, preferencialmente na Unidade de Hemodiálise);
- Não manuseio do cateter e manutenção das “tampinhas” protetoras nas extremidades para evitar contaminação e sangramento;
- Não deitar sobre o cateter para não o dobrar ou danificá-lo;
- Evitar roupas que provoquem atrito no cateter;

- Durante as sessões de hemodiálise usar roupas abertas na frente, com gola folgada para facilitar o manuseio do cateter pela equipe de saúde (cateter afixado na região do pescoço ou tórax);
- Sinais de infecção (febre, dor, edema e secreção).

No caso de pessoa com DRC em estágio 5, em TRS e uso de fístula arteriovenosa (FAV), a equipe da AE deve orientar sobre:

- Utilização da FAV somente após a sua maturação (usualmente 3 a 6 semanas após a confecção);
- Curativo no local da punção pós hemodiálise deve ser mantido por 4-6h (não deve ser circular e nem muito apertado);
- Uso de compressas frias frequentes durante as 24h que sucedem a sessão de hemodiálise e água morna nos dias seguintes;
- Sinais de infecção (febre ou se o local da fístula estiver quente, vermelho, inchado, duro, com saída de líquido, sem frêmito ou frêmito diminuído);
- Higienização da FAV durante o banho (água e sabonete neutro, e secar cuidadosamente com uma toalha limpa);
- Exercícios de compressão de bola de borracha com a mão que ajudam a manter a FAV em funcionamento;
- Alternar os locais de punção a cada diálise para diminuir a ocorrência de aneurismas;
- Evitar curativos e roupas muito apertadas sobre o braço da FAV, evitar dormir sobre este braço ou carregar peso;
- Não remover pelos e crostas formadas na região da FAV, não usar pomadas ou cremes;
- Não utilizar a FAV para coleta de sangue ou administração de medicamentos;

Para as pessoas em diálise peritoneal, a equipe deverá realizar uma visita domiciliar para adequação do ambiente, orientações ao paciente, cuidador e familiares.

#### **4.2.2 Manejo das principais complicações**

##### Anemia

A ferritina e o índice de saturação de transferrina devem ser dosados sempre que o diagnóstico de anemia for confirmado (hemoglobina < 13,0 g/dL em homens e < 12,0 g/dL em mulheres), independente do estágio de DRC e todos os pacientes devem realizar um hemograma completo antes do tratamento.

Caso seja necessária a reposição de ferro, manter os níveis de hemoglobina entre 10 e 12 g/dL, o nível sérico de ferritina entre 200 e 500 ng/mL e a saturação da transferrina entre 20% e 30%.

O ferro parenteral deve ser interrompido temporariamente se saturação de transferrina > 30% ou a ferritina sérica > 500 ng/mL. Após o retorno dos valores de ferritina sérica para níveis abaixo de 500 ng/mL, reiniciar com dose menor de ferro.

Repetir mensalmente (hemoglobina, ferritina e saturação da transferrina) até atingirem o alvo terapêutico. Após, manter dosagens mensais de hemoglobina e trimestrais de ferritina e de saturação da transferrina e suspender o ferro parenteral 7-10 dias antes da realização dos exames.

Caso a hemoglobina  $\leq$  10 g/dL e com reservas adequadas de ferro (ferritina sérica > 100 ng/dL e saturação da transferrina > 20%) em pacientes em tratamento conservador ou diálise peritoneal e Ferritina sérica > 200 ng/dL e saturação da transferrina > 20% em pacientes em tratamento com hemodiálise, utilizar Alfapoetina.

Além disso, é preciso monitorar a hemoglobina a cada 2 semanas após ajuste de dose. Quando houver nível de hemoglobina estável após duas medidas consecutivas, monitorar mensalmente. Suspender temporariamente o tratamento se o nível de hemoglobina estiver superior a 13 g/dL.

##### Distúrbios do metabolismo mineral e ósseo

São alterações nos níveis séricos de cálcio, fósforo, vitamina D, hormônio da paratireóide, anormalidades ósseas ou calcificações extra esqueléticas são distúrbios do metabolismo mineral e ósseo.

Considerar para diagnóstico e tratamento, uma tendência nas alterações e não apenas medidas únicas:

- Hiperfosfatemia: Ponto de corte do fósforo sérico 4,5 mg/dL, se TRS aceitável até 5,5 mg/dL ;

- Cálcio sérico: Manter dentro do limite da normalidade, geralmente entre 8,5 a 10 mg/dL;
- PTH: Pacientes em TRS - manter os níveis entre 150 - 600 pg/mL; pacientes com DRC em tratamento conservador (estágios 3 a 5), manter os níveis de PTH dentro dos limites da normalidade do método laboratorial;
- Fosfatase alcalina sérica: Em conjunto com o PTH pode auxiliar no diagnóstico de doença óssea.

Para o diagnóstico de calcificações extra esqueléticas, a radiografia simples abdominal, preferencialmente lombar, ou radiografias de mãos e quadril e ecocardiograma, podem ser utilizadas.

O tratamento para esses distúrbios é realizado com intervenções farmacológicas e não farmacológicas para corrigir as alterações do metabolismo mineral e ósseo.

#### Acidose metabólica

A equipe da AE deve realizar a suplementação com bicarbonato via oral para manter os valores dentro da normalidade.

#### Hipercalemica

A equipe da AE deve orientar sobre uma dieta pobre em potássio (com preparo de verduras e legumes cozidos nas principais refeições), realizar a correção da hiperglicemia e acidemia.

#### **4.2.3 Transplante**

É uma opção terapêutica de escolha para pacientes com DRC em estágio 5 (terminal) e proporciona melhor sobrevida, melhor qualidade de vida e menor custo a longo prazo quando comparado à diálise.

O procedimento pode ser realizado a partir de um doador vivo ou doador falecido e sua indicação deve seguir as orientações do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

Destaca-se que em 90 (noventa) dias após o início da TRS, as unidades de Atenção Especializada em DRC, devem obrigatoriamente, oferecer a opção de inscrição na Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) local ou de referência para o paciente apto/representante legal.



## **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso**

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância à Saúde

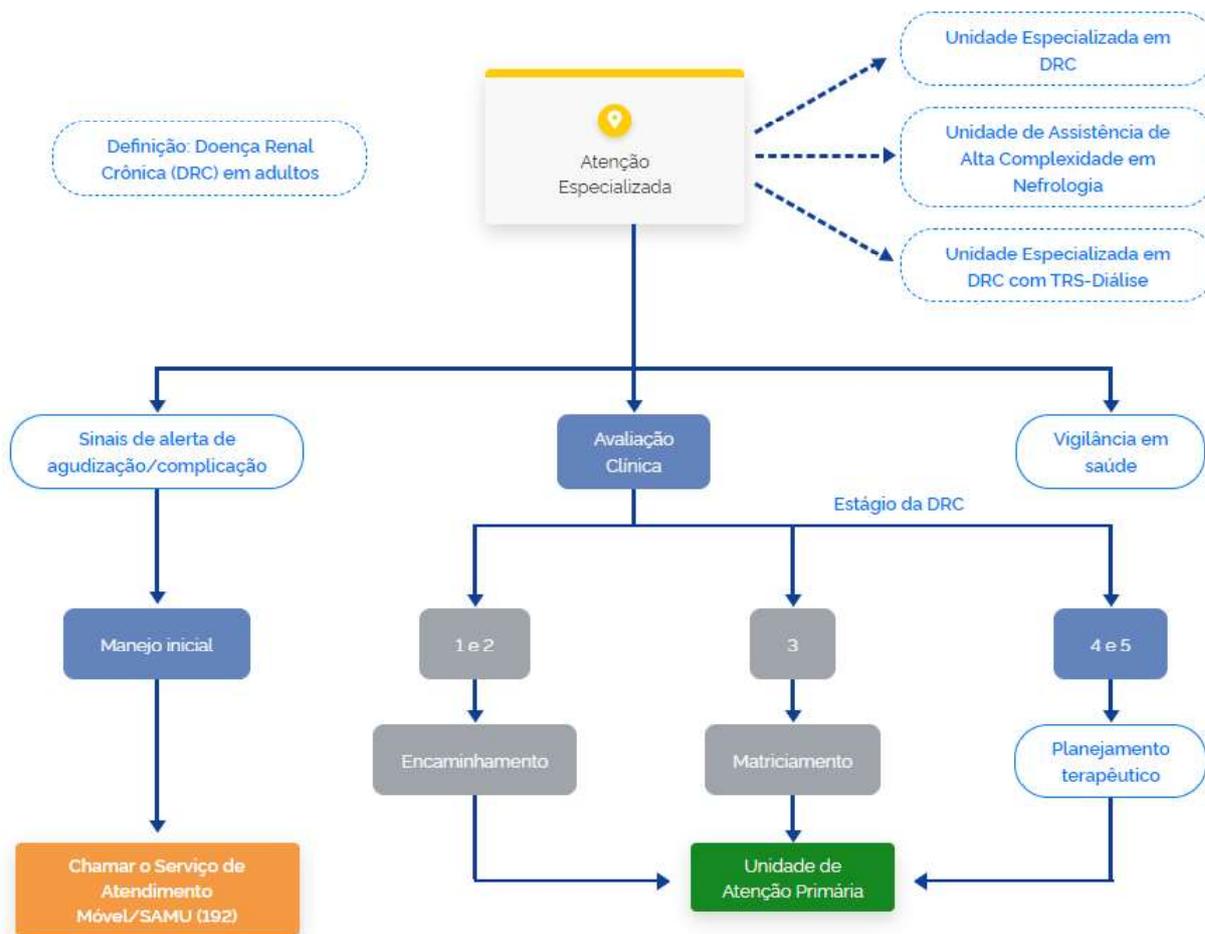
Superintendência de Atenção à Saúde

Coordenadoria de Atenção às Condições de Saúde

Caso o paciente seja convocado de urgência para concorrer ao transplante de um órgão e não existe a possibilidade de voo comercial para atender no tempo necessário exigido pela equipe de transplante, é disponibilizado o serviço do Centro Integrado de Operações Aéreas (CIOPAER), que faz o transporte aéreo do paciente e dos acompanhantes.

Para os pacientes inscritos em listas vinculados à serviços fora do Estado, as clínicas de hemodiálise enviam mensalmente, via correios, os resultados das sorologias, afim de manter o paciente ativo no Cadastro Técnico Único. Este envio de material biológico é possível graças a um contrato/convênio entre a SES-MT e o Correios do Brasil.

**Fluxograma 2 – Cuidado ao Paciente na Atenção Especializada**



Legenda:

**Azul:** O paciente recebe atendimento neste ponto de atenção

**Cinza:** O paciente deve ser direcionado a outro ponto de atenção

Estágios da Doença Renal Crônica: [Consulte](#)

**Manejo inicial:** O paciente realiza a avaliação inicial, e é encaminhado para outro ponto de atenção de acordo com a gravidade do caso.

**Encaminhamento:** Quando o paciente deve ser encaminhado para outro ponto assistencial

**Matriciamento:** O planejamento terapêutico é realizado na Atenção Primária à Saúde com matriciamento na Atenção Especializada.

Fonte: Ministério da Saúde < [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/porta/doenca-renal-cronica-\(DRC\)-em-adultos/atencao-especializada/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/porta/doenca-renal-cronica-(DRC)-em-adultos/atencao-especializada/)>

### **4.3 AÇÕES PARA ADESÃO AO TRATAMENTO E AUTOCUIDADO**

Quando se pensa no tema “autocuidado” é necessário compreender que para uma melhora significativa do quadro de saúde é preciso pensar e repensar o estilo de vida e assumir hábitos saudáveis. Isso implica em mudanças (ou melhorias) nas mais variadas interfaces da vida de um ser humano, isto é, em hábitos alimentares, atividades físicas, atividades de lazer, entre as demais mudanças que possam promover o bem-estar físico, mental, social e psicológico da pessoa, evitando o aparecimento de certas patologias, ou até mesmo impossibilitar uma piora no quadro de algumas doenças já instaladas. Isso é o autocuidado: “olhar para si, observar e escolher ações e formas para cuidar da sua saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O autocuidado implica ainda no auxílio às pessoas a praticarem hábitos saudáveis, sendo essenciais ações direcionadas à educação, prevenção dos fatores de risco e encaminhamentos concisos para a rede socioassistencial, já que o intuito é vislumbrar uma boa qualidade de vida nas coletividades. A mudança de hábitos corriqueiros é bem mais efetiva quando o paciente se acha constantemente estimulado ao longo dos acompanhamentos e encaminhamentos, pelas equipes de saúde

A participação do paciente, família/cuidadores é fundamental para o sucesso das ações implementadas, uma vez que o diagnóstico de DRC tem relevante impacto sobre a vida do paciente, e afeta significativamente a sua qualidade de vida. Desta forma, as equipes em todos os níveis de atenção devem:

- Qualificar o cuidado de acordo com o perfil do paciente e particularidades regionais;
- Monitorar sinais e sintomas dos fatores de risco para DRC;
- Monitorar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico;
- Promover ações individuais (método clínico centrado na pessoa, projeto terapêutico singular, entrevista motivacional) e em grupo;
- Criar estratégias para a constante promoção da adesão durante todo o tratamento;
- Utilizar recursos educativos no auxílio e adesão às medidas de controle farmacológico e não farmacológico para orientar, motivar e educar o paciente e família;
- Envolver a família;
- Pactuar metas de cuidado com o paciente e família e avalia-las a cada encontro;
- Avaliar o grau de satisfação e engajamento do paciente ao tratamento;
- Avaliar e solicitar o apoio de outros profissionais de saúde, utilizando as ferramentas da Saúde Digital.

#### 4.4 AÇÕES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), Cuidados Paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais.

O tratamento conservador pode ser considerado uma opção se o paciente não desejar a terapia renal substitutiva, não apresentar condições para a TRS ou ainda se apresenta outra condição com prognóstico muito restrito, com probabilidade de óbito em curto prazo.

Essa assistência deve ser promovida por equipe multidisciplinar, de forma compartilhada entre APS e AE, utilizando o Plano Terapêutico Singular, que deve incluir:

- Identificação, avaliação e tratamento da dor (manter o paciente sem dor e o mais alerta possível) e demais sintomas;
- Avaliação do sono;
- Sinais e sintomas de depressão;
- Efeitos colaterais (náusea, vômitos, confusão, sonolência);
- Avaliação da higiene oral;
- Se paciente restrito ao leito, avaliação de áreas comuns para lesões de pele;
- Prevenção e alívio de sofrimento;
- Transferência do cuidado do ambiente hospitalar para o domicílio;
- Preparação dos cuidadores para os cuidados em ambiente domiciliar;
- Redução da realização de exames complementares quando os resultados não modificam a conduta;

É importante que a equipe considere a família/cuidadores também como objeto do cuidado, durante todo processo, incluindo o luto, preparando sobre a morte em domicílio ou hospitalar e que elabore em conjunto um plano de diretivas antecipadas sobre cuidados e tratamentos que devem ou não ser realizados.

#### **4.4.1 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)**

A atenção domiciliar (AD) é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde.

A atenção domiciliar visa proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, configurando-se como um importante parceiro no cuidado ao paciente com DRC.

O atendimento é realizado por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social, mas outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico) poderão compor as equipes de apoio.

A Atenção Domiciliar proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência.

Os pacientes que precisam de equipamentos e outros recursos de saúde e demandam maior frequência de cuidado, com acompanhamento contínuo, também podem ser assistidos pelo Melhor em Casa.

O Programa Melhor em Casa fortalece e amplia a assistência no SUS a pacientes com agravos de saúde, que possam receber atendimento humanizado, em casa, e perto da família.

## 5. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Rissoto, C M. Nutrição na Doença Renal. RedEMC Gestão Educacional, Informática e Logística. Brasil, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2017.

Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018 - Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 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.

Portaria GM/MS nº 3.822, de 29 de dezembro de 2020 - Estabelece recursos financeiros, em caráter excepcional, do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde – Grupo de Atenção Especializada, a ser disponibilizado aos Estados, Municípios e Distrito Federal, destinados a apoiar medidas preventivas e ações voltadas ao tratamento de pessoas portadoras de doenças renais.

Aguiar, L K et al. Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. REV BRAS EPIDEMIOL 2020.

Tavares, A P S et al. Cuidados de suporte renal: uma atualização da situação atual dos cuidados paliativos em pacientes com DRC. J BRAS NEFROLOGIA 2021.

Portaria GM/MS nº 3.741, de 21 de dezembro de 2021 - Altera atributo de procedimentos referentes ao cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS).



**Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso**

Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância à Saúde

Superintendência de Atenção à Saúde

Coordenadoria de Atenção às Condições de Saúde

Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde Atenção primária à saúde: doença renal crônica: guia rápido. -- Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022. -- (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Luv, Bansal *et al.* Frailty and chronic kidney disease: associations and implications. *BJNefrology*, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica. Brasília, Ministério da Saúde, 2023.

Sousa, C Alves, Silva, C L Lucas. Doença Renal Crônica: uma análise dos determinantes sociais em saúde. *Health Residencies Journal*, 2023.