



PROTOCOLO DE GESTÃO DO CUIDADO E AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL





PROTOCOLO DE NEFROLOGIA ADULTO

Vitória – ES

2022





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

JOSÉ RENATO CASAGRANDE

Governador do Estado do Espírito Santo

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR

Secretário de Estado da Saúde

JOSÉ MARIA JUSTO

Subsecretária de Estado da Atenção à Saúde

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS

Diretor do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPI

RICARDO DOS SANTOS COSTA

Subsecretário de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde

JOSÉ TADEU MARINO

Subsecretário de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde

LUIZ CARLOS REBLIN

Subsecretário de Estado da Vigilância em Saúde

ERICO SANGIORGIO

Subsecretário de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde

Vitória, junho de 2022.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Elaboração e informações:

Governo do Estado do Espírito Santo

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.
Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.
Tel: (27) 3347-5630
Site: <https://saude.es.gov.br/>

Subsecretaria Estadual de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde (SSERCAS)

Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.
Tel: (27) 3347-5671
Site: <https://saude.es.gov.br/>
E-mail: ssercas@saude.es.gov.br

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi)

Rua Duque de Caxias, 267 - Centro
CEP: 29010-120 - Vitória - ES.
Tel: (27) 5672-3347
Site: <https://saude.es.gov.br/>
E-mail: icepi@saude.es.gov.br

Coordenação-Geral:

Patrícia Rocha Vedova Pirola

Organização:

Elaine Cristina Campos Dallorto
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro
Laís Coelho Caser
Karla Fazollo Paiva Dornelas
Margareth Pandolfi
Patrícia Rocha Vedova Pirola
Roberta Pedrini Cuzzuol
Sílvio José Santana

Autores:

Fernanda Croce Pinheiro Loureiro
Karla Fazollo Paiva Dornelas
Laís Coelho Caser
Roberta Pedrini Cuzzuol
Thiemi Souza Kitagawa

Revisão Técnica:

Roberta Pedrini Cuzzuol

Projeto Gráfico, design, diagramação e capa:

Gabriel Torabay
Guilherme Campello





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

SUMÁRIO

Introdução	1
Apresentação	2
Critérios de Prioridade	3
Lista de Abreviaturas	5
1. Alterações no Exame de Urina (EAS)	6
2. Edema a Esclarecer com Exame de Urina Alterado	8
3. Lesão Renal em Doenças Crônicas	9
4. Suspeita de Doença Policística Renal e Nefropatias Hereditárias	12
5. Infecção do Trato Urinário (ITU) Recorrente	14
6. Nefrolitíase Recorrente	15
7. Referências Bibliográficas	17





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) define a atenção à saúde como tudo o que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e os serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Na organização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam: a Atenção Básica, a Atenção Secundária e a Atenção Terciária.

O acesso da população a esta rede de serviços regionalizada e hierarquizada deve se dar no nível primário de atenção, que precisa estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Os motivos de encaminhamento selecionados e as patologias descritas são os mais prevalentes para as especialidades compreendidas neste Protocolo de Gestão do Cuidado e Autorregulação Formativa Territorial para acesso às consultas especializadas.

Protocolos são instrumentos úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde. Porém, é importante ressaltar que, embora útil e necessário, o emprego de protocolos apresenta limites, pois pode restringir-se a atos e procedimentos preestabelecidos e não responder às reais demandas clínicas em diferentes situações e esse fato traz a necessidade de se combinar a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações presentes em cada caso, para garantia da integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades.

Os pacientes podem não se enquadrar exatamente nas situações elencadas, outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos, portanto, faz-se necessário que informações consideradas relevantes pelo profissional solicitante sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso.

Os resultados de exames complementares são uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e devem ser descritos quando realizados pelo paciente e suas solicitações constam no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais que não dispõem desses recursos, e não impedem a solicitação e autorização de consulta especializada.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

APRESENTAÇÃO

A gestão do cuidado é compreendida como a produção do cuidado orientado pelas necessidades de saúde do usuário, fundamentada em uma abordagem integral construída através do diálogo entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, implementada por meio de discussão de casos, protocolos assistenciais e da educação permanente como ferramentas centrais para produção de uma atenção básica resolutiva, pois os mecanismos de comunicação com troca de informações entre profissionais dos diversos pontos da rede de atenção e serviços de saúde são essenciais para os profissionais de saúde da atenção básica exercerem a coordenação e garantirem a continuidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da necessidade de otimização do processo regulatório, a Portaria ICEPi nº 003-R, de 03 de fevereiro de 2020, instituiu no âmbito do Laboratório de Práticas de Inovação em Regulação e Atenção à Saúde - LIPRAS/ICEPi, o projeto de extensão e inovação em ambiente produtivo em saúde “Projeto de Implantação da Regulação Formativa: Inovação do acesso assistencial”, com o objetivo de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, incorporando ao perfil de competências clínicas dos trabalhadores de saúde assistenciais, conhecimentos e habilidades de regulação, vigilância em saúde, educação permanente e pesquisa.

A Portaria SESA nº 102-R, de 20 de maio de 2021, estabeleceu a organização da Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde no âmbito do Estado do Espírito Santo (RAVS-ES), sendo uma das diretrizes organizadoras a Autorregulação Formativa Territorial, fundamentada na reorientação do modelo de atenção à saúde desde a Atenção Primária até a Terciária/Hospitalar, com a organização de fluxos assistenciais a partir do referenciamento e compartilhamento de informações entre serviços e profissionais de saúde de diferentes níveis de assistência, permitindo a coordenação do cuidado dos usuários do SUS, visando à integração sistêmica, favorecendo o acesso, a equidade e a eficácia clínica.

O caráter inovador está na potencialização do protagonismo dos profissionais da área da saúde nos processos de educação permanente e qualificação da atenção (principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde), baseadas em diretrizes e protocolos clínicos, incorporação do uso de tecnologia da informação, na desburocratização do acesso, no incremento de eficiência, de desempenho no sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária, visando a estruturação de um sistema integrado nos diferentes níveis de atenção e de gestão do sistema de saúde.

Desta forma, o processo de educação permanente ganha importância central para a qualificação da atenção, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, permitindo assim que esta alcance seu máximo potencial de resolubilidade, sendo uma ferramenta de gestão e apoio à atenção à saúde para melhoria da qualidade.

A consolidação dessa prática pretende aprimorar os processos de trabalho em saúde, reduzir o tempo nas filas de espera por consultas e exames especializados, oferecer atendimentos mais qualificados, encaminhamentos mais resolutivos e diminuir o absenteísmo.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

A Autorregulação Formativa Territorial se destina às consultas ambulatoriais especializadas bem como aos exames complementares e procedimentos, todos em caráter eletivo. As vagas para esse nível de complexidade são finitas e portanto o encaminhamento deve ser uma conduta reservada aos pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.

Não se destina, portanto à regulação de vagas urgentes e situações de emergência nem tampouco regulação de vagas de internação hospitalar.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve seguir os princípios de acessibilidade, longitudinalidade, abrangência das ações e coordenação do cuidado. Portanto, os profissionais da atenção primária devem exercer a coordenação do cuidado dos usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) no acesso aos demais níveis de atenção, mantendo o foco na resolutividade das ações em saúde. Este protocolo serve como um parâmetro de critérios para embasamento das decisões tendo as melhores evidências clínicas disponíveis no momento. Existem outras condições clínicas que não foram contempladas neste protocolo, portanto o médico solicitante possui autonomia profissional para decidir sobre a melhor conduta e orientar o encaminhamento do paciente para o atendimento especializado apropriado conforme sua avaliação técnica e estabelecimento dos critérios de prioridade, assim como o médico especialista, enquanto profissional de referência, também possui autonomia para alterar a classificação da prioridade, intervir ou orientar sobre a melhor conduta na condução de cada caso e realizar a regulação das vagas de consultas especializadas, para disponibilizar a assistência mais adequada aos usuário do SUS, sendo essas ações atos médicos baseados no rigor técnico e na objetividade .

A Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019, registra nos Incisos VIII e XVI do Capítulo I e inciso II do Capítulo II:

Capítulo I: *“(...) VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho (...)*

(...) XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para estabelecer o diagnóstico e executar o tratamento, salvo quando em benefício do paciente.(...)”

Capítulo II: *“(...) II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.(...)”*

O sistema informatizado da Autorregulação Formativa Territorial permite no momento da solicitação de exame e/ou consulta especializada a priorização por cores, que deve ser utilizada criteriosamente de acordo com a real necessidade, para uma melhor orientação do acesso aos serviços especializados de saúde.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Legenda dos Critérios de Prioridades: os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE DO ATENDIMENTO		
COR	PRIORIDADE	MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO
VERMELHO	MUITO ALTA	Eletivo de alta prioridade: são pacientes que necessitam de atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações clínicas e/ou físicas.
LARANJA	ALTA	Eletivo prioritário: são pacientes que necessitam de atendimento médico em um prazo curto de tempo, pois a demora na marcação pode alterar a conduta a ser seguida ou implicar em interrupção do acesso a outros procedimentos subsequentes.
AMARELO	MÉDIA	Prioridade eletiva não urgente: são situações clínicas sem gravidade que necessitam de um agendamento eletivo.
VERDE	BAIXA	Eletivo de rotina: são pacientes que necessitam de atendimento médico eletivo não prioritário.





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
EAS	Elementos Anormais do Sedimento
FAN	Fator Antinúcleo
FR	Fator Reumatóide
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ITU	Infecção do Trato Urinário
PA	Pressão Arterial
TC	Tomografia Computadorizada
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
USG	Ultrassonografia





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DIAGNÓSTICA:

Os principais motivos de encaminhamento para consulta em Nefrologia adulto eletiva são descritos neste protocolo, e vale ressaltar que cada encaminhamento deve conter:

- Anamnese completa, incluindo:
 - História da doença atual;
 - Sintomas e tempo de evolução;
 - História patológica pregressa, principalmente se paciente for portador de doenças sistêmicas (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial); e
 - História patológica familiar.
- Exame físico; e
- Exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) clínico(s) e/ou cirúrgico(s) prévio(s).

1. ALTERAÇÃO NO EXAME DE URINA (EAS)

1.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Alteração em exame de urina persistente sem causa esclarecida pelo clínico:
 - EAS com presença de proteína e/ou hemácias;
 - Proteinúria de 24 horas > 300 mg; ou
 - Relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina de 300 mg/g.

1.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese:

- História sucinta contendo:
 - Tempo de evolução;
 - Medicações de uso atual;
 - História pregressa; e
 - Doenças associadas.

Exame Físico:

- Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial.

Exames Complementares Necessários:

- Hemograma completo, uréia, creatinina, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, colesterol total e frações e triglicerídeos;
- Exame de urina (EAS com presença de proteína e/ou hemácias¹; proteinúria de 24 horas > 300 mg ou relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina de 300 mg/g).



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

¹**OBS:** A hematúria vista no EAS deve ser macroscópica, sem coágulos, sugestiva de doença glomerular **OU** hematúria microscópica persistente sugestiva de doença glomerular **OU** pesquisa de hemácias dismórficas positiva.

1.3. Prioridades para regulação:

- TFG < 30ml/min;
- Síndrome nefrótica;
- Síndrome nefrítica.

1.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Pacientes com TFG < 15 ml/min que apresentem os seguintes sinais e sintomas atribuíveis à insuficiência renal:
Serosite, distúrbios ácido-básicos ou eletrolíticos;
Incapacidade de controlar o estado volêmico ou pressão arterial;
Deterioração progressiva do estado nutricional refratária à intervenção dietética; ou
Comprometimento cognitivo.

ACHADOS SUGESTIVOS DE HEMATÚRIA POR DOENÇA GLOMERULAR
Hemácias dismórficas positiva (especialmente se descrito presença de acantócitos)
Presença de acantócitos no exame de urina
Proteinúria
Cilindros hemáticos
Insuficiência renal (elevação de creatinina e/ou ureia)
História familiar de nefrite hereditária ou doença policística renal

Quadro 1 – Achados sugestivos de hematúria por doença glomerular.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de KURTZ (2017).

VALORES DE REFERÊNCIA PARA ALBUMINÚRIA			
Exame	Normoalbuminúria	Microalbuminúria	Macroalbuminúria
Amostra de urina única	< 17 mg/L	17 a 173 mg/L	> 174 mg/L
Amostra de urina de 24 horas	< 30 mg	30 a 300 mg	> 300 mg
Relação Albuminúria/Creatinúria (em amostra)	< 30 mg/g	30 a 300 mg/g	> 300 mg/g

Quadro 2 – Valores de referência para albuminúria.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de KDIGO (2017) e DUNCAN (2013).



2. EDEMA A ESCLARECER COM EXAME DE URINA ALTERADO

2.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado:
EAS com presença de proteína;
Proteinúria de 24 horas > 300 mg; ou
Relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina de 300 mg/g.

2.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese:

- Edema que foram descartadas causas cardiológica e/ou hepática;
- História sucinta contendo:
Tempo de evolução;
Medicações de uso atual;
História pregressa; e
Doenças associadas.

Exame Físico:

- Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial.

Exames Complementares Necessários:

- Hemograma completo, uréia, creatinina, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicerídeos, proteínas totais e frações;
- Exame de urina (EAS com presença de proteína; proteinúria de 24 horas > 300 mg ou relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina de 300 mg/g).

2.3. Prioridades para regulação:

- Síndrome nefrótica com proteinúria de 24 horas > 3000 mg ou relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina de 3000 mg/g.

2.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Pacientes com TFG < 15 ml/min que apresentem os seguintes sinais e sintomas atribuíveis à insuficiência renal:
Serosite, distúrbios ácido-básicos ou eletrolíticos;
Incapacidade de controlar o estado volêmico ou pressão arterial;
Deterioração progressiva do estado nutricional refratária à intervenção dietética; ou
Comprometimento cognitivo.





3. LESÃO RENAL EM DOENÇAS CRÔNICAS

3.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Lesão renal em:
Diabetes mellitus;
Hipertensão arterial sistêmica;
Doenças reumatológicas; e
Doenças autoimunes.
- Suspeita de doença glomerular; e
- Doença renal crônica (incluindo pacientes com rim único).

3.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese:

- História sucinta contendo:
Tempo de evolução;
Medicações de uso atual;
História pregressa;
Doenças associadas;
Suspeita de causa secundárias em hipertensos;
Suspeita de doença renal crônica (TFG < 60 ml/min).

Exame Físico:

- Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial (PA).

Exames Complementares Necessários:

- Hemograma completo, uréia, creatinina (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de diferença entre eles), glicemia de jejum, hemoglobina glicada, potássio, colesterol total e frações, triglicédeos;
- Em relação as doenças reumatológicas e autoimunes, solicitar: FAN, FR, Anti-SM, Anti DNA dupla hélice, complemento, etc;
- Exame de urina (EAS com presença de proteína e/ou hemácias; proteinúria de 24 horas > 300 mg ou relação proteína/creatinina em amostra isolada de urina de 300 mg/g);
- Descrever exames de imagem se os possuir e outros exames realizados.

3.3. Prioridades para regulação:

- TFG < 30ml/min (estágios 4 e 5 de DRC);
- Lesão renal com doença reumatológica e/ou autoimune em atividade;
- Síndrome nefrótica;
- Síndrome nefrítica.



3.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Pacientes com TFG < 15 ml/min que apresentem os seguintes sinais e sintomas atribuíveis à insuficiência renal:
 - Serosite, distúrbios ácidos-básicos ou eletrolíticos;
 - Incapacidade de controlar o estado volêmico ou pressão arterial;
 - Deterioração progressiva do estado nutricional refratária à intervenção dietética; ou
 - Comprometimento cognitivo.

ALTERAÇÕES ANATÔMICAS QUE SUGEREM LESÃO OU PROVOCAM PERDA DA FUNÇÃO RENAL
Doença Policística Renal (Quadro 6)
Estenose de Artéria Renal
Assimetria Renal (diferença de 1,5 cm entre os rins)
Rim único (em pessoa de alto risco para perda de função renal, como: HAS, diabetes, entre outros)

Quadro 3 – Alterações anatômicas que sugerem lesão ou provocam perda da função renal

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).

OBS: Alterações como hidronefrose, cisto simples que produz obstrução e massas renais ou tumores devem ser avaliadas inicialmente pelo Urologista.

ESTÁGIOS DA DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)	
Estágio	Taxa de Filtração Glomerular (mL/min/1,73m ²)
1*	>90
2*	60 a 89
3a	45 a 59
3b	30 a 44
4	15 a 29
5	<15 ou em diálise

Quadro 4 – Estágios da Doença Renal Crônica (DRC)

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de KDIGO (2017).

* Doença Renal Crônica é definida por anormalidades estruturais ou funcionais que persistem por mais de três meses, com repercussões sobre a saúde. TFG > 60 ml/min/1,73m², sem outros marcadores de dano renal (como proteinúria, cilindros patológicos, anormalidades estruturais), não é considerada DRC.

OBS: Taxa de filtração glomerular calculada pela fórmula CKD-Epi.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

CARACTERÍSTICAS QUE SUGEREM HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA	
Suspeita Clínica	Alteração
	Hipertensão grave ou com lesão em órgão alvo de evolução rápida ou resistente ao tratamento (mau controle pressórico a despeito de uso adequado de três medicamentos anti-hipertensivos de classes diferentes, incluindo uso de diurético)
	Elevação súbita persistente da pressão em pessoas com idade superior a 50 anos
	Início antes dos 30 anos em pessoas sem fatores de risco (obesidade, história familiar)
Doença renovascular	Sopro abdominal, alteração da função renal por medicamentos que bloqueiam o sistema renina-angiotensina (inibidor da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador do receptor da angiotensina). Suspeita-se quando houver diminuição de 30% da taxa de filtração glomerular após iniciar a medicação ou incremento na creatinina basal em 0,5 a 1 mg/dL
Doença do parênquima renal	Elevação da creatinina, ureia, proteinúria, hematúria
Coarctação da aorta	Pulsos femorais reduzidos ou retardados, pressão sistólica em membros superiores pelo menos 10 mmHg maior que nos membros inferiores, sopro sistólico interescapular ou sopro sistólico amplo em crescendo-decrescendo em toda parede torácica
Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono	Ronco, sonolência diurna, apneia noturna
Hipertireoidismo	Intolerância ao calor, perda de peso, palpitações, hipertensão sistólica, exoftalmia, tremores, taquicardia
Hiperparatireoidismo	Litíase urinária, osteoporose, depressão, letargia, fraqueza muscular
Hiperaldosteronismo	Hipocalemia e/ou com nódulo adrenal
Feocromocitoma	Hipertensão paroxística com cefaleia, sudorese e palpitações
Síndrome de Cushing	Cushing Face em “lua cheia”, “corcova” dorsal, estrias purpúricas, obesidade central

Quadro 5 – Características que sugerem hipertensão secundária*

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2010).

***OBS:** Na ausência de suspeita clara de hipertensão secundária, deve-se avaliar:

- Medida inadequada da pressão arterial;
- Hipertensão do avental branco;
- Tratamento inadequado;
- Não adesão ao tratamento;
- Progressão das lesões nos órgãos-alvo da hipertensão;
- Presença de comorbidades;
- Interação com medicamentos.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

4. SUSPEITA DE DOENÇA POLICÍSTICA RENAL E NEFROPATIAS HEREDITÁRIAS

4.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista nefrologista:

- Suspeita de doença policística renal e nefropatias hereditárias.

OBS: Cistos renais simples em paciente assintomáticos e sem comorbidades não necessitam de encaminhamento ao nefrologista (conduta expectante).

4.2. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista urologista:

- Cistos com alterações sugestivas de malignidade;
- Cistos simples de grande volume (> 35cm);
- Cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária).

4.3. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese:

- História contendo:
 - Tempo de evolução;
 - Medicações de uso atual;
 - História pregressa;
 - Doenças associadas;
 - História familiar de nefropatia hereditária e grau de parentesco com o paciente;
 - História familiar de doença policística renal e grau de parentesco com o paciente.

Exame Físico:

- Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial.

Exames Complementares Necessários:

- Exame de imagem (ecografia ou tomografia) com data e descrição, hemograma completo, creatinina sérica, exame de urina (EAS).

4.3. Prioridades para regulação:

- Pacientes com TFG < 30ml/min.

4.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Pacientes com TFG < 15 ml/min que apresentem os seguintes sinais e sintomas atribuíveis à insuficiência renal:
 - Serosite, distúrbios ácidos-básicos ou eletrolíticos;
 - Incapacidade de controlar o estado volêmico ou pressão arterial;
 - Deterioração progressiva do estado nutricional refratária à intervenção dietética; ou
 - Comprometimento cognitivo.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

SUSPEITA DE DOENÇA POLICÍSTICA RENAL	
História familiar positiva e	
Pacientes com idade entre 15 e 39 anos com três ou mais cistos uni ou bilaterais	
Pacientes com idade entre 40 e 59 anos com dois ou mais cistos em cada rim	
Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos com quatro ou mais cistos em cada rim	
História familiar negativa e	
Dez ou mais cistos em cada rim, na ausência de achados sugestivos de outra doença renal cística, principalmente se rins aumentados bilateralmente ou presença concomitante de cistos hepáticos, pancreáticos ou esplênicos	

Quadro 6 – Suspeita de doença policística renal

Fonte: BARROS (2013).

CLASSIFICAÇÃO TOMOGRÁFICA DE BOSNIAK PARA CISTOS RENAIIS		
Categoria	Descrição	Risco de Malignidade (%)
I	Cistos simples: conteúdo hipoatenuante homogêneo de 0 a 20 UH, contornos regulares. Ausência de calcificações, espessamento parietais, septações ou realce pelo contraste.	0
II	Cistos minimamente complicados: septações finais (<1 mm), pequenas calcificações lineares parietais ou septais, cistos hiperdensos (> 20 UH) menores que 3 cm, sem realce pelo contraste.	Próximo a 0
IIF	Cistos minimamente complicados que requerem seguimento: Maior número de septações finas, septos ou paredes minimamente espessados, porém regulares, calcificações espessas ou nodulares, cistos hiperdensos intra-renais > 3 cm.	5
III	Cistos indeterminados: espessamento parietal ou septações espessas e irregulares, com realce pelo contraste, com ou sem calcificações.	45 a 60
IV	Neoplasias císticas: espessamento parietal ou septal grosseiro e nodular, tecido sólido junto as paredes ou septos.	90 a 100

Quadro 7- Classificação Tomográfica de Bosniak para cistos renais

Fonte: Pompeo (2006).



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

5. INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RECORRENTE

5.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- ITU recorrente mesmo com profilaxia adequada (em anexo), após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas.

5.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese

- História contendo:
 - Tempo de evolução com relato de pelo menos três (03) episódios de infecções urinárias nos últimos 12 meses;
 - Descrever se foi realizada profilaxia para infecção urinária recorrente e como foi feita, com registros do(s) medicamento(s) em uso, dose(s) e posologia(s);
 - Medicações de uso atual;
 - História pregressa;
 - Doenças associadas.

Exame Físico:

- Relatar os achados importantes;

Exames Complementares Necessários:

- Descrever exame(s) de urina (EAS), cultura da urina, com data;
- Descrever exame(s) de imagem das vias urinárias (ecografia ou tomografia computadorizada), com data.

5.3. Prioridade para regulação

- História de infecções prévias complicadas.

5.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Pielonefrite aguda;
- Pielonefrite enfisematosa;
- Pielonefrite xantogranulomatosa;
- Abscesso renal;
- Necrose papilar;
- Prostatite bacteriana aguda.



Profilaxia para Infecção de Trato Urinário recorrente em mulheres	
Pode ser fornecida durante 3 a 12 meses de maneira contínua (todas as noites ou 3 vezes por semana), pós-coital ou administração intermitente quando há sintomas.	
Uma semana antes de iniciar a profilaxia, deve-se solicitar urocultura para confirmar erradicação de ITU prévia.	
Escolha do antibiótico baseada em antibiograma prévio:	Sulfametoxazol + Trimetoprima (1 comprimido de 200mg/40mg); ou Nitrofurantoína (1 comprimido de 50 a 100mg); ou Cefalexina (1 comprimido de 250mg); ou Norfloxacino (1 comprimido de 400mg).

Quadro 8 - Profilaxia para Infecção de Trato Urinário recorrente em mulheres

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

6. NEFROLITÍASE RECORRENTE

6.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista nefrologista:

- Nefrolitíase recorrente com impossibilidade de investigação etiológica dos cálculos pela APS.

6.2. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista urologista:

- Cálculo ureteral maior que 10 mm;
- Cálculo ureteral maior que 4 mm que não foi eliminado após seis semanas de tratamento clínico;
- Cálculo vesical;
- Cálculo renal assintomático maior que 10 mm;
- Cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção trato urinário).

6.3. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Anamnese:

- História constando tempo de evolução, medicações de uso atual, história pregressa, tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal, doenças associadas, história familiar;

Exame Físico:

- Relatar os achados importantes;

Exames Complementares Necessários:

- Descrever exame(s) de creatinina sérica, exame de urina (EAS), com data;
- Descrever exame(s) de imagem das vias urinárias (ecografia ou tomografia computadorizada), com data.

6.4. Prioridades para regulação:

- Nefrolitíase recorrente com complicações prévias.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

6.5. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Pacientes com obstrução do trato urinário superior ou inferior que ocasiona queda abrupta da TFG, lesão renal aguda.

TRATAMENTO CLÍNICO PARA CÁLCULO URETERAL ENTRE 4 A 10 MM	
Analgesia (anti-inflamatório não esteroide e/ou opióide)	
Terapia medicamentosa expulsiva por 4 semanas:	Bloqueador alfa-adrenérgico (doxazosina de 2 a 4 mg/dia); ou
	Bloqueador dos canais de cálcio (nifedipina 30mg/dia).

Quadro 9 – Tratamento clínico para Cálculo ureteral entre 4 a 10 mm

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2020. Diabetes Care, New York, v. 40, suppl. 1. Disponível em: <https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2019/12/20/43.Supplement_1.DC1/Standards_of_Care_2020.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.

BARROS E.; FOCHESSATTO, L. F. (Org.). Medicina interna na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BARROS, E.; GONÇALVES, L. F. S. (Org.). Nefrologia no consultório. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BARROS, E. et al. Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

KRUSKAL, J. B.; RICHIE, J. P. Simple and complex renal cysts in adults. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/simple-and-complex-renal-cysts-in-adults>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CHAPMAN, A. B.; RAHBARI-OSKOUI, F. F.; BENETT, W. M. Course and treatment of autosomal dominant polycystic kidney disease. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/course-and-treatment-of-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

CURHAN, G. C.; ARONSON, M. D.; PREMINGER, G. M. Diagnosis and acute management of suspected nephrolithiasis in adults. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-acute-management-of-suspected-nephrolithiasis-in-adults>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FANG, L. S. T. Evaluation of the patient with hematuria. In: GOROLL, A. H.; MULLER, A. G. Primary Care Medicine: office evaluation and management of the adult patient. 7a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014. p. 940-945.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2019.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

HALPERN, J. A.; CHUGHTAI, B.; GHOMRAWI, H. Cost-effectiveness of common diagnostic approaches for evaluation of asymptomatic microscopic hematuria. *JAMA Intern Med.*, Chicago, v. 177, n. 6, p. 800-807, 2017.

HOOTON, T. M.; GUPTA, K. Recurrent urinary tract infection in women. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/recurrent-urinary-tract-infection-in-women>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

KAPLAN, N. M., CALHOUN, D. A. Treatment of resistant hypertension. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2020. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-resistant-hypertension>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

CALHOUN, D. A.; TOWNSEND, R. R. Definition, risk factors, and evaluation of resistant hypertension. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2020. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/definition-risk-factors-and-evaluation-of-resistant-hypertension>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

KURTZ, M.; FELDMAN, A. S.; PERAZELLA, M. A. Etiology and evaluation of hematuria in adults. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-evaluation-of-hematuria-in-adults>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

LEVEY, S. A. INKER, L. A. Definition and staging of chronic kidney disease in adults. Waltham (MA): UpToDate Inc., 2020. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/definition-and-staging-of-chronic-kidney-disease-in-adults>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO) CKD-MBD WORK GROUP. KDIGO 2017 clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of Chronic Kidney Disease– Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney International Supplement*. Malden, MA, v. 7, n. 1, p. 1-59. Disponível em: <<http://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/2017-KDIGO-CKD-MBD-GL-Update.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

MCVARY, K. T. SAINI, R. Lower urinary tract symptoms in men. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Lower urinary tract symptoms in men: management. London: NICE, 2010 [atualizado em: jun. 2015]. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg97>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

NIAUDET, P. Renal hypoplasia. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2020. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/renal-hypoplasia>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

PAPADAKIS, M., MCPHEE, S., RABOW, M. W. Current: medical diagnosis & treatment. 52th. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2013.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

POMPEO, A. C. L., et al. Câncer renal: diagnóstico e estadiamento. Associação Médica Brasileira, 2006. Sociedade Brasileira de Urologia. Projeto Diretrizes.

RHODEN, E. L., et al. Urologia: no Consultório. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROVIN, B. H. Assessment of urinary protein excretion and evaluation of isolated non-nephrotic proteinuria in adults. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2020. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/assessment-of-urinary-protein-excretion-and-evaluation-of-isolated-non-nephrotic-proteinuria-in-adults>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

SOARES, J. L. M. F. et al. Métodos diagnósticos: consulta rápida. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010.

TORRES, V. E.; BENETT, W. M. Diagnosis of and screening for autosomal dominant polycystic kidney disease. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-and-screening-for-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Protocolos de encaminhamento para Nefrologia Adulto. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: 29 jul. 2021.

WALD, R. Urinalysis in the diagnosis of kidney disease. Waltham (MA): UpToDate Inc., 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/urinalysis-in-the-diagnosis-of-kidney-disease>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

WOLLIN, T.; LAROCHE, B.; PSOOY, K. Canadian guidelines for the management of asymptomatic microscopic hematuria in adults. Canadian Urological Association Journal, Montréal, v. 3, n. 1, p. 77-80, 2009.

ROMAN, F. R. Hemácias dismórficas, detecção de. In: SOARES, J. L. M. F. et al. Métodos diagnósticos: consulta rápida. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 350-351